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

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

5-7 октября 2010 г.

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Генеральный спонсор: **КРКА**
Главные спонсоры: **АстраЗенека**
Берингер Ингельхайм
Мерк Шарп и Доум
Никомед
Новартис
Пфайзер
Санофи-авентис груп
Сервье
Эли Лилли Восток

Приложение 1 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2010, 9 (6)

Москва 2010

0001 ЭФФЕКТ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗМЕРОВ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА В ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Scott D. Solomon, MD, Elyse Foster, MD, Mikhail Bourgoun, MD, Amil Shah, MD, Esperanza Viloria, Mary Brown, W. Jackson Hall, PhD, Marc A. Pfeffer, MD, PhD, and Arthur J. Moss, MD, for the MADIT-CRT Investigators

From the Cardiovascular Division (S.D.S., M.B., A.S.), Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, University of California, San Francisco (E.F., E.V.), University of Rochester Medical Center (M.B., W.J.H., A.M.), Rochester, NY

Введение. Среди пациентов с умеренной симптоматикой сердечной недостаточности (NYHA I или II класс), дисфункцией левого желудочка и широким комплексом QRS, исследование MADIT-CRT продемонстрировало снижение риска смерти или госпитализации по поводу сердечной недостаточности у пациентов, которым проводилась кардиоресинхронизирующая терапия в сочетании с ICD (CRT-D), по сравнению с пациентами, которым проводилось лечение только ICD. Мы оценили эхокардиографические параметры сердца, с целью проверки гипотезы, ассоциировано ли наблюдаемое клиническое улучшение с благоприятными изменениями в размерах сердца и его функции.

Методы: 1820 пациентов из 14 стран мира, включая Европу, США и Канаду, были распределены методом случайной выборки на две группы, одной из которых проводилась кардионесинхронизирующая терапия с CRT-D, а второй только ICD, в отношении 3:2. Количественный анализ объема левого и правого желудочков, левого предсердия и фракции выброса левого желудочка проводились на исходном уровне и через 12 месяцев терапии в двух госпиталях г. Бостон и г. Сан-Франциско, при этом парный анализ на исходном уровне и 12 месяцев спустя был возможен у 1372 пациентов.

Мы сравнили изменения в упомянутых эхокардиографических характеристиках между терапевтическими группами и изучили соотношение изменений размеров и функции сердца через один год и смертностью или госпитализацией по поводу сердечной недостаточности.

Результаты: Мы наблюдали значительное улучшение индекса конечного диастолического объема ЛЖ (-26,2±16,5 vs. -7,4±7,2 ml/m², p=0,0001) и индекса конечного систолического объема ЛЖ (-28,7±15,5 vs. -9,1±8,2 ml/m², p=0,0001), фракции выброса ЛЖ (+11±5 % vs. 3±3 %, p=0.0001), индекса объема левого предсердия (-11,9±6,4 vs. -4,7±4,1 ml/m², p=0,0001) и фракции изменения площади правого желудочка (8,1 %±5,5 vs. 5,4 %±4,8, p=0,0001) в группе с CRT-D по сравнению с группой с только ICD терапией. Улучшение конечного диастолического объема через один год являлось прогностическим фактором последующей смерти или госпитализации по поводу сердечной недостаточности. Снижение конечного диастолического объема левого желудочка на каждые 10 % было ассоциировано с сокращением на 40 % риска смерти или госпитализации по поводу сердечной недостаточности (p < 0,001).

Заключение: Кардиосинхронизирующая терапия (CRT-D) была связана со значительным уменьшением размера и улучшением функции левого желудочка, функции правого желудочка, уменьшением размера левого предсердия и другими сердечными характеристиками по сравнению с терапией только ICD, у пациентов с (NYHA I или II класса). Полученные данные были конкордантны и прогнозировали смерть или госпитализацию по поводу сердечной недостаточности.

0002 МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ ПИТЬЕВЫХ ВОД И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ. РОЛЬ АНИОНОВ

Абдулкадырова С.О., Гаджиев Г.Э., Гаджиева З.Г.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель исследования: изучение влияния хлора, бикарбонатов и сульфатов, основных анионов питьевой воды, на распространенность АГ у популяций, проживающих в регионах с различным составом питьевой воды.

Материал и методы. Исследование проводилось в Высокогорном Дагестане и на Прикаспийской низменности, в полярных физико-географических провинциях Дагестана, характеризующихся принципиально различным генезом питьевых вод. Изучался химический состав водных источников с использованием пламенного фотометра FLAPHO 4 Carl Zeiss. и атомно-абсорбционного спектрофотометра Hittachi 170-70. Обследование населения на распространенность АГ проводилось согласно рекомендациям ВОЗ. В Высокогорном Дагестане обследован 4481 человек старше 14 лет, на Прикаспийской низменности в Ногайском районе — 5117.

Результаты. Питьевые воды Высокогорного Дагестана по химическому составу являются гидрокарбонатно-сульфатными-кальциево-магниево-натриевыми. Относительное содержание хлора, сульфатов и бикарбонатов в них равнялось 2,73 %, 15,36 % и 58,07 % соответственно. Питьевые воды артезианских скважин на Прикаспийской низменности относятся к гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-хлоридным. Относительное содержание хлора, сульфатов и бикарбонатов равно 7,56 %, 27,71 % и 34,36 %.

Распространенность АГ (АД >139|89 мм рт.ст.) у населения Прикаспийской низменности достигала 26,90±0,38 %. АГ 1 степени наблюдалась в 26.90±0.38 % случаев, АГ 2-3 степени у 26.90±0.38 %.

В Высокогорном Дагестане распространенность АГ достигала всего 5,68±0,48 % (p<0,001). АГ 1 степени встречалась в 2.95±0.35 % (p<0,001)., АГ 2-3 степени в 2,73±0.34 % (p<0,001).

Исследование показало наличие выраженной отрицательной функциональной связи между относительной концентрацией гидрокарбонатных ионов в питьевой воде и распространенностью АГ (rs= -0,857; p=0,019). Обнаружена также корреляционная связь высокой степени между относительным содержанием сульфатов в питьевых водах и распространенностью АГ (rs=0,750; p=0,052). Такая же высокая положительная корреляция наблюдается между содержанием хлора в питьевых водах и распространенностью АГ (rs = 0,854; p = 0,029).

Выводы. Превалирование ионов хлора и сульфатов в питьевых водах ассоциировано с более высокой распространенностью АГ. В регионе с преобладанием в питьевых водах гидрокарбонатов наблюдается низкая распространенность АГ. Механизм влияния анионов на уровень АД остается не ясным и нуждается в дополнительных исследованиях.

0003 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТИНФАРКТОМ ПЕРИОДЕ

Абдуллаев А.А., Исламова У.А., Гафурова Р.М., Ильясова У.Г.

ГОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия МЗ СР РФ", Махачкала, Россия

Цель: определить влияние препарата омега-3-полиненасыщенных жирных кислот в составе стандартной терапии на показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) и регистрацию поздних потенциалов желудочков (ППЖ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в постинфарктном периоде.

Методы. Мы наблюдали 35 пациентов с ХСН II-III ФК по классификации NYHA, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 40 до 70 лет (мужчин — 31, женщин — 4), со дня их выписки из стационара и в течение одного месяца лечения. 16 из них

страдали артериальной гипертензией. Всем пациентам записывали ЭКГ в 12 отведениях, проводили регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ с выделением ППЖ, временной и спектральный анализы показателей ВРС с использованием компьютерного комплекса "Поли-спектр" фирмы "Нейрософт ЛТД, Иваново". Исследование за период наблюдения проводилось исходно в 16-21-е сутки и к концу одного месяца от начала ИМ. Все пациенты получали лекарственный препарат высокоочищенных омега-3 полиненасыщенных жирных кислот фирмы Solvay Pharmaceuticals (Германия) Омакор в дозе 2 г/сут, аспирин, нитраты и другие средства по показаниям. Лечение проводили в течение одного месяца сразу после стационарного этапа.

Результаты. Через один месяц лечения по сравнению с исходными показателями увеличились стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов R-R (SDDN) — 113,0±7,0 мс, стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов R-R на всех 5-минутных участках записи ЭКГ (SDANN) — 95,8±7,1 мс и среднее для стандартных отклонений от средних значений продолжительности синусовых интервалов R-R на всех 5-минутных участках записи ЭКГ (SDNNi) — 52,0±2,5 мс по сравнению с исходными показателями до лечения — 102±6,7, 92,9±7,2 и 45,7±2,5 мс соответственно. Частота регистрации ППЖ уменьшилась на 38,5 %.

Выводы. У пациентов с ХСН в постинфарктном периоде использование омега-3-полиненасыщенных жирных кислот в сочетании со стандартной терапией увеличивает временные показатели ВРС и уменьшает частоту регистрации ППЖ. Следовательно, снижается симпатическое влияние на сердце, что может способствовать профилактике фатальных нарушений ритма и внезапной смерти у этой категории больных.

0004 ИЗУЧЕНИЕ НЕЛИПИДНЫХ И ЛИПИДНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Абдуллаев А.Х., Каюмова Н.К., Шодиев Ж.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — остаётся актуальнейшей медико-социальной проблемой и, по-прежнему, доминирует в структуре заболеваемости и причин смертности населения. Актуальными являются вопросы профилактики и адекватного лечения ИБС на фоне мультифокального атеросклероза, дальнейшее изучение факторов риска (ФР) — нарушения липидного обмена, возраст, курение, повышенная масса тела, артериальная гипертензия (АГ), наследственность.

Целью исследования явилось изучение нелипидных и липидных ФР в развитии ИБС на фоне мультифокального атеросклероза.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование больных ИБС (271 больной, из которых 62 % мужчин и 38 % женщин) с длительностью заболевания от 1 до 20 лет (в среднем 5,3±0,6 лет). Средний возраст пациентов — 64,1 ± 8,7 лет.

Результаты. У 125(46 %) больных выявлено изолированное поражение венечных артерий (I группа) и у 146(54 %) пациентов — сочетанные поражения венечных артерий и сахарный диабет (СД) 2 типа (II группа). Из общего числа обследованных 134 (49,4 %) больных были с отягощенной наследственностью, а 62 (22,8 %) пациентов курили. Высокий показатель индекса массы тела (ИМТ>30) чаще определялся у пациентов второй группы (27 больных), по сравнению с группой больных ИБС без СД (18). Средний возраст обследованных I группы составил 65,4±5,2 г., а II группы — 67,7±7,3 г. АГ чаще встречалась у больных II группы (75), против 64 в I группе. В день поступления в стационар отмечены более высокие показатели общего холестерина (ОХС) — 6,35±0,79 ммоль/л, триглицеридов — 2,73±0,93 ммоль/л и ХС липопротеидов низкой плотности — 4,29±1,0 ммоль/л в группе больных с сочетанными поражениями венечных артерий и СД, по сравнению с таковыми у больных с изолированным поражением венечных артерий (5,88±1,0, 1,75±0,77 и 3,27±1,01 ммоль/л соответственно) и более низкий уровень ХС липопротеидов высокой плотности у пациентов II группы, по сравнению с этим показателем у пациентов I-й (0,99±0,28 и 1,03±0,34 ммоль/л). Важным аспектом профилактики является выявление лиц с нарушенным обменом липидов и нелипидными ФР без клинических проявлений ИБС. У таких пациентов уровень фатального риска оценивается по таблице SCORE. Такой немодифицируемый ФР, как возраст, определяется количеством имеющихся у пациента предикторов, которые ассоциируются с неблагоприятным течением заболевания. В зависимости от установленной категории риска определяется терапевтическая стратегия, в которой не следует ограничиваться только назначением липидкорригирующих препаратов, но также принять все необходимые меры по коррекции других ФР, таких как курение, АГ, гипергликемия, избыточный вес.

Следовательно, комплексный подход к профилактике и лечению атеросклероза может существенно снизить сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность населения, а также повысить качество жизни больных ИБС.

0005 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТИОТРИЗОЛИНА НА АКТИВНОСТЬ NO-СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаев С.П., Закирова А.Н., Камилова У.К.
Ташкенткая Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить влияние тиотриазолина (Т) в комплексной терапии на активность NO-системы у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В обследование включили 125 больных (95 мужчин и 30 женщин, средний возраст 48±4,6 года) с постинфарктной дисфункцией левого желудочка II-III функционального класса (ФК) по классификации NYHA, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Исследование проведено в 3 группах: 1 гр. включала 41 пациента, получавшие подобранную терапию с препаратом небиволол (10 мг/сут.), 2-я и 3-я — периндоприл (8-16 мг/сут.) и лозартан (25-50 мг/сут.). Каждая группа была разделена на подгруппы — без назначения антиоксиданта (сравниваемая) и с назначением антиоксиданта — антигипоксанта Т по 1 таблетке 0,1 гсут под язык ежедневно в течение 6 месяцев подряд. В эритроцитах определяли уровень основных стабильных метаболитов NO, активность эндотелиальной и индуцибельной NO-синтазы (eNOS и iNOS), концентрации пероксинитрита (ONO^{2-}), а также активности ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ). Исследования проводили в динамике до лечения и после 60 суток терапии больных с ХСН. Контролем служили данные от 20 условно здоровых лиц.

Результаты. До проводимой терапии уровень основных стабильных метаболитов NO был ниже контроля на 23,9 % (P<0,01), активность NOS — на 37,9 % (P<0,01). Вместе с тем скорость iNOS и концентрация ONO^{2-} — превышали на 68,1 и 95,7 % (P<0,001). При оценке активности ферментов СОД и КТ, они были снижены на 25,0 и 33,6 % (P<0,05 и P<0,01). В конце 6-ти месячной традиционной терапии с включением препаратов небиволола и Т, эффективность традиционной терапии, оценивая по улучшению параметров NO-системы, в частности по увеличению показателя, NO повысилась на 7,2 % (P>0,1), NOS — 7,7 % (P>0,1), снижения скорости реакции iNOS и концентрации ONO^{2-} – на 17,4 и 20,7 % (P<0,05 и P<0,05), а по активности ферментов СОД и КТ — на 16,4 и 15,2 % (P<0,05 и P<0,05). Аналогичная динамика отмечена и при включении к препаратам периндоприл и лозартан антиоксиданта-антигипоксанта Т.

Вывод. Антиоксидант-антигипоксант Т потенцирует эффекты базисной терапии ХСН, направленные на снижение

активности iNOS, торможение образования ONO^{2-}, через механизмы увеличения активности ферментов АОЗ — СОД и КТ.

0006 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, И ЕЁ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ

Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Марданов Б.У., Курбанов Н.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости анемии у больных дилатационной кардиомиопатией, а также взаимосвязь между уровнем гемоглобина в крови и клинико-гемодинамическими параметрами.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов обследований 210 больных ДКМП средним возрастом 44,3±15,16 лет. Больные ДКМП с различными степенями анемизации (с уровнем гемоглобина ниже 13 г/дл для мужчин и <12г/дл -для женщин) оценивались по ряду параметров: данные клинического состояния, количество баллов по ШОКС, пройденная дистанция, показатели эхокардиографического исследования (ЭхоКГ). Рассчитывались среднее арифметическое и стандартное отклонение (M±Δ). С целью выявления взаимосвязи между различными показателями, использовался метод линейной регрессии и корелляции (Primer of biostatics 4.03).

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что среди больных ДКМП, анемия различных степеней была выявлена у 22,4 % больных (16 женщин и 31 мужчины), при этом средний уровень Нв составил 11,35±1,16 г/дл. Проведение корелляционного анализа выявила достоверную обратную взаимосвязь уровня Нв с проходимой дистанцией, составившей 235±28,4м (r=-0,3438; p=0,05), и недостоверного характера — со значениями ШОКС 9,2±2,6 баллов (r=-0,04, p=0.81). Изучение кардиальной функции показало, что средняя ФВЛЖ больных с анемией составляя 34,97±12,7 % также имела непрямую корреляционную связь с выраженностью анемии (r=-0,37, p=0,03). Средние значения КДР и КСР ЛЖ не имея достоверной ассоциации с уровнем гемоглобина (r=-0.1443, p=0.4), соответственно составили 71,2±15мм и 58,5±11мм.

Изучение гендерных особенностей показало, что анемия у женщин ДКМП была более выраженной (дефицит гемоглобина составил 15 %), относительно мужчин (дефицит — 11 %). Вместе с тем, больные мужского пола, характеризовалась более низкими значениями ФВ ЛЖ (32,65±9,2 против 42,4±8,9; p=0,04), при превалировании значений КДР ЛЖ (76,4±12,5 против 60,57±13; p=0,04) и КСР ЛЖ (61,5±13 против 51,33±7,26; p=0,05).

Таким образом, анемия различной степени тяжести встречалась практически у четверти больных ДКМП. Также отмечено, что степень анемизации кореллирует с более низкой толерантностью к физической нагрузке и худшей сократимостью миокарда.

0007 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Абдуллаев Т.А., Ахматов Я.Р., Курбанов Н.А., Нагаева Г.А., Марданов Б.У.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. По немногочисленным публикациям дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) с преимущественным поражением правого желудочка (ПЖ) относится к редким заболеваниям. С позиций кардиологической практики выявление особенностей клинических проявлений и параметров центральной гемодинамики при правожелудочковой ДКМП остается актуальной проблемой.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости, особенности клинических проявлений и параметров внутрисердечной гемодинамики у больных ДКМП с преимущественным поражением правых отделов сердца.

Методы исследования помимо оценки клинического состояния больных по ШОКС, включал проведение теста 6-минутной ходьбы, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, рентгенокардиометрию с определением кардиоторакального индекса (КТИ), трансторакальную ЭхоКГ. Тяжесть ХСН оценивалась согласно критериям Нью-йоркской ассоциации сердца (NYHA).

Результаты. Проведен анализ результатов по 280 больным с диагнозом ДКМП, пролеченных с 2000г по 2010 гг. в лаборатории некоронарогенных заболеваний миокарда и сердечной недостаточности РСЦК. При этом у 19 (6,8 %) была выявлена ДКМП с преимущественным поражением ПЖ: 6 (31,6 %) мужчин и 13 (68,4 %) женщин, в возрасте от 18 до 69 (44,7±3,55) лет. Результаты контрольных исследований показали, что II ФК ХСН был у 1 (5,3 %), III- у 10 (52,6 %) и IV — у 8 (42,1 %) пациентов. Длина пройденной дистанции по ТШХ в целом по группе составила 186,5±18,7м. Количество баллов по ШОКС — 11,0±0,7 баллов. При этом обращает внимания тот факт, что данная достаточно высокая сумма баллов по данной шкале достигалась за счет пунктов ШОКС, характеризующих симптомы правожелудочковой недостаточности (пульсация шейных вен, размеры печени, отеки ног). По данным рентгенокардиометрии значения КТИ в целом по группе составили 64,5±1,9 %, при этом кардиомегалия I ст. регистрировалась у 1 (5,3 %), II ст. — у 3 (15,8 %) и III ст. — у 15 (78,9 %) пациентов. И в данном случае, для рентгенограмм больных в правожелудочковой ДКМП было характерно значительное выпячивание 2-й дуги правого контура сердца. По результатам ЭхоКГ-исследования размеры ПЖ составили 45,5±2,7мм, правого предсердия (ПП) — 45,2±1,7мм, величина среднего давления в легочной артерии составила 42,4±3,5 мм рт.ст., и фракция выброса (ФВ) ПЖ — 41,7±1,8 %. Оценка ЭхоКГ-показателей левых отделов сердца показал сохранность их размеров и сократительной способности: размеры ЛП составили 38,1±2,8мм, КДР ЛЖ — 44,9±1,9мм, КСР ЛЖ — 30,2±2,1мм, и ФВ ЛЖ составила 61,4±3,6 %.

Таким образом, в нашем исследовании, среди больных страдающих ДКМП частота встречаемости изолированного поражения правых отделов сердца составляла 6,8 %. В качестве особенностей течения данного кардиомиопатии можно привести выраженность признаков правожелудочковой недостаточности по ШОКС, характерный вид сердечной тени по рентгенограмме, дилатация правых отделов сердца и снижение сократительной способности правого желудочка.

0008 ВЛИЯНИЕ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абрамова А.А., Матвеев В.В., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить влияние β-адреноблокаторов на временные показатели вариабельности ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) по данным 48-часового мониторирования ЭКГ по Холтеру.

Материалы и методы: обследовано 56 больных ИБС и АГ. Сформированы 2 группы. 1 группа — 36 больных ИБС и АГ, не получавших β-адреноблокаторы. 2 группа — 20 больных ИБС и АГ, получавших β-адреноблокаторы. В 1 группе было 13 мужчин и 23 женщины, средний возраст которых составил 59,6±9,6 лет. Во 2 группе — 9 мужчин и 11 женщин, средний

возраст которых составил 63,6±11,5 лет. Всем больным проводилось 48-часовое мониторирование ЭКГ с использованием цифрового регистратора CardioMem® CM 3000, программного пакета CardioDay® версия 1,8 фирмы Getemed AG (Германия). Изучались временные показатели вариабельности ритма сердца: SDNN, SDANN, NN50, pNN50 и RMSSD. Данные представлены в виде медианы с указанием 25 и 75 процентиля.

Результаты: Показатель pNN50 у больных ИБС и АГ, получавших β-адреноблокаторы, составил 7,5 [4-14,5] %, что было достоверно выше (p<0,05), чем у больных ИБС и АГ, не получавших β-адреноблокаторы — 5,5 [2,5-9] %. Показатель RMSSD в 1 группе был 39 [27-61,5] мс, что достоверно ниже (p<0,05), чем во 2-ой группе — 51 [39,5-86,5] мс. Показатели SDNN, SDANN, NN50 достоверно не отличались в обеих группах. Однако у больных 2 группы отмечалась тенденция к увеличению данных показателей по сравнению с больными 1 группы.

Выводы: β-адреноблокаторы у больных ИБС и АГ способствуют увеличению общей вариабельности ритма сердца и увеличению тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (pNN50, RMSSD) по данным 48-часового мониторирования ЭКГ.

0009 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Абсеитова С.Р., Дусебекова Л.А, Балабаева А.Б., Нысанбаева Н.К., Нысанбекова А.О.
Областной кардиологический центр, Шымкент, Казахстан

Цель: Целью работы было оценить эффективность и безопасность кардиологической ударно-волновой терапии (КУВТ), как метода воздействия на ангиогенез в зоне ишемии миокарда у больных с рефрактерной стенокардией.

Методы исследования: Включены 36 больных со стенокардией напряжения III-IV ФК (CCS), 30 мужчин и 6 женщин, средний возраст 56,3±4,89 лет. Все пациенты получали общепринятую медикаментозную терапию в максимально переносимых дозах. В анамнезе инфаркт миокарда у 34 (94,4 %), у двоих (5,5 %) — постинфарктная аневризма левого желудочка, артериальная гипертония у 35 (97,2 %), сахарный диабет 2 типа у 3 (8,3 %). Сердечная недостаточность II функционального класса по классификации NYHA — у 30 (83,3 %) и III функционального класса — у 6 (16,7 %) пациентов. 25 пациентов ранее подверглись инвазивным вмешательствам: стентированию КА — 14 (38,9 %) и КШ — 11 (30,5 %). По данным коронароангиографии выявлены следующие изменения: у 7 (19,4 %) — многососудистые поражения КА, у 5 (13,8 %) — трехсосудистое, у 3 (8,3 %) — двухсосудистое, у 2 (5,5 %) — односсудистое поражение; у 3 (8,3 %) — интактные КА, у 4 (11,1 %) — гемодинамически незначимые стенозы КА. 15 пациентов при наличии показаний для хирургической реваскуляризии отказались от коронарного шунтирования. Лечение проводилось на аппарате Storz Medical Modulith (Швейцария) по стандартной методике. Всех пациентов наблюдали амбулаторно на протяжении 12 месяцев, обследования проводили во время 5 визитов: до и после КУВТ, через 3, 6 и 12 месяцев. Проводились следующие обследования: ЭКГ, СМ ЭКГ, ЭхоКГ, стресс-тесты, коронароангиография (только перед проведением КУВТ).

Результаты: Через 1 год после окончания терапии выявлено достоверное снижение среднего ФК стенокардии CCS 3,7± 0,7 до 1,8±0,6, снижение количества принимаемых в неделю таблеток нитроглицерина с 4,3±1,6 до 2,4±1,1, улучшение толерантности к физическим нагрузкам с 62±15 до 112±17 ватт. При ЭхоКГ фракция выброса ЛЖ до лечения — 46,42±5,86 %, после завершения 9 процедур — 49,25±6,39 %, через 12 месяцев 51,5±6,5 %.

Выводы: Результаты исследования позволяют характеризовать кардиологическую ударно-волновую терапию как эффективный и безопасный метод лечения больных с рефрактерной стенокардией, которым реваскуляризация миокарда не проведена по различным причинам.

0010 СТРАТЕГИЯ ИНВАЗИВНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ОБЛАСТНОМ КАРДИОЦЕНТРЕ г. ШЫМКЕНТ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Абсеитова С.Р., Темиркулов М.А.
Областной Кардиологический Центр, Шымкент, Казахстан

Цель: Анализ эффективности чрескожных вмешательств (ЧКВ) у больных с острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: В период с 30 июня 2008г. по апрель 2010г в кардиоцентре проведено 1985 коронароангиографических (КАГ) исследования. Из общего количества пациентов мужчин 1707 (86 %). Средний возраст 55 лет. В анамнезе артериальная гипертония у 353 (73,6 %), инфаркт миокарда — 154 (32,1 %), сахарный диабет — 57 (11,9 %), гиперлипидемия — 276 (57,6 %), нарушение мозгового кровообращения — 12 (2,5 %), ангиопластика — 14 (2,9 %), коронарное шунтирование — 2 (0,4 %), курение — 87 (18,1 %).

Результаты: Анатомия поражения коронарного русла: односсудистое — 264 (55,2 %), двухсосудистое — 155 (32,3 %), трехсосудистое — 59 (12,3 %), поражение ствола ЛКА — 1 (0,2 %). По типу стенозов (классификация SCAI) больные распределились следующим образом: I типа — 84 (17,5 %), II типа — 341(71,2 %), III типа — 37 (7,7 %), IV типа — 17 (3,5 %). Проведено 479 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). Из них 121 (25,2 %) первичное ЧКВ при ОКС с подъемом сегмента ST (в т.ч. 9 спасительных после безуспешного тромболизиса, 3 при истинном кардиогенном шоке с применением внутриаортального баллонного контрпульсатора (ВАБК), 224 (46,7 %) — при ОКС без подъема сегмента ST. Количество установленных стентов — 523, из них 184 (35 %) с лекарственным покрытием. Средняя протяженность пораженного сегмента — 21±3мм. Средняя ФВ ЛЖ 46±7 %. Стентирование проводили только в инфаркт-зависимой артерии (ИЗА) у больных с острым инфарктом миокарда, а также симптомсвязанных артериях у больных с нестабильной и стабильной стенокардией. Больные получали двойную антитромбоцитарной терапии (аспирин+клопидогрель). Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов для групп высокого риска не применялись ввиду отсутствия их регистрации в Казахстане.

У больных, которым проводилось первичное ЧКВ кровоток TIMI III в ИЗА достигнут в подавляющем большинстве случаев, у 3-х пациентов (2,4 % n=121)) после установки стента в ИЗА развился феномен “no-reflow”. У 58 (43,2 %) больных со стабильной стенокардией ФКIII (n=134) стентирование привело к исчезновению симптомов, у остальных — улучшение толерантности к физическим нагрузкам минимум на I ФК по классификации CCS. Осложнения: госпитальная смерть — 4 (0,8 %), тромбоз стента — 11 (2,2 %) (острый — 1, подострый — 8, поздний — 2), рестеноз — 5 (1,04 %), ложная аневризма — 4 (0,8 %), экстренное коронарное шунтирование — 1 (0,2 %). Мозговых инсультов и геморрагических осложнений, требующих введения препаратов крови не наблюдалось.

Выводы. ЧКВ является эффективным и безопасным методом для экстренной реваскуляризации миокарда. Используя этот метод можно добиться значительного улучшения качества жизни у больных со стабильной стенокардией, предотвратить развитие обширного ИМ у больных с нестабильной стенокардией, а также улучшить прогноз выживаемости в отдаленном периоде у больных, поступающих в первые 12 часов ИМ с элевацией сегмента ST.

0011 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Абуладзе Г.В., Абашидзе Р.И., Джинджолия Н.Р., Небиеридзе М.И.
НИИ Кардиологии, Тбилиси, Грузия

Стратегия профилактической антиаритмической терапии у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) на сегодняшний день остается актуальной. Медикаментозное лечение такой категории больных учитывает вид основного заболевания с его клиническими проявлениями.

Целью работы является определение роли статинов — аторвастатина в комплексном лечении больных ИБС при пароксизмах ФП после успешной кардиоверсии для сохранения синусового ритма.

Методы исследования. Обследовано 65 больных от 37 до 72 лет в течение 2-х годичного наблюдения. Всем больным выполнялась эходоплерография, определялись липиды крови. Больные I группы (28 больных) получали поддерживающую антиаритмическую терапию на фоне стандартного лечения. Во II группе (37 больных) — проводилось комбинированное лечение с применением аторвастатина (10-20мг/сут). Основным критерием эффективности использования терапии были полное исчезновение приступов ФП, уменьшение частоты рецидивов пароксизмальных атак и снижение их суммарной продолжительности.

Полученные результаты. В группе комбинированного лечения с аторвастатином пароксизмы ФП наблюдались в 14 % случаев. Рецидивы ФП в группе больных не получавшие аторвастатин рецидивы этой патологии отмечались в 32 % к концу наблюдения. Эхологические показатели и уровень липидов не претерпевали значимых изменений на протяжении исследования. Преимущество комбинированной терапии аторвастатином опосредовано его выраженной плейотропной активностью у больных ИБС.

Выводы. Аторвастатин в комбинированной терапии способствует профилактике развития риска повторных приступов ФП и их предотвращению с целью сохранения синусового ритма после успешной кардиоверсии. Тактика комбинированного лечения антиаритмических агентов с аторвастатином существенно уменьшает частоту пароксизмов по сравнению с терапией без применения статина. Это указывает на эффективность аторвастатина и более широкого его назначения в клинической практике у таких больных.

0012 ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Авезов Д.К.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить показатель мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и альдостерона у больных постинфарктным ремоделированием левого желудочка, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: Обследовано 52 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Все больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов (NYHA). Всем больным определение уровня НУП — NT- pro BNP и альдостерона в плазме крови проводили конкурентным иммуноферментным методом (ELISA) с использованием реактивов Biomedica (Австрия). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев.

Результаты: Установлено, что у больных ХСН с ФК II содержание МНУП в крови увеличилось в 2,8 раза, а с ФК III — в 4,1 раза по сравнению с показателями контрольной группы. Менее значительное увеличение наблюдалось в содержании альдостерона: у больных с ФК II уровень этого гормона в крови превышал в 1,3 раза и при ФК III в 1,6 раза от контрольных значений. Колебания содержания МНУП у больных ФК II составляло от 430,5 до 912,6 фмоль/мл, а у больных с ФК III от 675,5 до 1423,1 фмоль/мл. Колебания содержания альдостерона при ФК II от 180,2 до 361,1 пг/мл, а при ФК III от 219,1 до 435,7 пг/мл. Учитывая колебания этих показателей, больные распределены по содержанию уровня исследуемых гормонов в пределах меньших значений медианы (средневысокий уровень) и больших значений медианы (высокий уровень). У больных с ФК II средневысокое увеличение МНУП отмечалось у 54,3 % обследованных больных, альдостерона у 62,8 % больных. Высокий уровень МНУП наблюдалось у 45,7 % и альдостерона — у 37,2 % больных со II ФК ХСН. У больных с ХСН III ФК высокий уровень повышения МНУП отмечался у 57,6 %, а альдостерона у 63,6 % больных. Анализ содержания нейрогормонов в зависимости от локализации перенесенного ИМ показали, что независимо от тяжести ХСН уровень нейрогормонов увеличивается в основном при перенесенном переднем ИМ: у больных ХСН ФК II содержание МНУП при перенесенном переднем ИМ превышало на 228,0 %, а при перенесенном заднем ИМ на 128,9 % ($P<0,001$) значения контрольной группы. Содержание альдостерона при перенесенном переднем ИМ было высоким на 52,2 % и при перенесенном заднем ИМ на 16,6 % от контрольных значений. У больных с ФК III наблюдалась аналогичная закономерность изменения нейрогуморальных факторов как и в группе с ФК П: содержание МНУП превышало значения контрольной группы на 391,9 % при перенесенном переднем ИМ в анамнезе и на 242,2 %($P<0,001$) при задней локализации. Содержание альдостерона увеличивалось на 95,3 % при перенесенном переднем ИМ и на 35,4 %($P<0,05$) при заднем ИМ соответственно.

Вывод: У больных постинфарктным ремоделированием левого желудочка, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) увеличение содержания МНУП и Ал коррелирует с тяжестью ХСН и наблюдается преимущественно при перенесенном переднем ИМ.

0013 ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЛАЦИДИПИНА НА ГЕМОРЕОЛОГИЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Агаева К.А., Кулиева С.Ш., Кулиева Т.Х., Алиева Б.А.
НИИК, Баку, Азербайджан

Цель: изучение влияния антагониста кальция (АК) лацидипина в режиме монотерапии на гемореологию у больных артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследовано 45 больных с АГ I-II степени и сопутствующей ИБС — стабильной стенокардией II-III ф.к.- в возрасте от 40 до 67 лет (11 мужчин и 49 женщин). Больные разделены на две группы: 1-ая — 25 больных с АГ и сопутствующей стабильной стенокардией; 2-я — 20 больных с АГ. Всем больным был назначен АК III поколения дигидропиридиновой группы лацидипин (Л) фирмы "GlaxoSmithKline" (Великобритания) в суточной дозе 4 мг однократно утром в течение 6 недель. Гипотензивный эффект лацидипина в зависимости от степени выраженности условно разделили на; "выраженный"- при снижении ДАД более 10 % от исходного уровня; "умеренный"- при снижении ДАД от 5 % до 10 % и "слабый"- менее 5 %. Биохимическое исследование крови включало определение гемореологических показателей крови.

Результаты. В I группе снижение АД было "выраженным" у 60 %, "умеренным" — 35 % и 'слабым' — у 5 %. Во II группе обследованных эти изменения выглядели следующим образом: 72 %, 24 % и 4 %, соответственно. Несмотря на снижение АД, влияние препарата на ЧСС во всех группах было незначительным и недостоверным. В целом, была отмечена хорошая переносимость Л всеми обследуемыми и отсутствие каких-либо выраженных побочных эффектов в процессе лечения.

Монотерапия Л сопровождалась положительными сдвигами в гемореологии. Так, показатель деформации эритроцитов в 1-2-й группах достоверно повысился на 12,9 % (p<0,001) и 12,5 % (p<0,001) соответственно. Уровень фибриногена в крови снизился в 1-й группе с 17,71±0,84 до 15,63±0,43 мг (11,7 %) и во 2-й — с 17,32±0,67 до 15,48±0,39 мг (10,6 %). Параллельно было достигнуто достоверное удлинение времени агрегации тромбоцитов, стимулированной агристином, соответственно по группам: 35,29 % (p<0,05), 28,7 % (p<0,05); адреналином — 6,76 %, 4,22 % (в обеих группах p<0,05); АДФ — 12,3 %, 7,97 %. Позитивное влияние Л на гемореологию в процессе лечения подтверждалось и повышением фибринолитической активности крови, которое было более значимым в 1-й (на 22,3 %, p<0,001) и во 2-й (на 25,4 %. p<0,001) группах. Одним из механизмов, способствующих формированию клинического эффекта Л у больных ИБС и АГ, является, по-видимому, его ангиопротективное действие. Это подтверждается достоверным снижением у всех обследованных уровня в крови фактора Виллебранда, являющеюся маркером повреждения эндотелия сосудов под влиянием Л: на 9,5 % (p<0,001) в 1-й, на 11,5 % (p<0,001) во 2-й группе больных. При обследовании липидного спектра крови у больных после 6-недельного курса монотерапии было выраженное снижение уровня триглицеридов (ТГ) во всех группах: с 3,13±0,2 до 2,37±0,12 ммоль/л (на 24,3 %) и с 26,7±0,18 до 1,96±0,13 ммоль/л (на 26,6 %), соответственно. А уровень ЛПВП, отличающихся антиатерогенными свойствами, к концу лечения у всех обследуемых достоверно повысился: в I группе с 1,14±0,11 до 1,65±0,11 мм оль/л (на 44,7 %) и во II-с 1,15±0,1 до 1,73±0,1 ммоль/л (на 51,8 %). Все вышеуказанные изменения во фракциях липидов крови под влиянием терапии Л способствовали снижению индекса атерогенности в: 1,36-1,34 раз, соответственно по группам больных.

Выводы. Лацидипин может быть рекомендован как безопасный и эффективный препарат для фармакотерапии и вторичной профилактики АГ I и II ст. в сочетании со стабильной стенокардии II ф.к.

0014 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УПРУГО-ВЯЗКИЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Агафонова Т. Ю., Ховаева Я.Б., Головской Б.В.
ГОУ ВПО “ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава”, Пермь, Россия

Целью исследования явилось изучение упруго-вязких свойств сосудов эластического и мышечного типов у практически здоровых лиц и взаимосвязь их с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы исследования. Обследовано 126 человек (из них 25 мужчин). По возрасту обследованные разделены на три группы: I группа (48 чел.) — 20-29 лет, II группа (34 чел.) — 30-39 лет, III группа (44 чел.) — 40-59 лет. Группы сопоставимы по полу. Методики исследования: анкетирование, физикальное обследование, исследование липидного спектра и вязкости крови (на ротационном вискозиметре), определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по аорте и сосудам голени. Регистрация СРПВ сосудам голени производилась путем синхронной записи сфигмограмм и ЭКГ во II стандартном отведении в покое. Данные представлены в виде средних значений со среднеквадратичными ошибками.

Результаты. СРПВ по аорте в покое составила 3,8±0,09 м/с, 4,0±0,09 м/с, 4,3±0,09 м/с соответственно в I, II, III возрастных группах. Показатели СРПВ по аорте в покое у лиц в возрасте 40-50 лет выше, чем у лиц молодого и среднего возраста (p<0,01). У лиц молодого и среднего возраста указанные показатели СРПВ достоверно не отличаются. По артериям мышечного типа в регионе голени СРПВ составила: I группа — 9,5±0,62 м/с, II группа — 11,7±1,37 м/с, III группа — 12,7±1,01 м/с. Средние показатели СРПВ по сосудам голени в покое у лиц среднего и старшего возраста выше, чем у лиц молодого возраста (соответственно p<0,05 и p<0,01). В I группе выявляется положительная корреляция показателей СРПВ с показателями вязкости крови (r=0,43, p<0,03). У лиц молодого и среднего возраста наблюдаются взаимосвязь величины СРПВ с наследственными факторами: у лиц I группы — с наличием у родственников обследованных ИБС, возникшей после 50 лет (r=0,45, p<0,04), а у лиц II группы — с наличием у родственников артериальной гипертензии, возникшей до 50 лет (r=0,50, p<0,02). В I и II группах имеется корреляция показателей СРПВ с параметрами липидного спектра: у лиц 30-39 лет повышение холестерина ЛПОНП и триглицеридов ассоциируется с увеличением СРПВ по сосудам голени (r=0,41, p<0,04), у лиц старшего возраста СРПВ по аорте взаимосвязано с повышением уровня холестерина ЛПОНП и триглицеридов (r=0,39 p<0,04) и с увеличением количества потребляемых с пищей животных жиров (r=0,51, p<0,03).

Выводы. Увеличение показателей СРПВ в покое с возрастом отмечается раньше в артериях мышечного типа (в среднем на десять лет). Влияние наследственных факторов на величину СРПВ больше в молодом и среднем возрастах, а влияние липидного спектра в среднем и старшем возрасте. Вязкость крови взаимосвязана с упруго-вязкими свойствами сосудов только в молодом возрасте.

0015 ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Агеева Н.В., Дмитриев В.А., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н., Титов В.Н.
ФГУ “РКНПК Росмедтехнологий”, Москва, Россия

Цель исследования: сопоставить показатели вязкости крови с уровнем С-реактивного белка у больных гипертонической болезнью (ГБ)

Методы: обследовано 54 больных с ГБ I-II ст. (41 М, 13 Ж), без антигипертензивной терапии, среднего возраста 46,8±1,5 лет. Высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ) определялся методом турбидиметрии. Показатели вязкости плазмы и цельной крови определялись методом вискозиметрии на аппарате Low Shear 30 (“Contraves” Швейцария). Суточное мониторирование АД проводилось аппаратами Meditech АВРМ-04. Статистический анализ осуществлялся непараметрическими методами Спирмана с применением прикладных программ STATISTICA 6. Данные представлены в виде M±m.

Результаты: В группе больных ГБ: 24 часовые САД — 139,7±1,5 мм рт.ст, ДАД -85,9±1,5 мм рт.ст. Уровень СРБ в среднем составил 8,7±2,3 мг/л; повышение СРБ >3 мг/л отмечалось у 31 пациента (57 %). Гематокрит (Ht) 50,4±0,5 %, вязкость крови при высоких скоростях сдвига (128с-1) η1=5,17±0,07 сПз, вязкость крови при низких скоростях сдвига (0,95с-1) η2=27,2±0,8сПз, вязкость плазмы ηpl=1,52±0,01 сПз, η2/η1 (устойчивость эритроцитарных агрегатов) 5,22±0,09, показатели вязкости при стандартном Ht η1st 3,20±0,02, η2st 8,3±0,2. Повышенная вязкость плазмы выявлена у 39 (72 %), повышенная агрегация у 40 (74 %), повышенные уровни η1 у 41 (76 %) и η 2 у 26 (48 %) больных ГБ. В целом по группе больных ГБ выявлена позитивная корреляционная связь между СРБ и вязкостью плазмы (r=0,42; p<0,01) и η1st (r=0,28; p<0,05).

Выводы: полученные результаты могут свидетельствовать, что в механизмах взаимосвязи неспецифичного воспаления и гипертонической болезни особую роль могут играть реологические свойства крови.

0016 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТАМОКСИФЕНА 20 МГ НА СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Азизов В.А., Гурбанова Х.И., Ибрагимова Ш.С., Мурадова С.Р., Эфендиева Л.Г., Садыгова Т.А.
Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра внутренних болезней II, Баку, Азербайджан

Цель исследования: в настоящее время стандартом адъювантной гормонотерапии (ГТ) после оперативного лечения рака молочной железы с положительными рецепторами эстрогена и/или прогестерона у больных в постменопаузальном периоде является назначение модулятора эстрогенных рецепторов тамоксифена в течение 5 лет.

Материалы и методы: до начала ГТ наблюдалась 21 пациентка (80,9±8,6 %; t=4,15; p<0,001) с артериальной гипертензией (АГ) I степени получающих Тамоксифен 20 мг. Пациентки считались пригодными для участия в исследовании, если на момент начала проведения лечения у них была менопауза не менее 1 года. Критериями исключения больных из исследования являлись: тяжелые формы паренхиматозного гепатита; нарушение функции почек; тяжелые формы сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, перенесенный менее 1 года назад). Всем больным проводили ЭхоКГ, ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления. Параметры центральной гемодинамики и массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) оценивались с использованием М-режима эхокардиографии на эхокардиографе "Medison SonoAce 8000 EX" по методике Американской ассоциации эхокардиографии.

Результаты. Так, через 3 месяца после начала ГТ у 15 пациенток (83,3±8,8 %) показатели АД оставались без изменений, у 2 пациенток (11,1±7,4 %; t=7,02; p<0,001) отмечался подъем АД до 150-100 мм рт.ст., у 4 пациенток (5,6 %) — 160-110 мм рт. ст.. Через 6 месяцев у 10 пациенток (55,5±11,7 %; t=2,88; p<0,01) показатели АД не изменились, у 7 пациенток (27,8±10,6 %; t=3,08; p<0,01) — 150-100 мм рт.ст, у 4 пациенток (16,7±8,8 %; t=4,01; p<0,001) показатели АД превышали 150-100 мм рт.ст. Через 12 месяцев терапии Тамоксифеном 20 мг распределение больных выглядело следующим образом: первичные показатели АД оставались у 8 пациенток (44,4±11,7 %), у 7 пациенток АД составило 150-100 мм рт.ст., у 6 пациенток (22,3±9,8 %; t=2,10; p<0,05) отмечалось повышение АД (ДАД> 100 мм рт.ст.; САД>150мм.рт.ст.).

Выводы. Применение тамоксифена, особенно с адъювантной целью, когда препарат назначается длительно, сопровождается неудовлетворительной переносимостью. В крупных исследованиях было показано, что более 60 % больных отмечали те или иные побочные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы, связанные с приемом препарата. В 23-40 % случаев это приводило к его отмене. Длительный прием тамоксифена сопряжен с риском развития тромботических осложнений, развитием ишемических инсультов, тромбоэмболии легочной артерии особенно у пожилых больных.

0017 ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПОВЫШЕНИЮ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Азизов В.А., Керимова Э.З., Мирзазаде В.А.
АМУ, кафедра внутренних болезней II, VM центр Эндокринологии, Диабета и Метаболизма, Баку, Азербайджан

Актуальность. Большими эпидемиологическими исследованиями показано, что риск ИБС у больных сахарным диабетом типа 2 в 2-6 раз превышает таковой у лиц без диабета. Летальность от острого инфаркта миокарда (ИМ) среди больных диабетом высока и превышает таковую у людей без диабета. В связи с этим большое значение приобретает своевременная профилактика ИМ, которая должна носить многофакторный характер.

Целью данного исследования стало изучение взаимосвязи между различными факторами риска ИМ и величиной риска ИМ, определяемой с помощью программы PROCAM у больных СД типа 2 с различным риском ИМ.

Материал и методы. Обследована случайная выборка из 300 больных сахарным диабетом типа 2 в возрасте 45-65 лет, получавших амбулаторное лечение в VM центре эндокринологии, диабета и метаболизма в 2007-2009 гг. У всех обследованных определялся риск заболевания инфарктом миокарда в течение 10 лет с помощью программы PROCAM. В зависимости от величины риска больные были разделены на 3 группы: группу низкого риска (НР) с риск от 0,0 % до 9,9 %, группу повышенного риска (ПР) с риском от 10,0 % до 19,9 % и группу высокого риска (ВР) с риском 20,0 % и выше. Кроме указанных выше данных, выяснялась также давность заболевания сахарным диабетом, определялся уровень систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), гликемии натощак, липидов (ОХ, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, ТГ) и гликогемоглобина.

Результаты. Получены данные о том, что возраст, курение, наличие семейного анамнеза ИМ, повышение уровня ЛПНП, ОХ, САД и снижение уровня ЛПВП способствуют повышению риска ИМ от 0 % до 9,9 %. Дальнейшее повышение риска ИМ с 10,0 % до 19,9 % связано с воздействием повышения уровней гликемии натощак, HbA1c, ОХ и ЛПНП. Повышение уровня риска ИМ до 20,0 % и более стимулируется воздействием повышения ОХ, ЛПНП, ТГ и снижением уровня ЛПВП.

0018 ИССЛЕДОВАНИЕ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ВОЛОСАХ У БОЛЬНЫХ ИБС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНЫХ РАЙОНОВ АЗЕРБАЙДЖАНА

Азизов В.А., Мамедова В.С., Гусейнова Н.И.
АМУ, кафедра внутренних болезней II, Баку, Азербайджан

Цель исследования: изучение концентрации макро- и микроэлементов в волосах у больных ИБС, проживающих в условиях высокогорья северо-западных районов Азербайджана.

Материалы и методы исследования. Клинико-лабораторные исследования провели среди 132 пациентов: 57 больных со стенокардией (33 мужчины и 24 женщины), средний возраст 57,1±2,2 лет; 45 больных с постинфарктным кардиосклерозом (23 мужчины и 22 женщины), средний возраст 60,2±3,4 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (20 мужчин и 10 женщин), средний возраст 50,4±2,4 лет. Концентрацию макро- и микроэлементов в волосах определяли методом атомно-эмиссионного анализа с индуктивно связанной аргоновой плазмой. Эмиссионный спектральный анализ основан на регистрации интенсивности спонтанно излучающих атомов и ионов, составляющих плазму. Измерения концентрации Al, Cd, Co, Cu, Fe, Mg, Mn, Mo, P, Pb, S, Zn проводились на спектрохимической системе GBC (Австралия).

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе распределения макроэлементов отмечается, что у больных со стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом имеется снижение содержания магния (Mg) по сравнению со здоровыми жителями на 76 % (P<0,05) и 43 % (P<0,05). В то же время наблюдается повышение содержания фосфора (P) на 18 % (P<0,05) и 9 % (P <0,05), и серы (S) на 6 % (P<0,05) и 9 % (P<0,05).Сравнительный анализ микроэлементов в группах больных со стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом и группой здоровых жителей показал, что концентрация алюминия (Al) в группе больных со стенокардией достоверно повышена на 44 % (P<0,05), в группе больных постинфарктным кардиосклерозом повышена на 72 % (P<0,05). Содержание меди (Cu) в группах больных со стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом оказалось достоверно снижено на 43 % относительно здоровых жителей, (P<0,05). Содержание марганца (Mn) оказалось в обеих груп-

пах больных достоверно пониженным на 18 % (P<0,05) и 27 % (P<0,05). Концентрация цинка (Zn) и в группе больных со стенокардией и постинфарктным кадиосклерозом достоверно снижена на 28 % (P<0,05) и 18 % (P<0,05). Концентрация железа (Fe) достоверно повышена в группе больных с постинфарктным кардиосклерозом в сравнении с группой здоровых лиц 32 % (P<0,05).

Общими чертами элементного состояния как у больных со стенокардией, так и с постинфарктным кардиосклерозом является снижение концентрации макроэлемента Mg, микроэлементов: Cu, Mn, Zn и повышение уровня обеспеченности макроэлементами: P, S, микроэлементов: Al, Fe.

Выводы. Приведенные выше данные позволяют прийти к заключению, что в исследуемых группах наблюдаются однотипные нарушения в минеральном гомеостазе, связанные, по нашему мнению, с одной стороны, с климатогеографическими, экологическими особенностями региона, с другой, со структурой и характером патологических процессов у больных со стенокардией и с постинфарктным кардиосклерозом.

0019 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Азизов В.А., Эфендиева Л.Г., Гурбанова Х.И., Ибрагимова Ш.С., Мурадова С.Р., Садыгова Т.А.
АМУ, кафедра внутренних болезней II, Баку, Азербайджан

Антигипертензивная терапия, приводящая к регрессу ГЛЖ, позволяет существенно снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Есть предположение, что отсутствие ночного снижения АД у больных ГБ способствует развитию гипертрофии левого желудочка и может рассматриваться в качестве неблагоприятного прогностического признака.

Материал и методы исследования. Объектом нашего исследования стали 50 больных ГБ I-II степени. По данным суточного мониторирования АД больные были разделены на 4 группы: диппер, нон-диппер, овер-диппер, найт-пиккер. Эхокардиографическое исследование проводили в импульсно-волновом режиме на аппарате ACUSON AFPEN (USA) в трех основных режимах (М-, В-режим и допплер-ЭхоКГ) в соответствии со стандартным протоколом. За критерий ГЛЖ в нашем исследовании принимали значение ИММЛЖ, превышающий 134 г/м^2 у мужчин и 110 г/м^2 у женщин. Всем больным назначали Эпросартан в суточной дозе 600 мг в течении 12 недель.

Результаты. В исследовании были получены следующие результаты: ТМЖП уменьшилась на 7,2 % (p<0,001), ТЗСЛЖ уменьшилась на 8,3 % (p<0,001), КДР уменьшился на 0,1 %, ММЛЖ уменьшилась на 10 % (p<0,01), ИММЛЖ уменьшилась на 10 % (p<0,05). ОТС уменьшилась на 8,4 % (p<0,001). При лечении эпросартаном значительная динамика регрессии ГЛЖ наблюдалась у найт-пикеров.

Выводы. Эпросартан вызывает выраженный регресс гипертрофированного миокарда преимущественно у больных с ночной гипертензией и тем самым может улучшить прогноз жизни у данной категории больных.

0020 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И ВАЗАПРОСТАНА НА НАРУШЕННЫЙ ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СПАЗМЕ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Азизов В.А., Алекперова А.К., Рагимова А.С.
Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель исследования: сравнительное изучение влияния вазапростана и β-адреноблокатора метопролола на нарушенный липидный спектр при длительном спазме коронарных сосудов.

Материалы и методы исследования: эксперименты проводились на беспородных собаках (n=40). Все животные были разделены на 4 группы: I группа — интактные; II группа — животные с моделированным спазмом коронарных сосудов; III группа — однократное внутривенное введение вазапростана после создания модели длительного спазма коронарных сосудов; IV группа — однократное внутривенное введение β-адреноблокатора метопролола после создания модели длительного спазма коронарных сосудов. В каждой группе было по 10 собак. Модель коронарного спазма создавалась с помощью введения 0,02 % раствора эргометрин малеата из расчёта 0,5 мл на 1 кг веса собаки. Для регистрации появившегося спазма коронарных сосудов до введения раствора эргометрина малеата экспериментальное животное подключалось к кардиомонитору и в течение трёх часов велось наблюдение. Изучались показатели липидного спектра крови (общий холестерин, триглицериды, холестерин в липопротеидах высокой, низкой и очень низкой плотности), взятой из устья коронарных артерий и большой вены сердца. Для каждой группы в отдельности рассчитывался средний индекс атерогенности.

Результаты: при длительном спазме возрастает количество общего холестерина в артериальной крови (152,1±6,4 мг/дл в интактной группе и 173,5±12,3 мг/дл в группе с созданным длительным спазмом). После введения вазапростана хоть и увеличивается количество общего холестерина (за счёт повышения количества липопротеидов высокой плотности) — 226,2±16,4, индекс атерогенности практически не изменяется по сравнению с группой с моделированным длительным спазмом и даже значительно снижается по сравнению с интактной группой (0,96; 0,83; 1,98). Менее достоверная картина наблюдается при введении β-адреноблокатора — метопролола. Соотношение показателей липидного спектра венозной крови остаётся таким же, как и в артериальной, но уровень всех липопротеидов в основном повышается — общий холестерин 210,2±7,3 мг/дл; триглицериды 45,2±3,1 мг/дл; ХС-ЛПВП 104,9±6,4 мг/дл; ХС-ЛПНП 96,3±3,1 мг/дл; ХС-ЛПОНП 9,04±0,62 мг/дл. Даже несмотря на артериовенозную разницу, индекс атерогенности остаётся выше при введении метопролола, чем при введении вазапростана (1,0). Количественный уровень липопротеидов высокой плотности при длительном спазме коронарных сосудов после введения вазапростана увеличивался в 1,2 раза, а после введения метопролола в 1,1 раз. В одинаковой степени в обоих случаях (т.е.и после введения вазапростана, и после введения метопролола) изменялся уровень липопротеидов низкой плотности, т.е.увеличивался в 1,3 раза. Средний индекс атерогенности после введения метопролола увеличивался в 1,1 раз по сравнению с введением вазапростана.

Заключение:

1. При длительном спазме коронарных сосудов в значительной степени увеличивается уровень общего холестерина как в артериальной, так и в венозной крови, причём под влиянием как вазапростана, так и метопролола этот уровень ещё более нарастает.

2. Уровень “антиатерогенных” липопротеинов высокой плотности при длительном спазме значительно повышается под влиянием вазапростана и менее под влиянием метопролола.

0021 ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА C677T/MTHFR, УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Акильжанова А.Р.
РГП “Национальный центр биотехнологии Республики Казахстан” КН МОН РК, Астана, Казахстан; Atomic Bomb Disease Institute, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan

Цель. Оценить уровень гомоцистеина и фолиевой кислоты в ассоциации с генотипом C677T/ MTHFR для идентифи-

кации детерминант концентрации гомоцистеина среди казахов.

Материал и методы. В исследование включены 110 практически здоровых лиц (61 мужчин и 49 женщин, в возрасте от 20 до 77 лет), казахской национальности, проживающих в Семипалатинском регионе Казахстана. Средний возраст составил 37.9±16.1 лет. Был проведен забор крови с последующим разделением сыворотки, плазмы и клеток крови и хранением при -20 °С до анализа. Определяли концентрацию фолатов, витамина В12, креатинина, альбумина, гомоцистеина. Геномная ДНК была выделена из клеток крови автоматически с помощью MagExtractor MFX® (TOYOBO, Osaka, Japan). Для генотипирования С677Т/ MTHFR использовали метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР) TaqMan (AB Japan, Tokyo, Japan). Были подобраны 2 зонда, специфических для С и Т аллелей и праймеры. ПЦР проводилась на термоциклере (Bio-Rad Laboratories, Hercules, USA), уровень флюоресценции измеряли на ABI PRISM 7900 Sequence Detector (AB Japan, Tokyo, Japan), с идентификацией трех генотипов С677Т/MTHFR (СС, СТ, и ТТ). Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 16.0® (SPSS Japan Inc., Tokyo, Japan).

Результаты. Уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови в группе лиц казахской национальности колебался от 0,7 до 13,5 мкг/л. У 72 (65,4 %) из 110 участников выявлен низкий уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови (3,6±2,1 мкг/л). Уровень общего гомоцистеина плазмы в группе казахов колебался в пределах от 5,5 до 41,1 мкмоль/л. Частота генотипов С677Т/MTHFR составила 41,8 % для СС, 44,5 % для СТ, и 13,7 % для ТТ. Уровни общего гомоцистеина плазмы крови у участников исследования с генотипом ТТ были значительно выше, чем у участников с генотипами СС и СТ (19.5±1,8 мкмоль/л против 9,7±0,5 мкмоль/л, p<0,001). При анализе уровня гомоцистеина с учетом пола и возраста, уровень общего гомоцистеина при генотипе ТТ был почти вдвое выше, чем у испытуемых с генотипами СС и СТ (19,7±1,8 мкмоль/л, против 9,7±0,5 мкмоль/л, p<0,001).

Заключение. У 65,4 % здоровых лиц казахской популяции выявлен низкий уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови (<3/6 мкг/л). Восполнение уровня фолиевой кислоты у казахов может быть эффективным для контроля уровня гомоцистеина. Уровень общего гомоцистеина у участников с генотипом ТТ С677Т/MTHFR в казахской популяции почти в два раза выше, чем уровни гомоцистеина участников с генотипами СС и СТ. Генотип ТТ С677Т/MTHFR значительно коррелирует с концентрацией гомоцистеина и низким уровнем фолатов, являясь генетически детерминирующим фактором гипергомоцис-теинемии. Необходимы дальнейшие исследования по изучению дефицита фолиевой кислоты и гипергомоцистеинемии, для разработки профилактических мер сердечно-сосудистой патологии.

0022 РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Акильжанова А.Р.[1], Тарлыков П.В.[1], Жолдыбаева Е.В.[1], Джолдасбекова А.У.[2], Бекмурза А.Б.[2], Момыналиев К.Т.[1]
РГП "Национальный центр биотехнологии Республики Казахстан" КН МОН РК[1], Астана, Казахстан; Национальный научный медицинский центр Республики Казахстан[2], Астана, Казахстан

Нарушения в системе гемостаза являются одним из важных факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС). В настоящее время широко обсуждается вклад наследственной предрасположенности к тромбофилиям в формировании как венозных, так и артериальных тромбозов.

Целью нашей работы явилась оценка частоты полиморфизмов генов II, V факторов свертывания крови и гена метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR у больных ишемической болезнью сердца казахской национальности.

Материалы и методы. Проведено молекулярно-генетическое исследование 68 пациентов с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом казахской национальности, проходивших кардиохирургическое лечение в Национальном Научном медицинском Центре РК, Астана с 2008 по 2010 год. Средний возраст составил 56,1±9,2 лет, мужчин 63, женщин 5. Материалом для изучения частоты встречаемости однонуклеотидной замены С677Т в гене метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR), точечной мутации гена фактора V свертывания крови (FV) 1691 G->A, получившей название FV Leiden (лейденская мутация), а также мутации G20210A в 3'-нетранслируемой области гена фактора II свертывания крови (FII) послужили образцы геномной ДНК, полученной из лейкоцитов периферической крови с использованием набора Wizard®Genomic DNA Purification kit, (Promega), согласно протоколам производителя. Проводили ПЦР амплификацию участков ДНК, содержащих искомые полиморфизмы с помощью специально подобранных аллель-специфических праймеров для каждого полиморфизма с последующим проведением прямого секвенирования данных участков на ДНК анализаторе Applied Biosystems 3730xl. Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 16.0 (Tokyo, Japan).

Результаты исследования. По полиморфизму 20210 G->A F2 и мутации Лейдена 1691 G->A коагуляционного фактора V (F5) у 100 % из 68 обследованных пациентов определены аллели дикого типа GG. Частота генотипов 677 C->T MTHFR CC, CT, TT составила 89,7 %, 8,8 % и 1,5 %, соответственно. Предварительные результаты показывают, что у лиц казахской национальности преобладают аллели дикого типа в исследованных полиморфизмах. Продолжаются дальнейшие исследования на большем количестве выборки в сравнении с группой здоровых лиц с изучением других полиморфизмов и генов, ассоциированных с генетической предрасположенностью к тромбозам.

0023 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ, ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ У МУЖЧИН ГОРОДСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимова Е.В., Кузнецов В.А., Гафаров В.В., Каюмова М.М.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН и ЯНЦ РАМН, Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение информированности, отношения к своему здоровью и профилактике в мужской сибирской популяции 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 200 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % — 850 участника. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Вопросы сопровождались перечнем фиксированных ответов. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 11,5.

Результаты исследования. Несмотря на то, что в открытой сибирской популяции 47,5 % мужчин считают себя больными, практически каждый из них недостаточно заботится о своем здоровье. Значимое снижение позитивной самооценки в популяции приходится на старшие возрастные группы. С возрастом отмечается выраженная тенденция к увеличению заботы о своем здоровье. В настоящем исследовании 97,4 % населения отмечает очень большую вероятность заболеть серьезным заболеванием в течение 5-10 лет. Большая часть популяции верит в возможности профилактики серьезных заболеваний. 54,1 % мужчин не сомневается, что современная

медицина может предупредить большинство болезней сердца. Безусловная уверенность респондентов в возможности избежать серьезных заболеваний или принять предупредительные меры снижается с возрастом. В средних возрастных группах выявлено наиболее реалистичное отношение к предупреждению болезней сердца. Мнение о возможности успешного лечения большинства болезней сердца значимо преобладает в молодом возрасте. Половина мужской популяции удовлетворена уровнем медицинского обслуживания в регионе. Потребность в регулярном медицинском обслуживании чаще возникает у лиц старшего возраста, в этой же возрастной категории выявляется наиболее высокая удовлетворенность медицинским обслуживанием. Лица молодого возраста при более негативном настрое на уровень медицинского обслуживания чаще готовы обращаться к врачу в момент сильного сердечного приступа. Положительное отношение к профилактическим проверкам своего здоровья в популяции оказалось равным 87,4 %. Около 35 % респондентов выказывают низкую ответственность по отношению к своему здоровью, которая повышается с увеличением возраста.

Заключение. Путем изучения информированности и отношения к своему здоровью может быть определена готовность населения к участию в профилактических программах, первичном профилактическом осмотре, готовность к выполнению тех или иных практических рекомендаций.

0024 СТРЕСС В СЕМЬЕ У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Акимова Е.В., Гакова Е.И., Гафаров В.В., Каюмова М.М., Смазнов В.Ю., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН и ЯНЦ РАМН, Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение стресса в семье в открытой мужской популяции 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 200 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % — 850 участников. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Респондентам были заданы следующие вопросы: "Тяжело болел или умер кто-нибудь из ваших близких в течение 12 месяцев?"; "Изменилось ли ваше семейное положение в течение 12 месяцев?"; "Были ли у вас в семье серьезные конфликты в течение последних 12 месяцев?"; "Мешает ли вам что-нибудь спокойно отдохнуть дома?". Вопросы сопровождались перечнем фиксированных ответов.

Результаты исследования. 23,8 % населения отметили, что в течение последнего года кто-нибудь из близких людей тяжело болел или умер. Около 76 % населения отметили отсутствие изменений в семейном положении в течение последних 12-ти месяцев. Существенных различий в возрастных группах обследованных мужчин по вопросам болезни или смерти близких людей за последний год не отмечалось. Семейное положение существенно чаще было без изменений у мужчин трех старших возрастных групп, а также в популяции в целом сравнительно с возрастной категорией 25-34 лет. У лиц молодого возраста (25-34 лет) достоверно чаще сравнительно со старшими возрастными группами 45-54 и 55-64 лет и с популяцией в целом имели место серьезные конфликты в семье. В младших возрастных группах более 25 % мужчин не имели возможности отдохнуть дома. С возрастом этот показатель уменьшался, и в старших возрастных группах имели возможность отдохнуть дома уже более 80 % мужчин. Значимые различия по вопросу домашнего отдыха отмечались в возрастной группе 25-34 лет сравнительно с группой 55-64 лет.

Заключение. В тюменской популяции для лиц молодого возраста оказалось характерным превалирование сравнительно со старшими возрастными категориями стресса в семье, который выражался наличием серьезных семейных конфликтов, изменением семейного положения и отсутствием возможности семейного отдыха.

0025 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА

Акимов С.И., Абдурасулов К.Д., Пахотина В.А.
Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: изучение состояния заболеваемости населения описторхозом и особенности ЭКГ и эхокардиографических (ЭхоКГ) показателей гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ), протекающей на фоне хронического описторхоза среди жителей г. Ханты-Мансийска и района в возрасте 30-69 лет.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный эпиданализ историй болезни 1000 пациентов, госпитализированных с различными заболеваниями в ОКБ г. Ханты-Мансийска за 2007-2009гг. Результаты учитывали по паразитологическим исследованиям (копроовоскопия фекалий по Столу, микроскопия желчи) и иммунологическим (метод иммуноферментного анализа (ИФА) с тест-системами на lgM и lgG). Одновременно, обследовано 94 больных, с АГ на фоне хронического

описторхоза. Обследование включало стандартный опрос, клинический осмотр, измерение АД, регистрацию ЭКГ и ЭхоКГ. ГЛЖ выявляли помимо ЭхоКГ, при наличии по вольтажному критерию ЭКГ Sokolow — Lyon (СКЛ), Корнельского вольтажного критерия (CrnV) и критериям Миннесотского кода (МК).

Полученные результаты: состояния заболеваемости описторхозом позволило отметить снижение показателей общей заболеваемости (инцидентности) описторхозом в 2008г (677,2±6,6 на 100 тыс. населения) в сравнении с 2004г (996,5±8,2) в 1,47 раза ($P<0,05$), при сохранении показателей на очень высоком уровне. У больных АГ в сочетании с хроническим описторхозом обнаружена высокая частота ЭКГ признаков ИБС (63,8 %) и ее отдельных форм: ИМ — 11,7 %, безболевая ИБС определенная — 52,1 %. Возможная ИБС в исследуемой группе больных выявлялась в 1,5 раза чаще, чем определенная ИБС. Обращает на себя внимание то, что у 13,8 % больных зарегистрированы ЭКГ признаки ГЛЖ сердца, причем выраженные степени ГЛЖ встречались в 3 раза чаще, чем умеренные степени ГЛЖ, а ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка обнаружена у 2,1 %. Экстрасистолическая аритмия выявлена у 11,7 %, неполная блокада правой ветви пучка Гиса у 10,6 %, а фибрилляция предсердий у 35,7 %. Полная блокада правой и левой ножки пучка Гиса зарегистрированы соответственно 4,2 и 4,3 % случаев. Нарушение a-v проводимости выявлено у 5,3 % больных, а ЭКГ признаки электрической стимуляции сердца отмечены в 4,3 % случаев. Синусовая брадикардия отмечена у 4,2 % больных, другие типы аритмий выявлялись в единичных случаях. ЭКГ паттерны синдрома ранней реполяризации и симптомы ваготонии выявились соответственно в 10,6 и 4,3 % случаев. ГЛЖ по критериям CrnV и МК отмечена у 14,5 и у 13,8 % больных, тогда как при ЭхоКГ исследовании ГЛЖ выявлена у 25,9 %. Частота аритмий сердца имеет определенную связь с различной степенью ГЛЖ (соответственно от 8,5 до 38,8 %).

Выводы:1. Высокая заболеваемость населения описторхозом является преморбидным фоном для развития неинфекционных заболеваний.

2. Неинвазивные методы исследования с включением ЭхоКГ и ЭКГ взаимно дополняют друг друга, повышая эффективность ранней диагностики гипертрофии левых отделов сердца у больных АГ на фоне хронического описторхоза, одновременно у больных такой категорией значительно чаще встречаются различные виды аритмий сердца и поражение органов- мишеней, а именно — гипертрофия левой половины сердца, что требует изучения патогенетических механизмов их развития.

3. Корнельский вольтажный и критерии МК являются одним из надежных ЭКГ показателей ГЛЖ сердца в условиях сочетанной патологии, что необходимо широко рекомендовать его к использованию.

0026 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, КОМОРБИДНОЙ С РАННИМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Войченко Т.Ю., Лаврушина О.С.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель нашего исследования: изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 стадии при ее сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) 1 стадии.

Методы: обследовано 130 больных ГБ 1-2 стадии, средний возраст составил 46,2±6,4 года, с целью исключения ИБС всем пациентам проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ и ВЭМ, по показаниям — стрессЭхоКГ и коронароангиография. Пациенты были разделены на 2 группы — 51 больной I группы имел изолированную ГБ, 79 пациентов II группы имели сочетание ГБ с ХОБЛ 1 стадии, выставленной согласно клиническим и спирографическим признакам. Данные группы были сопоставимы по полу (более двух третей обследованных в каждой группе составляли мужчины), возрасту, тяжести клинических проявлений и длительности заболевания. Всем пациентам до назначения гипотензивной терапии или после трех дней ее отмены проводилось суточное мониторирование АД на аппарате Meditech. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6,0. Учитывая неравное количество пациентов в группах и ассиметричное распределение признака, применялись методы непараметрической статистики: сравнение проведено с использованием критерия χ-квадрат Пирсона (χ^2) с поправкой Йетса.

Результаты: у пациентов изолированной ГБ суточный профиль АД тип диппер выявлен у 34 больных (66,7 %), нондиппер — у 14 больных (27,5 %), гипердиппер — у 2 больных (3,9 %), найтпикер — у одного пациента (1,9 %). При сочетании ГБ с ХОБЛ 1 стадии наблюдались изменения суточного профиля АД: тип диппер выявлен у 38 больных (48,1 %), нондиппер — у 28 больных (35,4 %), гипердиппер — у 4 больных (5,1 %), найтпикер — у 9 пациентов (11,4 %). Больные I и II групп различались по частоте встречаемости типов диппер (χ^2=4,3, при уровне p<0,04), и найтпикер (χ2=3,9, при уровне p<0,04).

Заключение: у пациентов с сочетание ГБ и ХОБЛ 1 стадии легких чаще выявлялся патологический суточный профиль АД типа найтпикер, реже нормальный суточный профиль АД типа диппер. Выявленные изменения суточного профиля АД свидетельствуют о более выраженном дисбалансе в регуляции АД при сочетанной патологии и необходимости учета циркадных колебаний при назначении антигипертензивной терапии.

0027 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, РАЗВИВШЕЙСЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Александрова Н.Л., Долишняя Г.Р.
ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава, Саратов, Россия

Цель работы — изучение наиболее часто встречающихся факторов риска сердечно-сосудистой патологии у женщин, заболевших ишемической болезнью сердца (ИБС) на различном гормональном фоне.

Методы исследования. Проведен анализ 204 историй болезни женщин с ИБС, находившихся на лечении в кардиологическом отделении областной клинической больницы. Средний возраст обследованных составил 56,9 лет. Формами ИБС были стенокардия (в 84 случаях — стабильная, в 19 — нестабильная) и инфаркт миокарда (в 13 случаях — острый, в 88 — перенесенный). Обследованные женщины были разделены на 3 группы: заболевшие ИБС на фоне сохраненной менструальной функции (1 группа), в первые 10 лет после наступления менопаузы (2 группа), более чем через 10 лет после прекращения менструальной функции (3 группа). В 1 группе было 76 женщин, во 2 группе — 85, в 3 группе — 43 женщины. ИБС развилась у пациенток 1 группы в возрасте 42,9±6,7; 2 группы 53±5,9; 3 группы 60±6,6 лет соответственно. У женщин всех групп учитывались следующие факторы риска: артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, курение.

Полученные результаты. Самым частым фактором риска была АГ, встречающаяся во всех группах с одинаковой частотой (в 1 группе — в 98,7 % случаев, во 2 — в 97,6 %; в 3 — в 97,6 % случаев соответственно). АГ у женщин 1 группы возникла в более молодом возрасте (средний возраст 35,7 лет), у лиц 2 группы в возрасте 43,0, у лиц 3 группы в 46,8 лет соответственно. ИБС развилась в среднем через 7,2 года существования АГ у пациенток 1 группы, 10 лет — 2 группы, 13,2 года — 3 группы соответственно. У обследованных 1 группы отмечался более высокий уровень артериального давления по сравнению с лицами 2 и 3 групп (АГ 2 и 3 степени регистрировалась у 65,8 % женщин 1 группы; 58,4 % — 2 группы; 47,3 % — 3 группы соответственно). Наследственная отягощенность по АГ чаще встречалась у женщин 1 и 2 групп. Не получали гипотензивной терапии до настоящей госпитализации 13,3 % женщин 1 группы, 8,4 % — 2 группы; 7,1 % — 3 группы; лечились нерегулярно 18,4 %; 29,4 %; 25,6 % женщин соответственно.

Таким образом, у женщин, заболевших ИБС в пременопаузальном периоде, отмечалось раннее развитие и более тяжелое течение АГ, ассоциированные клинические состояния развивались через более короткий срок.

Выводы: профилактические мероприятия в отношении развития ИБС у женщин всех возрастных групп должны быть, по-видимому, направлены на формирование здорового образа жизни, уменьшающего риск развития АГ и своевременное выявление и адекватное лечение АГ, причем в наибольшей степени это должно относиться к женщинам молодого возраста с сохраненной менструальной функцией.

0028 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВАРИАНТЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В МОРДОВИИ

Александровский А.А., Усанова А.А., Колпаков Е.В.
ГОУВПО "Мордовский университет им. Н.П.Огарева", Саранск, Россия

Цель: оценить количественно силу связи таких факторов риска, как пол и место жительства с вариантами острого коронарного синдрома (ОКС).

Методы исследования: в 2007-2008 г. врачи Мордовии участвовали в международном регистре ОКС (ACS Registry), организованным европейским обществом кардиологов (ЕОК). Накопленная база данных включает 391 пациента, госпитали-

зированного с соответствующим диагнозом, в т.ч. 243 чел. (62,2 %) — в 4-ю клиническую больницу г.Саранска и 148 чел. (37,8 %) в районные больницы. Конечными точками были определены: ОКС с подъемом ST, без подъема ST, инфаркт миокарда (ИМ) с Q зубцом, без Q зубца и нестабильная стенокардия (НС). Информация о больных передавалась в ЕОК через интернет. Была обеспечена защита информации и соблюдение ее конфиденциальности в соответствие существующему законодательству. Участники регистра подписывали лист информированного согласия. Дано положительное заключение локального этического комитета. Цифры по Мордовии частично сравнивались с данными Американской кардиологической ассоциации (АНА) для 36 стран мира.

Результаты: гендерный подход к вариантам ОКС у саранских мужчин (М,) и женщин (Ж,) не выявил достоверной разницы. Количество больных М. и Ж. близкое: 126 и 117 чел. (51,8 и 48,2 %, P>0,5). В районной группе преобладание М. оказалось высоко достоверным: М. 91, Ж. 57 чел., соответственно 61,5 и 38,5 %, P<0,007. Т.е. на ФР "пол" здесь наслаивается ФР "место жительства". Что касается вариантов ИМ для М. и Ж. в г.Саранске, то разница была достоверной в группе ИМ с зубцом Q: М. 65,4 % > Ж. 34,6 % (P=0,037) и у пациентов, выписанных с диагнозом "стабильная стенокардия", где соотношение было обратным: М. 15,6 % <Ж. 28,9 % (P=0,015). Для ИМ без Q и НС можно говорить лишь о тенденции преобладания Ж,, т. к. разница статистически недостоверна. Районых М., имевших ИМ с Q-зубцом, было так же достоверно больше: М. 66,0 % >24,0 % (P<0,03). По больным с ИМ без Q, НС и СС статистическая разница не достигла пороговой величины. Для более глубокого исследования закономерностей применили многофакторный дисперсионный анализ. Оказалось, что влияние пола (А) и места жительства (В) на формы ИБС оказалось достоверным лишь для ОКС с подъемом ST: А — 6,5-8,3 %, В — 4,8-5,2 %, А+В — 5,6-9,4 % (P<0,001). Сила влияния тех же ФР на ИМ с Q: А — 6,8-8,8 %, В — столько же — 6,8-8,8, А+В — 1,9-5,9 % (P<0,001-0,01). Сила влияния пола и места жительства на ОКС без подъема ST, ИМ без Q, НС и СС меньше 1 % или равна 0 по величине и недостоверна.

Выводы: 1. Доказано не очень большое, но статистически значимое влияние пола и места жительства на ОКС с подъемом ST и ИМ с Q-зубцом. В этих группах отмечено явное преобладание мужчин. 2. Влияние пола и места жительства на ОКС без подъема ST, ИМ без Q, НС и СС мало и недостоверно. 3. Полученные результаты аналогичны международным значениям, приводимым в публикациях.

0029 ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Алексенко Е.Ю., Гатиятов Ю.Ф.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Целью работы явилось изучение некоторых показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и цитокинового статуса у пациентов с ОА в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. В исследование включены 92 пациента с АО в возрасте от 25 до 55 лет. 1-ю группу составили 44 пациента с ОА. Во 2-ю группу вошли 48 больных с ОА в сочетании с АГ. Средний возраст пациентов составил 43,3±6,3 лет, продолжительность заболевания — 7,2±4,6 года. Группа контроля состояла из 24 практически здоровых человек того же возраста. Проводилось изучение состояния ПОЛ: начальных продуктов (диеновые коньюгаты (ДК), кетодиены и сопряженные триены (КД и СТ) в гептановой и изопропанольной фазе по методу И.А. Волчегорского с соавт. Для изучения промежуточных продуктов ПОЛ использовали тест с тиобарбитуровой кислотой по методу Л.И. Андреевой с соавт. Интерлейкины (IL-1β, TNF-α, IL-6) определяли методом иммуноферментного анализа с помощью наборов реагентов для количественного определения человеческих интерлейкинов в биологических жидкостях ЗАО "Вектор-Бест". Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica, версия 6,0 (StatSoft). Для оценки различия между несколькими группами использовались критерий Крускалла-Уоллиса и медианный тест. Для сопоставления двух групп применялся U-критерий Манна-Уитни. Различия между анализируемыми группами считались достоверными при p<0,05.

Результаты. Содержание первичных и промежуточных продуктов ПОЛ оказалось повышенным у больных обеих групп по сравнению с контролем. ДК гептановой и изопропанольной фаз были достоверно выше у всех больных ОА, тогда как КТ и СТ гептановой и изопропанольной фаз существенно отличались лишь в группе пациентов при сочетании ОА с АГ. Эти изменения обусловлены накоплением повышенного по сравнению с контролем количества субстрата для реакций ПОЛ. Повышение концентрации гептанрастворимых продуктов свидетельствовало об активном включении в процесс ПОЛ триглицеридов, обладающих высокой растворимостью в гептане. При сравнении ТБК-активных продуктов в сыворотке крови и эритроцитах у обеих групп больных выявлено повышение концентрации по сравнению с показателями в контроле. При этом различий между 1-й и 2-й группами больных не выявлялось. Уровни провоспалительных цитокинов (IL-1β, TNF-α, IL-6) были значимо повышены в 1-й и 2-й группах по сравнению с контролем. Максимальные концентрации IL-1β, TNF-α, IL-6 выявлены в группе пациентов ОА в сочетании с АГ.

Выводы. Повышение концентрации цитокинов у пациентов с ОА, наиболее выраженные при сочетании с АГ, свидетельствует о наличии воспалительного компонента заболевания. Способность провоспалительных цитокинов (IL-1β, TNF-α, IL-6) вызывать нарушения функции эндотелия сосудов может обусловливать развитие АГ при ОА. Активация системы ПОЛ, как составной части компенсаторной противовоспалительной защиты, является одним из компонентов синдрома воспалительного ответа.

0030 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Алехин М.Н., Дюкова Н.А., Затейщикова А.А., Киселев Д.Г., Шаврин И.В., Привалов Д.В., Вторушин Д.В., Сидоренко Б.А., Затейщиков Д.А.
ФГУ Учебно-научный центр Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Выявление и оценка степени легочной гипертензии (ЛГ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) является важной клинической задачей, так как ЛГ влияет на прогноз и тактику ведения больных. Известно большое количество допплерографических неинвазивных способов расчета давления в легочной артерии (ЛА), которые основываются на расчете градиентов давления трехстворчатой и легочной регургитаций, или на измерении временных интервалов кровотока в выносящем тракте правого желудочка или в ЛА, однако у больных ХОБЛ некоторые методы неприменимы в связи с невозможностью адекватной визуализации.

Целью нашей работы было выявление наиболее точного и выполнимого неинвазивного метода расчета среднего давления в ЛА у больных с ХОБЛ. 20 больным ХОБЛ, средний возраст 71±12 лет, были выполнены допплер-эхокардиографический расчет давления в легочной артерии на ультразвуковом сканере GE Vivid7 Dimension (GE Medical Systems, Horten, Norway), и катетеризация правых камер сердца с измерением давления в ЛА с использованием мониторной системы HP Viridia 24C (Hewlett-Packard, USA) и аппарата для измере-

ния сердечного выброса методом непрерывной термодилюции (Continuous Cardiac Output) Vigilance II (Edwards Lifesciences, Irvine, CA, USA) в пределах не более 72 часов между двумя исследованиями. У всех обследованных больных была зарегистрирована спектрограмма кровотока в выносящем тракте ПЖ и в стволе ЛА в импульсноволновом допплеровском режиме, что позволило рассчитать среднее ДЛА по формулам, предложенным A.Kitakabe, G Mahan и A. Dabestani. Легочная регургитация была зарегистрирована у 18 больных, из которых у 11 (55 %) адекватно зарегистрирована максимальная скорость легочной регургитации в раннюю диастолу. Адекватно выполнить измерения максимальной скорости трехстворчатой регургитации удалось у 14 (70 %) больных. Выявлена достоверная корреляция среднего ДЛА, измеренного инвазивно, с максимальным диастолическим ($r=0,75$; $p<0,01$) и конечным диастолическим градиентами давления легочной регургитации ($r=0,61$; $p<0,05$) и средним ДЛА, рассчитанным по максимальному диастолическому градиенту давления легочной регургитации ($r=0,68$; $p<0,05$) и по формуле, предложенной A.Kitakabe для временных интервалов кровотока в выносящем тракте ПЖ ($r=0,62$; $p<0,05$). Среднее ДЛА, измеренное при катетеризации, не коррелировало со средним ДЛА вычисленным по формулам, предложенным G Mahan ($r=0,49$; $p>0,05$) и A. Dabestani ($r=0,42$; $p>0,05$) для кровотока в стволе ЛА. Для оценки согласованности инвазивного и допплероского измерений ДЛА применялся метод Блэнда-Альтмана. Средняя разность между измерениями составила 7,8 для среднего ДЛА, рассчитанного по диастолическому градиенту давления легочной регургитации и 8,6 — для временных интервалов кровотока в выносящем тракте ПЖ. Имелась зависимость разности измерений от величины среднего ДЛА. Т.о. у больных ХОБЛ для оценки среднего ДЛА могут быть использованы допплеровские способы расчета по диастолическому градиенту давления легочной регургитации и по отношению времени ускорения кровотока в выносящем тракте ПЖ к времени изгнания, хотя возможна переоценка среднего ДЛА при расчете доплеровскими способами, особенно при значительном увеличении среднего ДЛА.

0031 ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ТОЛЩИНОЙ СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Аллаберганов О.Х., Абдуллаев Т.А., Нагаева Г.А., Марданов Б.У.
Республиканский Специализированный Центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка влияния толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) на параметры вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных, страдающих гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы исследования. Обследован 21 пациент (16/5, мужчин/женщин) с ГКМП, средним возрастом 35,86±10,01 лет. Диагноз ГКМП устанавливали в соответствии с критериями Международного комитета экспертов по ГКМП. Всем больным проводилось: ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование (ХМЭКГ) и эхокардиографию (ЭхоКГ), доплер-ЭхоКГ. Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R.Devereux. Статистическая обработка полученных результатов проводилась путем вычисления критерия t Стьюдента.

Результаты. В зависимости от ТМЖП больные были разделены на 2 группы: I группу составили 13 больных со значениями ТМЖП от 16 до 20 мм и II группу — 8 пациентов с ТМЖП > 20 мм. Анализ параметров ВСР выявил, что у больных II гр. практически не отмечалось ночного уменьшения ЧСС (ср.ЧСС днем 96,50±6,28 уд/мин и ср.ЧСС ночью 91,37±6,80 уд/мин), в то время как в I гр. разница между средними дневной и ночной ЧСС составила 12,61 уд/мин (88,46±13,12 уд/мин и 75,85±17,87 уд/мин, соответственно). Сказанное подтверждалось и спектральными параметрами. В частности, низкочастотный спектр (LFn) при ТМЖП > 20мм был недостоверно больше, сравнительно группы сравнения (75,80±13,30 против 72,87±14,45, соответственно во II и I группах, $p=0,648$), при также недостоверно низких значениях высокочастотного (HFn) спектра (24,20±13,29 против 28,52±14,60, соответственно во II и I группах, $p=0,505$). Со стороны временных параметров ВРС, также наблюдались явления вегетативного дисбаланса с преобладанием симпатикотонии, более выраженные у больных II группы. В частности, косвенные показатели симпатической активности: SDNN=111,25±46,27мс и SDDNi =39,99±21,73, что в 1,28 и 1,37 раза превышали аналогичные показатели I группы, при меньших значениях параметра pNN50 (косвенный показатель парасимпатикуса), который составил 5,59±4,88 (все $p<0,05$).

Таким образом, при толщине межжелудочковой перегородки левого желудочка более 20 мм наблюдается выраженный вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатикотонии и явлением нарушенной циркадности ЧСС.

0032 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Аллаберганов О.Х., Абдуллаев Т.А., Нагаева Г.А., Марданов Б.У.
Республиканский Специализированный Центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между толщиной межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и показателями электрокардиограммы (ЭКГ) у больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы исследования. Обследован 21 пациент (16/5, мужчин/женщин) с ГКМП, средним возрастом 35,86±10,01 лет. Диагноз ГКМП устанавливали в соответствии с критериями Международного комитета экспертов по ГКМП. Всем больным проводилось: ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование (ХМЭКГ) и эхокардиографию (ЭхоКГ), доплер-ЭхоКГ. Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R.Devereux. Статистическая обработка полученных результатов проводилась путем вычисления критерия t Стьюдента.

Полученные результаты. В зависимости от ТМЖП больные были разделены на 2 группы: I группу составили 13 больных со значениями ТМЖП от 16 до 20 мм и II группу — 8 пациентов с ТМЖП >20 мм. Аализ ЭКГ в 12 стандартных отведениях по группам показал, что по мере увеличения ТМЖП выявляются специфические ЭКГ-критерии ГКМП. В частности, признак Соколова-Лайона у пациентов II группы составил 5,59±1,67мВ, против 4,95±1,57мВ — у больных сравниваемой группы ($p=0,387$). корнельский вольтаж у больных II группы оказался достоверно выше пациентов со значениями ТМЖП менее 20мм (4,16±1,11мВ и 3,37±0,51, у больных II и I группы соответственно, $p=0,038$). Также и разница в амплитуде депрессии сегмента-ST достигала достоверного уровня (2,47±0,69мВ и 1,95±0,15 мВ, у больных II и I группы соответственно, $p=0,016$). Аналогичная картина наблюдалась и при анализе амплитуды патологического зубца Q в отведениях V5-V6, который оказался более выраженным у больных II группы (QV5-6=0,53±0,09мВ и QV5-6 =0,42±0,12мВ, у больных II и I группы соответственно, $p<0,05$), при большей частоте встречаемости данного признака (37,5 % против 23,08 %). Увеличение ТМЖП также сопровождалось и увеличением дисперсии интервала QT, хотя данная взаимосвязь не достигала уровня достоверности (дисперсия-QT у больных II и I групп соответственно составила 77,50±19,09мс и 60,83±20,21мс, $p=0,07$).

Таким образом, увеличение толщины межжелудочковой перегородки левого желудочка более 20мм характеризуется большей частотой и выраженностью ЭКГ-изменений, а именно, увеличением признака Соколова-Лайона, нарастанием

корнельского вольтажа, увеличением амплитуды патологического зубца Q и нарастанием дисперсии интервала QT.

0033 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ЕЁ СОЧЕТАНИЯ С ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ КЛАССА ОМЕГА-3 В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Аляви А.Л., Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Крылов А.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

По данным Европейского Общества Кардиологов количество женщин в возрасте старше 70 лет к 2050 году составит около 1 миллиарда и около 30 миллионов женщин ежегодно в мире вступает в климактерический период, при котором наиболее частыми и тяжелыми признаны сердечно-сосудистые заболевания, а нарушения липидного обмена у них являются основным фактором риска развития и прогрессирования атеросклероза и коронарной болезни сердца. Для климактерического синдрома (КС) характерно повышение концентрации триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Своевременная диагностика и лечение измененного липидного профиля при КС, особенно полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК), является весьма перспективным. Риск коронарного атеросклероза и ишемии снижается при заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

Цель исследования — сравнительный анализ эффективности препаратов, содержащих комбинацию натуральных эстрогенов и прогестагенов и её сочетания с ПНЖК у пациенток с различными проявлениями КС в пре- и постменопаузе.

Материал и методы. В исследование включены пациентки с метаболическими нарушениями в пре- и постменопаузе (средний возраст 49,2±9,1 лет). Изучали содержание общего холестерина (ОХС), ТГ, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), ЛПНП, ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП. Больные были разделены на следующие группы: I группа (90 женщин), получавших ЗГТ (“Климонорм”) по схеме и II группа (88 женщин), получавших на фоне ЗГТ, Витрум кардио Омега-3 по 1 капсуле 2 раза в день. Лечение проводили в течение 6 месяцев.

Результаты. Исследования показали благоприятное влияние препаратов на изученные показатели липидного обмена. Отмечено существенное снижение содержания ОХС и ТГ сыворотки крови у пациенток обеих групп уже к 3 месяцу, но более выраженное у пациенток, принимавших Витрум кардио Омега-3. На этом фоне отмечалась положительная динамика изменений в спектре липопротеидов в виде повышения антиатерогенной фракции ЛПВП и снижения уровня фракции ЛПНП. Положительный эффект лечения был более выражен при сочетании препаратов. Увеличение содержания ХС-ЛПВП в конце третьего месяца лечения при использовании только ЗГТ не достигало статистически значимого различия с исходным уровнем. У пациенток II группы значительно раньше наблюдалось улучшение общего состояния, исчезновение жалоб, нормализация артериального давления, снижение массы тела на 1,5-2,8 кг и восстановление трудоспособности. Ремиссия была более стойкой и продолжительней, чем у пациенток, принимавших только ЗГТ. Побочных эффектов от лечения у больных не наблюдалось.

Следовательно, применение Витрум кардио Омега-3 на фоне ЗГТ у женщин в пре- и постменопаузе существенно снижает частоту госпитализации, повышает их качество жизни, что показывает целесообразность применения сочетания этих препаратов в практике.

0034 ПРИМЕНЕНИЕ КАРВИДИЛА У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Аминджанова С.С., Хурсанов Н.М., Хамдамова М.Б., Тоиров Х.К., Умарова С.А.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить влияние карвидила (карведилол) на уровень липидов крови у больных изолированной систолической артериальной гипертонией старших возрастов.

Материал и методы исследования: обследованы 19 больных изолированной систолической артериальной гипертонией в возрасте от 65 до 73 лет, средний возраст 66,9±1,5 лет. Длительность заболевания 8,13±1,3 года. Среди них женщин — 10, мужчин — 9. 11 больных имели I тип, 8 — II тип изолированной систолической артериальной гипертонии. По клиническому течению у 13 пациентов наблюдалась лабильная и у 6 — стабильная форма (классификация А.З.Цфасман и др.). Карвидил назначался в начальной дозе 6,25 мг, для достижения целевых цифр артериального давления некоторым больным доза увеличивалась до 12,5 мг.

До начала и после 8 недельного курса лечения больным проводились общеклинические и биохимические обследования. Критерием исключения являлись инфаркт миокарда, инсульт, почечная недостаточность, сахарный диабет, тяжелые формы стенокардии и сердечной недостаточности. Состояние уровня липидов крови изучалось биохимическим анализатором Cardio Chek производства компании Polymer Technology System (США). Определяли следующие показатели: общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой и холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды.

Результаты: к начале второй недели лечения отмечалось отчетливое улучшение субъективного состояния больных, которое сопровождалось достоверным понижением систолического артериального давления в среднем на 18 %. К концу курса лечения у больных, получавших карвидил (от 6,25 до 9,37 мг/сут.), результаты исследования показали отсутствие изменений уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и холестерина липопротеидов низкой плотности. При использовании карвидила в дозе 12,5 мг отмечено тенденция к снижению триглициридов, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и увеличению холестерина липопротеидов высокой плотности. Нейтральное влияние карвидила на уровень липидов крови у данной категории больных, вероятно, связано с тем, что, наряду с блокадой β_1 — адренорецепторов, препарат оказывает α_1-адреноблокирующий эффект. Данное обстоятельство имеет большое практическое значение особенно у лиц старших возрастов, учитывая исходно атерогенную направленность липидов крови у этих лиц.

Вывод: применение карвидила у больных изолированной систолической артериальной гипертонией у лиц старших возрастов в оптимальных дозах не ухудшает показатели липидов крови.

0035 РЕАБИЛИТАЦИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА НИЗКОГОРНОМ КУРОРТЕ КИСЛОВОДСК

Амиянц В.Ю.
ООО “КАРДИО”, Кисловодск, Россия

В практику лечения наиболее тяжелых форм ишемической болезни сердца и ревматических пороков сердца прочно вошли хирургические методы, которые, однако, не влияют на факторы риска и патогенез заболевания, поэтому, актуальна послеоперационная реабилитация больных.

Цель: изучить эффективность реабилитации кардиохирургических больных на Кисловодском курорте.

Методы исследования: в течение 25 лет изучены результаты реабилитационного лечения на Кисловодском курорте

более 2500 больных после хирургического лечения заболеваний сердца: аорто- и маммаро- коронарного шунтирования, транслюминальной баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий, после реконструктивных операций на клапанах сердца и их протезирования, а также после имплантации искусственных водителей ритма сердца. В 80 % случаев больные проходили первичную реабилитацию в пригородном санатории и после этого направлялись на вторичную реабилитацию в Кисловодск в разные сроки после операции: от 1 месяца до нескольких лет. Средний срок после операции составил 20,2±2,8 мес. В исследование включались больные I, II и III функционального класса (ФК) NYHA, в возрасте от 40 до 60 лет. Инструментальное обследование: ЭКГ, велоэргометрия, эходопплеркардиография, Холтеровское мониторирование ЭКГ. В процессе курортного лечения больным по показаниям назначались: физические тренировки, минеральные углекислые ванны, внутренний прием минеральных вод, антиангинальные препараты, дезагреганты.

Полученные результаты: Установлено, что курортное лечение оказывает положительное влияние на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у 96,2 % больных, приводит к благоприятной динамике клинических симптомов, увеличению толерантности к физическим нагрузкам, уменьшению глубины ишемии миокарда при нагрузках, улучшению сократительной способности левого желудочка, к улучшению показателей липидного обмена, улучшению отдаленных результатов операции, повышению трудоспособности больных. Наилучшие результаты курортного лечения отмечаются у больных I и II ФК без обширных зон дискинезии миокарда. Установлено, что с точки зрения феномена ишемического прекондиционирования, умеренно выраженную безболевую ишемию миокарда, возникающую во время тренировок, можно рассматривать как фактор, мобилизирующий резервы коронарной системы сердца. Для оптимизации эффекта интенсивность применения курортных факторов должна соответствовать функциональным возможностям организма: тренирующие методики воздействия показаны при высоких ресурсах, а при их снижении можно применять только щадящие методики лечения.

Выводы: 1. Реабилитация на низкогорном курорте оказывает мощное тренирующее действие на организм, мобилизует его ресурсы и является важным звеном поэтапной реабилитации кардиохирургических больных. 2. Воздействие курортных факторов приводит к улучшению механизмов ауторегуляции деятельности сердечно-сосудистой системы, коррекции основных факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы.

0036 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Андосова С.А., Бекбосынова М.С., Рахимова Э.М., Мурзабаева Р.Р., Оразгалиева Г.Р.
ГККП "Кардиологический центр", Астана, Казахстан

Проведение реабилитации больным после острого коронарного синдрома и реваскуляризации миокарда достоверно снижает риск развития повторного инфаркта миокарда, общую и кардиоваскулярную смертность. В связи с этим становится особенно актуальным организация реабилитационных мероприятий для оценки влияния реабилитации на уровень инвалидности и трудоспособности больных после перенесенного острого коронарного синдрома и реваскуляризации миокарда.

В ГККП "Кардиологический центр" УЗ г.Астаны с 2006 года проводится реабилитация больных перенесших острый коронарный синдром, операции на открытом сердце, ангиопластики и стентирования коронарных сосудов. Реабилитационные мероприятия включают медикаментозную, физическую, психологическую реабилитацию в условиях дневного стационара с последующим наблюдением в диспансерном кабинете кардиологического центра в течение года. Методами контроля эффективности и безопасности лечения являлись оценка клинического состояния больного, проведение суточного мониторирования ЭКГ и, АД, ЭхоКГ, ЭКГ, определение липидного спектра, тредмил — тест по показаниям в 3, 6, 12 месяцев.

За прошедший год реабилитацией было охвачено 466 больных с ОКС: ОИМ 228 (61,8 %) и нестабильной стенокардией 178 больных (38,1 %), из них 326 (69,9 %) мужчин в возрасте 41-72 и 140 (30 %) женщин в возрасте 54-65 лет. Группа больных после реваскуляризации миокарда составила 125, из них 68(88 %) мужчин и 9 (11,6 %) женщин, средний возраст составил 68 лет. Все прошли лечение в дневном стационаре, включающие медикаментозную, физическую реабилитацию, физиолечение, психотерапию и в течение года продолжали наблюдаться в диспансерном кабинете Кардиологического центра с дальнейшим проведением реабилитационных мероприятий и неинвазивных методов исследования для контроля эффективности и безопасности лечения в 3, 6, 12 месяцев. В течение года у 1 больного с перенесенным Q-волновым инфарктом миокарда была повторная госпитализация с нестабильной стенокардией. В группе больных после реваскуляризации миокарда случаев повторного АКШ и смертности не зарегистрировано.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий у 87 больных с ОИМ снята и снижена инвалидность на 38 %, процент возвращения к труду больных работоспособного возраста после перенесенного ОКС составил 44 %. После реваскуляризации миокарда у 65 больных снята и снижена инвалидность на 52 % и процент возврата больных к труду среди работоспособного возраста составил 67 %.

Проведение реабилитационных мероприятий больным после реваскуляризации миокарда и перенесенного острого коронарного синдрома снижает уровень инвалидности и увеличивает процент возврата больных к труду.

0037 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

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

Риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, а также их течение и прогноз тесно взаимосвязаны с психологическими факторами.

Целью нашего исследования было выявить взаимосвязь между уровнем артериального давления (АД) на рабочем месте и показателями, характеризующими психологический статус и эмоциональный интеллект больных с артериальной гипертензией (АГ) I-II ст.

Материал и методы. В представленном исследовании были проанализированы результаты суточных мониторирований АД (СМАД) 307 больных с АГ без серьезных сопутствующих заболеваний. СМАД проводилось после 1-2 недельного периода отмены антигипертензивной терапии при помощи аппарата Spacelabs 90207. Промежуток времени, проведенный на рабочем месте, соответствовал интервалу между 11.00 и 19.00 (АДр). После завершения процедуры СМАД больные заполняли психологический опросник СМОЛ (Зайцев В.П. и соавт.) и опросник ЭмИн для оценки эмоционального интеллекта (Люсин Д.В.). Были проанализированы следующие шкалы ЭмИн: I — понимание чужих эмоций; II — управление чужими эмоциями; III- понимание своих эмоций; IV — управление своими эмоциями; V — контроль экспрессии эмоций. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.

Результаты. Среднее систолическое АД (САД) составило 140,1±14,5; диастолическое (ДАД) — 89,1±9,8 мм рт. ст. (M±SD). Были выявлены негативные корреляционные связи между (p<0,05): 1) показателями шкал 2, 7 (СМОЛ) и уровнями САДр; 2) шкалы 7 (СМОЛ) и ДАДр. Кроме того, отмечались позитивные корреляционные связи (p<0,05) между показателями шкалы II (ЭмИн) и уровнем САДр. Таким образом, при астеническом типе поведения (шкалы 2 и 7 опросника СМОЛ), который характеризуется социальной конформностью, отсутствием стремления к лидерству, эмпатией связан с меньшей вероятностью повышения АД в рабочее время. Напротив, стремление управлять чужими эмоциями (шкала II опросника ЭмИн) увеличивает возможность повышения АД на рабочем месте.

Вывод: Вероятность повышения АД у больных АГ за промежуток времени, проведенный на рабочем месте, усиливается при наличии у этих пациентов стремления к управлению поведением окружающих. Вместе с тем, высокая социальная конформность, отсутствие стремления к лидерству, эмпатия снижает вероятность повышения АД на рабочем месте у этих больных.

0038 ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ЭКТГ

Андреичев Н. А.
ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет Росздрава", кафедра факультетской терапии, Казань, Россия

Цель исследования: Изучить качественные и количественные параметры электрического поля сердца (ЭПС), уточнить локализации типичных изменений при нижнем инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии (ЭКТГ). Методы: Для изучения ЭПС использован метод ЭКТГ с регистрацией монополярных отведений по Vılson с записью ЭКГ со 104 точек поверхности грудной клетки располагающихся на 6 горизонтальных уровнях по основным 18 вертикальным анатомическим линиям.

Результаты: ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (практически здоровые лица) (КГ) и 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при нижнем ИМ — 21 чел. (18 муж. и 3 жен.). Разработана схема топической диагностики ОИМ различных локализаций. ЭПС характеризуется диполярным распределением потенциалов по электропозитивности (ЭП) и практически диполярным по электронегативности (ЭН). Max по ЭП равен 14,60±1,23 мм и он расположен в точке V-9, т. е. там же, где располагаются max у КГ. Градиент потенциалов по ЭП составляет 8,81 ±0,72. Max по ЭН (зубец S) располагается в точке V-7 и он равен 11,61±1,27. Градиент потенциалов по ЭН равен 6,47±0,91, что достоверно ниже, чем в группах КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца, что связано с более длительной продолжительностью возбуждения в заднебазальной стенке ЛЖ. Зона перекрытия (ЗП) по ЭП и ЭН уменьшены по площади в связи с изменением направления вектора начальных и конечных сил по сравнению с КГ. Зубец (з). Q ≥ з. R или регистрация комплекса QS в III, aVF способствует уменьшению ЗП. Нулевая зона (НЗ), зона достоверного снижения потенциала по ЭП находится в нижнеправой области спереди и сзади. При регистрации з. Q>> 1/2 з. R или комплекса QS в III или aVF выявляется достоверное снижение значение з. R или регистрируется комплекс QS на поверхности грудной клетки (ГК) в областях, которые свидетельствуют о нарушении коронарного кровообращения или в заднесептальной, или в нижнезаднесептальной, или в нижневерхушечной области. НЗ и зона минимального потенциала по ЭН располагается слева сверху по задней поверхности ГК и являются реципрокной зоной для НЗ по ЭП. Изучены количественные показатели зон, относящихся к I-ой (rs, rsr', r) и II-ой (qr, qrs, qs) половинам кругового движения диполя (КДД). Большинство количественных показателей в отличие от переднего ИМ статистически не отличаются от групп сравнения и свидетельствуют о меньшем влиянии нижнего ИМ вследствие небольшого объема поражения на глобальные показатели оценки ЭПС. На карте з. Т возникают изменения за пределами регистрации ЭКГ-12. Происходит углубление отрицательного з. Т спереди и сзади справа по нижним уровням регистрации (УР), появляется зона положительного з. Т спереди и сзади слева по верхним УР. Отношение суммарного потенциала Т (+)/Т (-) увеличено в результате повышения значений положительного з. Т.

Выводы: Показатели ЭПС при нижнем ИМ рекомендуется использовать для оценки распространенности процесса. Количественные параметры ЭПС уточняют характер ЭПС при использовании ЭКТГ.

0039 DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, ТОПОКАРТЫ DAZZ И ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.

Андреичев Н. А.
ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет Росздрава", Кафедра факультетской терапии, Казань, Россия

Цель исследования: Изучить Departure Index (DI), Departure Area (DA), комбинированные топокарты DAZZ и Zero Zone (ZZ) при нижнем инфаркте миокарда (ИМ) методом электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Методы: Для изучения электрического поля сердца (ЭПС) использован метод ЭКТГ.

Результаты: ЭКТГ проведена у 78 чел. контрольной группы (практически здоровые лица) (КГ) и 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при нижнем ИМ — 21 чел. (18 муж. и 3 жен.). DI и DA рассчитываются следующим образом: DI = (X — M) / SD, где X — измеренное значение показателя, M — среднее значение, SD — среднеквадратичное отклонение, а DA — это область, где значение DI>2SD или <-2SD. Отклонении DA >2SD или <-2SD рассматривается как отклонение от нормы. Построение DI и DA карт выявляют основные тенденции изменения ЭПС при различных локализациях ИМ. Положительные и отрицательные максимумы и минимумы свидетельствуют об основных сдвигах ЭПС, нулевые значения свидетельствуют о смене зон. При анализе различных типов картограмм с помощью DA выявляются качественные отличия ЭПС в сравниваемых группах, а использование DA при количественной оценке ЭПС позволяет внести уровень надежности в предлагаемые критерии диагностики. При нижнем ИМ по электропозитивности (ЭП) DA<-2SD и по электронегативности (ЭН) DA>2SD или <-2SD не выявлены при сравнении с группой с нормальным положением электрической оси сердца (ЭОС). На карте зубца (з.) Т выявлены DA< -2SD (8 точек) по VI уровню регистрации (УР) справа спереди и сзади. ∑DA=-20,66. Выявлены DA>2SD (22 точки) справа сверху спереди и сзади преимущественно по I УР. ∑ DA>2SD= 71,72. Выявлена DA>2SD по ЭП по I УР по 7-9 линии (3 точки) с максимумом в точке I-8 равным 3,49 (реципрокная область отражения потенциалов от заднесептальной части МЖП) и DA< -2SD по ЭП в зоне поражения в нижнеправом отделе, где регистрируется максимальный DA равный -2,09, а по ЭН DA >2SD не выявлена, но выявлены две DA<2SD при сравнении с группой с горизонтальным ЭОС. На карте з. Т выявлена DA< -2SD (2 точки) по VI УР слева и сзади. ∑DA=-4,83. Выявлены DA>2SD (31 точка) справа сверху спереди и сзади преимущественно по I-II УР. ∑ DA>2SD= 101,44. DA проецируются на нулевые зоны (НЗ) по ЭП и ЭН при нижнем ИМ. На DAZZ карте по з. Т выявляются очень большие DA при сравнении с КГ. При анализе DI выявлены информативные показатели для дифференциации ЭПС у КГ и при нижнем ИМ. Большинство из выделенных показателей одновременно обладают значимым DI в группах с нормальным и горизонтальным положением ЭОС. Для более точной оценки протяженности ИМ целесообразно использовать топокарты DAZZ. При сравнении КГ с нижним ИМ выявляется гораздо

меньшее количество значимых показателей по сравнению с ИМ передних локализаций (меньший объем поражения).

Выводы: Анализ топокарт DAZZ при сравнении групп с поражением передней и нижней стенки ЛЖ позволяет проследить за переходом очага поражения на рядом расположенные стенки. Выделены амплитудные количественные показатели отличия.

0040 ФАТАЛЬНЫЕ АРИТМИИ, 20 ЛЕТ СОМНЕНИЙ

Андрейченко Т.А., Преображенский Д.В., Бурди С.М., Сергеев И.Н, Новосёлов Н.А.
Краевая клиническая больница, ПГМА, Пермь, Россия; Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Проблема предотвращения жизнеугрожающих аритмий остаётся одной из наиболее драматичных в современной клинической практике. Ещё в 1988г Bruce Beckwith отмечал: “Может быть, нам не удастся найти устойчивые отклонения от нормы...Все ищут ответ, которого может не оказаться”.

Цель работы — изучение условий, при которых стабильные состояния трансформируются в нестабильные, с учётом возможностей больницы.

Материал и методы: в ходе исследований, с 1986г постепенно сложились три группы пациентов: “условно здоровые” (n=44), пациенты группы риска, с врождённым синдромом удлинённого QT-интервала (n=19) и лица, находящиеся в критических состояниях (n=136). Всего — 199 человек, из них 121 мужчина и 78 женщин в возрасте от 3 до 79 (в среднем- 46) лет.

Результаты: первые 10 лет поисков (1986-1996) рутинные общеклинические исследования особых успехов не принесли, зато последующее десятилетие позволило сконцентрировать десятки тысяч разрозненных исследований в единую картину, согласовав наиболее значимые для проблемы исследования гомеостаза на современных биохимических анализаторах с динамикой ЭКГ и клинической картиной. Исследования проводились с внутри — и межлабораторным контролем качества. Потребовалось немало времени, чтобы накопить, оценить и переосмыслить полученные, на первый взгляд, противоречивые факты. Постепенно мы смогли записать и понять “партитуру” умирающего сердца: n=4+42, в первой и третьей группах, и подлинную “мелодию” оживлённого сердца, но, к сожалению, лишь однажды. Судьбу больных в критических ситуациях, как известно, решают два ведущих звена жизнеобеспечения: гемо- и гомеостаз. Выживали лишь те, кто смог восстановить и удержать гомеостаз. Парадоксально, но в хаосе гомеокинеза события в разных группах развивались по единому биологическому сценарию ишемического каскада, правда, с разной скоростью. Предопределяющим негативным условием являлось истощение буферных систем крови, с неотъемлемым атрибутом — электролитным дисбалансом. Минимизировав преданалитические ошибки (до 70 % в лабораториях США), мы попытались на междисциплинарном уровне связать логарифмы и радикалы, микро — и наномоли/л с клиникой в единую картину. Общим знаменателем служила диссипативная составляющая И.Р. Пригожина. При этом можно выделить этапы “электрических модуляций”, зарегистрировав переход стабильных электрофизиологических состояний в нестабильные и угрожаемые, чаще с высокочастотными параметрами ЭКГ на фоне изменения малых лабораторных величин-”punctum saliens” современной диагностики неотложных состояний. Отметим, что в литературе были неточности; а данным фактам не придавалось должного внимания — “прочие”, “остаточные величины: ими можно пренебречь”.

Итак, с позиции нерутинных лабораторных доклинических дефиниций в ювелирно-малых, судьбоносных величинах гомеокинеза (за пределами референтных отношений гомеостаза), можно предсказать развитие жизнеугрожающих аритмий. И здесь существенен фактор времени, клинического и лабораторного (!) опыта.

0041 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ СОННОЙ АРТЕРИИ

Аникин В.В., Казаков Ю.И., Яворская О.В.
ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Изучались особенности артериальной гипертонии (АГ) и медикаментозного лечения при окклюзирующих поражениях сонной артерии до и после каротидной эндартерэктомии.

Обследовано 297 больных (средний возраст — 58 лет), у которых АГ сочеталась со стенозами внутренней сонной артерии (ВСА), выявленными при ультразвуковом дуплексном сканировании на аппарате “Hewlett Packard Sonos 2000”. Мозговая гемодинамика оценивалась при помощи ультразвуковой допплерографии. У всех больных записывалась электрокардиограмма, выполнялись эхокардиография и суточное мониторирование АД. У 138 больных АГ со стенозом ВСА, превышавшем 70 %, изучалась динамика АД до и после операции каротидной эндартериэктомии (КЭЭ).

Установлено, что с нарастанием тяжести АГ у больных с атеросклеротическим поражением ВСА происходит нарушение дифференцировки комплекса интима-медиа (КИМ), измененяется ее толщина, выявляются деформации ВСА, увеличивается количество эхонегативных и эмбологенных атеросклеротических бляшек. Изучение скорости кровотока по ВСА позволило диагностировать различия этого показателя на стороне поражения в зависимости от стадии АГ и тяжести стеноза ВСА. У лиц с идентичной величиной стеноза ВСА с увеличением тяжести АГ регистрируется усиление скоростных показателей крови. Так, значения систолической (Vs) и средней (Vm) линейной скорости кровотока у больных с АГ и стенозом ВСА в пределах 55-70 % превышали показатели больных без АГ соответственно на 13,5 % ($p<0,01$) и 55 % ($p<0,01$), лиц с АГ I стадии — на 10 % ($p<0,01$) и 29 % ($p<0,01$), с АГ II стадии — на 3 % ($p<0,05$) и 15 % ($p<0,01$) соответственно. Каротидная эндартерэктомия оказывала выраженный гипотензивный эффект, который наблюдался у 92,8 % больных и сочетался с улучшением мозгового кровотока. При АГ I стадии нормотония без использования гипотензивных препаратов отмечена в 85 % случаев. У больных с АГ II стадии наблюдалось снижение исходного уровня АД в среднем на 23,7±1,3/5,4±2,0 мм рт.ст. У 65,7 % больных АД достигло нормальных значений, у 34,3 % больных наблюдалось уменьшение стадии АГ. При АГ III стадии достигнуто уменьшение АД на 34,4±0,6/7,6±1,9 мм рт.ст. Однако нормотония наблюдалась у 3,6 % больных. При этом дозы используемых дезагрегантов, гипотензивных и ноотропных препаратов (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, мочегонные, дипиридамол и ноопепт) для лечения АГ II и III стадии были уменьшены в 2 раза.

Можно полагать, что при ишемии, вызванной окклюзионно-стенотической патологией магистральных артерий шеи в центральной нервной системе развиваются процессы, которые затрагивают сложные нейрогуморальные, гормональные и трансмембранные механизмы, принимающие участие в патогенезе церебральной формы АГ. В свою очередь реконструктивные операции на экстракраниальных артериях — это не только высокотехнологичный эффективный способ лечения АГ, но и этиотропный метод устранения ишемии головного мозга.

0042 ОЦЕНКА УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Антонюк М.В., Симонова И.Н., Ходосова К.К.
НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения — Владивостокский филиал Учреждения РАМН

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

Цель. Изучение концентраций в плазме предсердного и мозгового натрийуретического пептидов во взаимосвязи с инсулинорезистентностью у больных с метаболическим синдромом.

Методы. В проведенном исследовании участвовало 23 человека (15 женщин и 8 мужчин, средний возраст составил 46,6±1,62 года). Для подтверждения диагноза метаболического синдрома (МС) использовали критерии, соответствующие Национальным рекомендациям ВНОК по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр, 2009). Критериями невключения было наличие хронической сердечной недостаточности. Всем пациентам проводили общеклиническое и специальное обследования с оценкой симптомов МС. В соответствии с избранными критериями были выделены две группы: 1-я группа контроля включила 9 условно здоровых пациентов; во 2-ю группу вошли 14 пациентов с МС. В венозной крови исследовали концентрацию мозгового (МНУП) и предсердного (ПНУП) натрийуретического пептидов (НП), которые определялись иммуноферментным методом на анализаторе AxSYM (Норвегия). Для статистической обработки данных использовали пакет STATISTICA 6.0 (при сравнении дискретных переменных — критерий x2 Пирсона).

Результаты. Проведенный анализ показал, что у больных с МС уровни НП превышали аналогичные показатели контрольной группы. У пациентов 1-й группы уровень МНУП соответствовал 7,5±0,81 фмоль/мл, а концентрация ПНУП — 1,46±0,24 нмоль/мл. У больных с МС уровень ПНУП достоверно превысил значение данного показателя контрольной группы на 33 % ($p<0,02$), также имелась тенденция к повышению МНУП (9,12±0,78 фмоль/мл $p>0,05$).

В контрольной группе при корреляционном анализе связи НП с инсулином не образовались. В группе у больных с метаболическим синдромом МНУП коррелировал с уровнем инсулина ($r=0,55$; $p=0,05$) и индексом инсулинорезистентности ($r=0,57$; $p=0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что метаболический синдром ассоциируется с повышенным синтезом плазменных натрийуретических пептидов, отражающих структурно-функциональные изменения в сердечной мышце. Выявленная корреляционная связь между мозговым натрийуретическим пептидом и инсулином, а также значения натрийуретических пептидов при формировании хронической сердечной недостаточности позволяют рассматривать нарушение синтеза МНУП как патогенетическое звено метаболического синдрома.

0043 ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЧСС КАК РАННЕГО ПРЕДИКТОРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ

Антропова О.Н, Осипова И.В., Зальцман А.Г.*, Попов В.А., Пырикова Н.В.*
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; НУЗ ОКБ на станции Барнаул.*, Барнаул, Россия

Результаты крупных эпидемиологических исследований позволили установить, что ЧСС является независимым фактором. Взаимосвязь между ЧСС и показателем смертности была обнаружена даже среди молодых людей группы низкого риска. У лиц стрессовых профессий (работников операторского профиля) представляется актуальным изучение ЧСС как предиктора сердечно-сосудистых осложнений.

Целью пилотного исследования было изучить результаты регулярных годовых предрейсовый и послерейсовых измерений гемодинамических показателей.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты предрейсовых осмотров машинистов и помощников машиниста за период с марта 2009 года по март 2010 г., включающие в себя показатели: ЧСС, АД. Измерение проводилось на автоматизированной системе предрейсового осмотра на базе комплексов КАПД-01-СТ. Количество измерений на каждого работника составило от 79 до 304 (в среднем 192 измерения) в зависимости от числа рабочих смен и выходов в рейс машинистов или помощников машиниста. Были определены 2 группы по 22 работника в каждой — работники с установленным диагнозом артериальная гипертензия (группа I) и работники без ССЗ (группа II). Средний возраст в первой группе составил 42,45±10,74 лет, во второй — 37,79±10,87 лет.

Рассчитывались средние арифметические значения показателей ЧСС, САД и ДАД, Также были рассчитаны все случаи зарегистрированного повышения ЧСС>80 уд/мин и повышения САД>135 мм рт.ст, ДАД>85 мм рт.ст. для каждого из работников (в %).

В результате, средняя ЧСС в I группе составила 73,50±4,49, среднее САД 126,49±3,06, среднее ДАД 75,88±6,15. Во II группе средняя ЧСС 77,74±4,08, среднее САД124,11±4,69, среднее ДАД 74,38±5,31

Выявлены пациенты в I и II группах имеющие ЧСС>80 уд/мин в ≥50 % измерений, таких в первой группе 20 %, во второй — 56 % ($p<0,05$).

Во второй группе у 5 % пациентов выявлено повышение САД>135 мм рт.ст и ДАД>85 мм рт.ст. в ≥50 % измерений, в первой таковых не выявлено.

Полученные результаты указывают, что тахикардия в покое распространена у лиц без ССЗ и с артериальной гипертензией. Следовательно, помимо основных факторов риска возникновения ССЗ, ЧСС так же может оцениваться как значимый дополнительный фактор риска развития сердечно сосудистых осложнений. Необходимо продолжать данное исследование для более детального изучения данной проблемы. Уделять особое внимание такому независимому предиктору сердечно-сосудистых заболеваний как ЧСС.

0044 СИНДРОМ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ И РАССТРОЙСТВА ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ВЛИЯНИИ ТЕХНОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

Аптикеева Н.В., Ишков С.В.
ГОУ ВПО “Оренбургская государственная медицинская академия”, кафедра нервных болезней, медицинской генетики, нейрохирургии, Оренбург, Россия

Причиной вегето-сосудистой дистонии (ВСД) у подростков чаще всего являются конституциональные особенности и гормональная перестройка организма, однако в современных условиях причиной ВСД могут стать: нерациональный режим труда и отдыха, а также неблагоприятное воздействие техногенных факторов и факторов внешней среды.

Цель исследования: изучение влияния техногенных факторов в развитии вегето-сосудистой дистонии у подростков старшей возрастной группы.

Материал и методы исследования: проведен анализ вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативной обеспеченности у 39 мальчиков и 60 девочек, школьников 11-го класса в возрасте 16-17 лет. По результатам анкетирования и определения гемодинамических параметров определяли вегетативный тонус, а также вегетативную реактивность, исследовали вегетативную обеспеченность, клиностатическую и ортостатическую пробы. Проводили анализ результатов исследования при помощи компьютерной программы MS Excel.

Результаты: при анализе исходного вегетативного тонуса у подростков старшей возрастной группы выявлено преобладание эйтонии у 64,6 % исследуемых, вегетативной эйтонии, чаще у юношей (60,9 %). У 21,2 % подростков выявлена симпатикотония (чаще у 52 % юношей), ваготония — у 14,1 % подростков (значительно чаще встречалась у 71 % девушек). При исследовании дермографизма выявлено значительное преобладание нормальной реакции у 64,6 % подростков, при

преобладании тонуса симпатической части ВНС у 20,2 %, у 14,1 % юношей и девушек — ваготонии. Нормостенический тип реакции ВНС на физическую нагрузку (10 приседаний) отмечен у 66,7 % обследованных. При этом показатель качества реакции был равен 0,5 — 1.При проведении анкетирования и во время последующего обследования подростков были выявлены субъективные жалобы, одни из которых чаще встречались при симпатикотонии, другие были характерны для ваготоников.

У подростков старшей возрастной группы встречались расстройства высших психических функций: снижение памяти отметили 9,1 %, повышенную утомляемость — 36,4 %, снижение внимания — 19,2 %, отвлекаемость — 17,1 %, рассеянность — 12,1 %, сочетание различных нарушений — 6,1 %.

Выводы. 1. При исследовании вегетативного тонуса у 64,6 % подростков старшей возрастной группы выявлено состояние эйтонии, у 21,2 % — симпатикотонии, у 14,1 % — ваготонии. Состояние эйтонии и симпатикотонии преобладало у юношей, ваготонии — у девушек.

2. Значительная учебная нагрузка у учащихся с нарушениями вегетативной обеспеченности приводит к возникновению, снижения внимания, повышенную утомляемость.

0045 СОСТОЯНИЕ КАМЕР СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Артемьева И.В., Кирпичёва Г.Н., Качковская Т.А.
Самарский Государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель исследования: оценить состояние гемодинамики правого желудочка (ПЖ) и левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ) различного генеза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 164 человека (88 женщин и 76 мужчин) в возрасте 29-81 года. Средний возраст 55±7,3 года. Было выделено 4 группы: 1 группа — 50 человек с гипертонической болезнью (ГБ) I стадии; 2 — 42 человека с ГБ II стадии; 3 — 38 человек с ГБ III стадии; 4 — 34 человека с вторичной АГ — аденомой надпочечников. Ни у кого из обследуемых не наблюдалось сопутствующих клинически значимых заболеваний. Систолическое артериальное давление в среднем составило 169,42±8,51 мм рт. ст., диастолическое — 99,12±4,75 мм рт.ст. Продолжительность заболевания — от 3,1 до 39 лет, в среднем 21,11±0,78 года.

Результаты исследования основаны на данных эхокардиографии. Конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ в 1 группе не превышал норму и составил 4,96±0,41, во 2 группе составил 5,08±0,82, превышая норму у 6 человек. В 3 группе КДР ЛЖ составил 6,18±0,33 и превышал норму у 16 человек. В 4 группе исследуемых этот показатель в среднем составил 5,43±0,68, превышая норму у 12 человек. Толщина задней стенки ЛЖ в диастолу в 1 группе составила 0,85±0,21 и не превышала норму ни у одного из исследуемых; во 2 группе — 1,22±0,24, превышая норму у 39 человек (92,2 %); в 3 группе — 1,28±0,41, превышая норму у 37 человек (97,8 %); в 4 группе — 1,1±0,27, превышая норму у 6 человек (17,65 %). Фракция выброса была сохранена в 1 группе — 63,32±0,44, во 2 группе — 59,14±0,31, в 3 группе была снижена лишь у 1 человека (5,3 %) и составила — 57,74±0,21; в 4 группе — 55,5±0,46, и снижена у 1 человека (5,9 %). Полость левого предсердия в 1 группе составила в среднем 3,44±0,31, превышая норму лишь у 1 человек (8 %); во 2 группе — 3,96±0,22, превышая норму у 20 человек (47,6 %); в 3 группе — 4,97±0,23, превышая норму у 24 человек (63,2 %); в 4 группе — 4,9±0,35, превышая норму у 12 человек (35,3 %). Диастолический размер ПЖ в 1 группе составил в среднем 2,55±0,34 и не превышал норму; во 2 группе 2,87±0,46 и был увеличен лишь у 2 исследуемых (4,8 %); в 3 группе 2,95±0,35 и был увеличен у 6 человек (15,8 %); в 4 группе — 2,57±0,15 и ни у кого не превышал норму. Межжелудочковая перегородка в диастолу в 1 группе 0,88±0,22; во 2 группе 0,93±0,34, превышала норму у 4 человек (9,5 %); в 3 группе — 1,04±0,46 и превышала норму у 12 человек (31,6 %); в 4 группе — 1,05±0,71 и была больше нормы у 6 человек (17,7 %).

Выводы: процесс ремоделирования сердца характеризуется последовательным развитием структурно-функциональных изменений как левых, так и правых отделов сердца. Вовлечение в патологический процесс ПЖ происходит уже во II стадии ГБ и не происходит при вторичной АГ при аденоме надпочечников. Концентрическая гипертрофия ЛЖ наблюдалась во II стадии ГБ и при вторичной АГ. Эксцентрическая гипертрофия левых и правых отделов сердца развивалась при II стадии ГБ, и затрагивала лишь левые отделы сердца при вторичной АГ.

0046 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ЭНАЛАПРИЛА И ЭНДАПАМИДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Астахова З.Т., Канукова Ф.У., Газзаева С.А., Тогузова З.А.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Цель исследования. Изучить влияние длительной терапии нефиксированной комбинацией эналаприла и индапамида в 1 блистере (ЭНЗИКС, ЭНЗИКС ДУО) на суточный профиль артериального давления (АД) и параметры ремоделирования левого желудочка (ЛЖ), его систолическую и диастолическую функцию пациентов со стабильной артериальной гипертензией (АГ).

Объект и методы. В исследование были включены 40 больных (средний возраст 53,2±4,9 года) с АГ 1-й и 2-й степени и давностью заболевания 8,5±2,3 года. Длительность терапии составила 6 мес. Титрование и повышение дозы проводили при необходимости на 2-й и 4-й неделе исследования до достижения целевого уровня АД (<140/90 мм рт.ст.). Выполняли суточное мониторирование АД, эхокардиографию с расчетом массы миокарда и определением диастолической функции ЛЖ.

Результаты. Показано, что у больных с АГ длительный прием комбинации эналаприла и индапамида (ЭНЗИКС, ЭНЗИКС ДУО) значительно улучшает показатели величины и скорости утреннего подъема АД и позитивно влияет на вариабельность АД. Длительный прием данной комбинации приводил к снижению индекса массы и относительной толщины миокарда ЛЖ на 14,1 % ($p<0,01$) и 8,5 % ($p<0,05$) соответственно. Показатель диастолического кровенаполнения (E/A) увеличился на 29,5 % ($p<0,001$) на фоне лечения. Ни в одном случае не потребовалось отмены препарата из-за побочных эффектов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что длительный прием нефиксированной комбинации эналаприла и индапамида в 1 блистере (ЭНЗИКС, ЭНЗИКС ДУО) оказывает отчетливый антигипертензивный эффект, приводит к обратному развитию ремоделирования ЛЖ и улучшению его диастолической функции, наряду с хорошим профилем безопасности и переносимости.

0047 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НОЛИПРЕЛОМ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Астахова З.Т., Айдарова В.А., Газзаева С. А., Туаева И.Б.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Недостаточно изучено влияния антигипертензивных средств на индивидуальный суточный ритм и вариабельность АД. Разовые измерения АД не дают представления о суточном профиле АД и не позволяют адекватно оценить антигипертензивную активность назначаемых препаратов. В этой связи

только СМАД позволяет выявить особенности ИСАГ и оценить качество антигипертензивной терапии у пожилых больных.

Цель: оценка эффективности медикаментозной коррекции нарушений показателей суточного профиля АД у больных пожилого возраста с ИСАГ фиксированной комбинацией ИАПФ (периндоприла 2,0 мг) и диуретика (индапамида 0,625 мг) — Нолипрелом.

Материал и методы: Обследовали 27 пациентов с изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ). Длительность гипертонии 10-17 лет. Средний возраст больных 65,7±3,8 лет. После "отмывочного" периода больным назначали нолипрел в суточной дозе 2-4 мг под контролем АД. Контрольная группа была сопоставима с больными по полу и возрасту и включала лиц пожилого возраста, не страдавших АГ. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили с использованием МДС "Валента". При оценке суточного профиля использовали общепринятые показатели.

Результаты и обсуждение. У больных ИСАГ достоверно чаще выявляли суточный ритм "nıght-peakers" (23,5 % против 2,1 % среди лиц контрольной группы), а также "non-dıppers" (45,3 %). При этом характер суточного профиля рассматривался как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В сравнении с лицами контрольной группы у больных АГ пожилого возраста отмечалась повышенная вариабельность САД за сутки, в дневные и ночные часы ($p<0,001$) и ДАД в указанные промежутки времени ($p<0,01$), что, по данным литературы, коррелирует с повреждением органов-мишеней. Были выявлены повышенные значения ИВСАД показателя, отражающего "нагрузку давлением". Установлено высоко достоверное различие указанного показателя у больных ИСАГ в сравнении с контрольной группой. При ИСАГ определялось повышение среднесуточного, дневного и ночного значений ПД ($p<0,001$).

В динамике лечения у больных ИСАГ выраженный гипотензивный эффект наблюдался у 65 % больных, было установлено достоверное снижение нагрузки давлением по показателю ИВСАД ($p<0,001$), что свидетельствует об эффективности гипотензивной терапии. Суточный профиль ДАД на фоне лечения нолипрелом у больных ИСАГ существенно не изменялся, что свидетельствует о безопасности применения препарата при лечении больных ИСАГ. Порога гипотонии не достиг ни один больной данной группы.

При оценке суточного профиля АД было выявлено заметное увеличение числа больных с более физиологичным двухфазным суточным ритмом, соответствующим "dıpper" (до 45 % в группе ИСАГ) за счет уменьшения числа больных -"nıhgt-peakers" и "non-dıppers".

Выводы: Антигипертензивная терапия фиксированной комбинацией периндоприла 2мг и индапамида 0,625мг (нолипрел) является эффективной для лечения больных пожилого возраста с ИСАГ, так как способствует нормализации суточного профиля АД, снижает повышенные показатели САД и практически не влияет на нормальные значения ДАД, что свидетельствует об избирательности его действия и безопасности применения у больных с ИСАГ.

0048 ФЕРМЕНТАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Аттаева М.Ж., Василенко В.М., Шугушев Х.Х.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

В последнее время особый интерес представляет выяснение значения в патогенезе сосудистой патологии состояния неспецифических реакций, в частности, функциональной активности клеток фагоцитарного ряда — макрофагов и нейтрофильных лейкоцитов.

Целью настоящей работы явилось изучение изменений ферментативной активности нейтрофильных лейкоцитов периферической крови у больных атеросклерозом.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 32 больных атеросклерозом (15 мужчин, 17 женщин). Больные были обследованы в динамике трижды: при госпитализации (1-2 сутки), на фоне лечения (2 неделя пребывания в стационаре) и перед выпиской из стационара (3 неделя). Активность миелопероксидазы в нейтрофильных лейкоцитах определялась по Sato, кислой фосфатазы — по Goldberg и Barka в модификации В.И.Дудецкого. Количественное выражение активности внутриклеточных ферментов проводилось по принципу Kaplow. Для определения пределов колебания указанных показателей было обследовано 52 практически здоровых человека (27 мужчин, 25 женщин).

Результаты исследования: При изучении активности интралейкоцитарных ферментов у больных атеросклерозом обнаружены цитохимические нарушения разной степени выраженности во все сроки обследования. У всех обследованных показатели активности миелопероксидазы существенно превышали условную норму: 238±2,0 (при госпитализации); 226±1,9 (9-10 сутки стационарного лечения) и 218±1,3 (перед выпиской) при условной норме 205±1,0. Выявлено также повышение фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов: 70±1,7 (1 неделя наблюдения); 68±1,6 (2 неделя) и 67±1,5 (3 неделя) при условной норме 63±0,9. На фоне лечения, параллельно улучшению общего состояния больных, снижению и стабилизации уровня АД, цитохимические сдвиги ферментативной активности нейтрофилов уменьшались. Однако к 3-й неделе пребывания больных в стационаре у большинства больных не отмечено полной нормализации цитохимических показателей.

Выводы: Проведенные исследования активности интралейкоцитарных ферментов у больных атеросклерозом выявили существенные цитохимические сдвиги во все сроки наблюдения. Это может быть показателем нарушения фагоцитарной активности нейтрофилов, являющейся сущностью неспецифического иммунитета. Повышенные цифры активности миелопероксидазы и кислой фосфатазы, сохраняющиеся к 3-й неделе пребывания больных в стационаре, могут свидетельствовать об отсутствии восстановления клеточного гомеостаза и полного выздоровления больных.

0049 ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИРБЕСАРТАНА И ЛОЗАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Усов В.Ю.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Изучение гипотензивной и церебропротективной эффективности ирбесартана и лозартана у пациентов гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. В исследование вошли 45 пациентов (21 женщина и 24 мужчины) в возрасте от 28 до 56 лет, страдающих эссенциальной гипертонией 1-3 степени тяжести с исключением тяжелой сопутствующей патологии без признаков неврологического дефицита. Пациенты были рандомизированы для лечения ирбесартаном в дозе 150-300 мг в сутки или лозартаном 50-100 мг в сутки в течение 6 месяцев. Всем больным были проведены общеклиническое обследование, суточное мониторирование АД, нейрокогнитивное тестирование по Wechsler Memory Scale (WMS), МРТ головного мозга.

Результаты. Ирбесартан снижал статистически значимо средне-суточное САД (со 156,8 мм рт.ст. до 134,0 мм рт.ст.; P=0.009), средне-суточное ДАД (с 96 мм рт.ст. до 88 мм рт.ст.; P=0,012), временной индекс средне-суточного САД (с 72 % до 44 %; P=0,014) и временной индекс средне-суточного ДАД (с 64 % до 42 %; P=0,018). Лозартан снижал статистически значимо средне-суточное САД (с 148,8 мм рт.ст. до 132,0 мм рт. ст.; P=0,008), средне-суточное ДАД (с 98 мм рт.ст. до 89 мм рт. ст.; P=0,024), временной индекс средне-суточного САД (с 58 % до 42 %; P=0,028) and временной индекс средне-суточного ДАД (с 46 % до 38 %; P=0,034). Через 6 месяцев гипотензивной терапии по результатам МРТ головного мозга отмечалось статистически значимое уменьшение линейных размеров боковых желудочков мозга (в группе ирбесартана с 1 до 0.94 см;

P=0,036; в группе лозартана с 1,1 до 0.95 см; P=0.044), III и IV желудочков мозга, субарахноидальных пространств головного мозга (в группе ирбесартана с 0,33 до 0,23 см; P=0,006; в группе лозартана с 0.35 до 0.28 см; P=0,022). Через 6 месяцев гипотензивной терапии по результатам корректурной пробы было отмечено достоверное снижение количества ошибок (в группе ирбесартана с 6 до 1.8; P=0.003, в группе лозартана с 5 до 4.2; P=0,062). По результатам таблицы Шульте увеличилась психомоторная скорость (в группе ирбесартана с 48 сек. до 36 сек.; P=0,026, в группе лозартана с 48 сек. до 44 сек.; P=0,242), увеличились показатели, характеризующие долговременную память (в группе ирбесартана с 52.6 до 68,5 слов; P=0,005, в группе лозартана с 56.2 до 60,4 слов; P=0,084).

Выводы. Под влиянием длительного контролируемого лечения гипертонической болезни препаратами из группы антагонистов АТ1-рецепторов снижается уровень АД, улучшаются показатели ликвородинамики головного мозга, улучшаются показатели когнитивной функции. Особенно выраженное улучшение когнитивных функции было отмечено в группе пациентов, принимающих ирбесартан.

0050 ГИПОТЕНЗИВНАЯ, ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОПРОЛОЛА (ЭГИЛОКА РЕТАРД) У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Усов В.Ю.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. В нашем исследовании впервые проведена комплексная оценка структурно-функциональных признаков гипертензивной энцефалопатии у пациентов с артериальной гипертензией Изучение гипотензивной и церебропротективной эффективности метопролола длительного действия (Эгилок ретард, Egis, Венгрия).

Материал и методы. В исследование включено 47 пациентов с эссенциальной гипертензией I-III стадии без тяжелой сопутствующей патологии (25 мужчин и 22 женщины, средний возраст которых был 51,7±10,6 лет, длительность АГ составляла 8,3±6,3 лет. Метопролол длительного действия (Эгилок ретард, Egis, Венгрия) назначался в суточной дозе 25-100 мг. Исходно и через 6 месяцев терапии всем пациентам проводились опрос жалоб, измерение офисных цифр артериального давления и пульса, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), магнитно-резонасная томография (МРТ) и контрастированная динамическая перфузионная спиральная РКТ (ДРКТ) головного мозга с количественным расчетом показателей мозгового кровотока.

Результаты. Через 6 месяцев терапии метопрололом статистически значимо уменьшилось количество пациентов с жалобами на головокружение (χ^2=8,36, p=0,003), головную боль (χ^2=14,2, p=0,0002), "глазные"симптомы (χ^2=9,68, p=0,001), боли в грудной клетке по типу кардиалгии (χ^2=12,0, p=0,0005). По результатам СМАД выявлено статистически значимое снижение артериального давления и частоты сердечных сокращений во все периоды суток. Отмечена нормализация СИ у найт-пикеров, овер-дипперов и у нон-дипперов. По данным МРТ головного мозга, отмечена положительная динамика признаков нарушения ликвородинамики в виде уменьшения размеров боковых желудочков (с 10 мм до 9,6 мм), субарахноидальных пространств (с 4 до 3,3 мм), III желудочка. Отмечена выраженная положительная динамика признаков внутричерепной гипертензии: статистически значимое уменьшение субкортикального отека (с 2,1 до 1,4 мм; P=0,000). По результатам перфузионной СРКТ головного мозга в области перивентрикулярного отека (ПВО) также отмечена положительная динамика мозгового кровотока (кровоток в области периветрикулярного отека (ПВО) увеличился с 24,5 до 27,8 мл/мин/100г.). Было выявлено, что максимальное увеличение кровотока в области ПВО и базальных ядер отмечено при уровне среднесуточного систолического АД по данным СМАД в пределах 125-130 мм рт.ст. При значениях АД менее 125 или более 130 мм рт.ст. происходило статистически значимое уменьшение мозгового кровенаполнения. Препарат хорошо переносился, не имел побочных эффектов. Оценивая влияние метопролола на лабораторные показатели, наблюдалась положительная динамика показателей липидного обмена и отсутствие значимого влияния препарата на углеводный обмен, работу почек

Выводы. Метопролол статистически значимо снижал артериальное давление, отмечалась нормализация суточного профиля АД. На фоне терапии метопрололом обнаружена положительная динамика структурно-функциональных проявлений гипертензивной энцефалопатии у пациентов с АГ.

0051 ПОЛИМОРФИЗМ ЛИПОПРОТЕИДА (а) КАК ФАКТОР РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН

Афанасьева О.И., Ежов М.В., Афанасьева М.И., Сафарова М.С., Соболева Д.И., Лякишев А.А., Покровский С.Н.
"РКНПК Росмедтехнологий", Москва, Россия

Повышенная концентрация липопротеида (а) [Лп (а)] является независимым фактором риска атеросклероза, особенно у мужчин среднего возраста. Связь сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с наличием низкомолекулярных фенотипов (НМФ) апобелка (а) [апо (а)] и повышенной концентрацией Лп (а) не очевидна для женщин, несмотря на то, что показана для мужчин. Представленные в последние годы результаты зарубежных проспективных исследований, демонстрируют большую прогностическую значимость наличия НМФ апо (а) в отношении коронарных осложнений, чем уровень Лп (а), особенно с учетом этнических различий, влияющих на концентрацию Лп (а).

Цель исследования: изучить роль повышенной концентрации Лп (а) и фенотипов апо (а) в развитии коронарного атеросклероза, а также их осложнений у женщин.

Материал и методы. В исследование были включены 200 женщин в возрасте от 24 до 80 лет, средний возраст 55,3±10,5. Больные были разделены на группы с отсутствием (n=35) и наличием (n=165) документированного атеросклероза в коронарном и каротидном бассейне, а также подгруппы с ИБС (n=75) и без ИБС (n=90). Всем больным были измерены показатели липидного спектра, Лп (а) и фенотип апо (а). Изоформы апо (а) определяли методом электрофореза с последующим иммуноблотингом, к НМФ относили образцы, содержащие, хотя был одну из изоформ с молекулярной массой не более 600 кДа.

Результаты. Больные с атеросклерозом по сравнению с контрольной группой имели более высокую концентрацию Лп (а) (38,5±3,2 мг/дл и 20,7±4,1 мг/дл), у них чаще выявляли Лп (а) >30 мг/дл (41,5 % и 22,8 %), НМФ (36,6 % и 11,4 %) и сочетание повышенного Лп (а) с НМФ (28,5 % и 8,7 %). Концентрация Лп (а) и доля НМФ возрастали с увеличением количества пораженных коронарных артерий (КА) (χ2=45,66, p<0,0001). Вероятность тяжелого поражения КА (индекс стеноза >20) у женщин с НМФ апо (а) и Лп (а)>30 мг/дл увеличивалась в 9,5 раз по сравнению с пациентками с Лп (а)<30 мг/дл и ВМФ апо (а) (ОШ=9,54, 95 % ДИ 1,02-89,22) и в 11,8 раз, относительно пациенток контрольной группы (95 % ДИ 2,84-49,19). Количество окклюзий КА было связано с концентрацией Лп (а) (r=0,359, p=0,011), наличием НМФ апо (а) (r=0,332, p=0,019), размером изоформы апо (а) (r=0,388, p=0,006) и сочетанием НМФ апо (а) с Лп (а)>30 (r=0,418, p=0,003). ОХС, ХС-ЛНП, ТГ и ФГ, возраст, гипертония и диабет не были достоверно связаны с количеством окклюзий КА у обследованных женщин. У пациенток с НМФ апо (а) и Лп (а)>30 мг/мл вероятность окклюзий коронарных артерий увеличивалась в 8 раз (ОШ=8,00 95 % ДИ 1,92-33,20). Множественный регрессионный анализ, проведенный с учетом курения и показателей липидного спектра, демонстрировал наиболее значимую связь сочетания НМФ апо (а) и Лп (а)>30 мг/дл с наличием инфаркта миокарда (r=0,386, p<0,005).

Заключение. Показана независимая достоверная связь повышенной концентрации Лп (а), низкомолекулярных фенотипов апобелка (а) и их сочетания с наличием и степенью тяжести коронарного атеросклероза и его осложнений у женщин.

0052 СОСТОЯНИЕ АУТОРЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СРЕДНЕМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Афонасков О.В., Поротикова Е.В., Давидович И.М, Зубок В.А., Кашина Т.В.
ГОУ ВПО "Дальневосточный государственный медицинский университет", 301 окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск, Россия

Цель: оценка состояния ауторегуляции тонуса среднемозговой артерии у мужчин молодого возраста с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии при отсутствии лечения или адекватной гипотензивной терапии.

Материалы и методы: обследовано 49 мужчин молодого возраста (средний возраст 38,2±1,8 года), офицеров сухопутных войск ДВО с ГБ I-II стадии и АГ 1-2 степени. Критерии исключения: наличие хронической патологии (ИБС, хроническая сердечная недостаточность, злокачественные нарушения ритма сердца, сахарный диабет, атеросклероз сонных артерий и артерий нижних конечностей); симптоматический характер артериальной гипертензии. Контрольная группа — 22 пациента того же возраста с нормальным АД. Всем пациентам с ГБ проводили СМАД по общепринятой методике. Состояние ауторегуляции тонуса среднемозговой артерии оценивали методом дуплексного сканирования на аппарате SONOLINE SI-450 ("Siemens").В спектральном допплеровском режиме определяли усредненную по времени максимальную скорость кровотока (ТАМХ) с проведением функциональных проб: тест миогенной направленности — оценка ТАМХ до и через 3 мин после сублингвального приема 0,25 мг нитроглицерина. Индекс реактивности (ИР) — отношение исходных показателей ТАМХ к значениям ТАМХ после пробы. Гиперкапническая проба — задержка дыхания на 30 сек с оценкой показателей через 3 мин. ИР — отношение ТАМХ после пробы к исходным показателям ТАМХ. На основании параметров ИР определяли типы реакций кровотока. Достоверность различий рассчитывали с помощью точного критерия Фишера (F-test) и t-критерия.

Результаты. У пациентов с ГБ, в отличие от мужчин с нормальным АД при оценке реакций кровотока в среднемозговой артерии в пробе с нитроглицерином достоверно уменьшался процент лиц с положительным (30,6 % и 63,6 %, p=0,03) усиленным (4,1 % и 22,7 %, p=0,02) типами кровотока, при этом более чем у половины больных отмечали отрицательный тип кровотока (59,1 % и 13,6 %, p=0,01). Аналогичная ситуация наблюдалась и при оценке типов реакций кровотока в среднемозговой артерии в гиперкапнической пробе. Более того, пациентов с отрицательным типом кровотока в данной пробе было подавляющее большинство (69,4 % против 18,2 %, p=0,001). Корреляционный анализ выявил наличие отрицательной, средней степени силы связи между средними значениями ДАД в дневное и ночное время и ИР, как в пробе с нитроглицерином, так и в гиперкапнической пробе. Отрицательный тип кровотока при оценке ТАМХ в пробе с нитроглицерином начинал преобладать у больных с АГ по сравнению с нормотониками уже при 1-й степени гипертензии, I стадии заболевания и длительности анамнеза гипертензии менее 5 лет. При оценке реакций кровотока в среднемозговой артерии в гиперкапнической пробе в зависимости от степени АГ, стадии и длительности заболевания были получены схожие результаты. При этом на ранних стадиях и небольшой длительности гипертензии происходило не только достоверное возрастание числа больных АГ с отрицательным типом кровотока, но и уменьшался, по сравнению с нормотониками процент лиц с положительным типом кровотока.

Выводы. У мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск ДВО с ГБ I-II стадии, в отличие от лиц с нормальным АД, наблюдается смена типов реакций кровотока в среднемозговой артерии с положительной на отрицательную при оценке в пробе с нитроглицерином и гиперкапнической пробе. Нарушение типов реакций кровотока возникают у молодых мужчин с ГБ уже при I стадии и небольшой длительности заболевания и 1-ой степени гипертензии.

0053 ВЛИЯНИЕ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ АУТОРЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СРЕДНЕМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Афонасков О.В., Поротикова Е.В., Давидович И.М., Поскребышев В.П., Павлов М.А.
ГОУ ВПО "Дальневосточный государственный медицинский университет", 301 окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск, Россия

Цель: оценка влияния антигипертензивной терапии на состояния ауторегуляции тонуса среднемозговой артерии у мужчин молодого возраста с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии.

Материалы и методы: обследовано 49 мужчин молодого возраста (средний возраст 38,2±1,8 года), офицеров сухопутных войск ДВО с ГБ I-II стадии и АГ 1-2 степени исходно и через 6 месяцев после проведения антигипертензивной терапии (АГТ). Критерии исключения: наличие хронической патологии (ИБС, хроническая сердечная недостаточность, злокачественные нарушения ритма сердца, сахарный диабет, атеросклероз сонных артерий и артерий нижних конечностей); симптоматический характер артериальной гипертензии. В качестве АГТ использовали лизиноприл или эналаприл и бисопролол, при необходимости добавляли индапамид -ретард. Контрольная группа — 22 пациента того же возраста с нормальным АД. Всем пациентам с ГБ проводили СМАД по общепринятой методике. Состояние ауторегуляции среднемозговой артерии оценивали методом дуплексного сканирования на аппарате SONOLINE SI-450 ("Siemens").В спектральном допплеровском режиме определяли усредненную по времени максимальную скорость кровотока (ТАМХ) с проведением функциональных проб: тест миогенной направленности — оценка ТАМХ до и через 3 мин после сублингвального приема 0,25 мг нитроглицерина. Индекс реактивности (ИР) — отношение исходных показателей ТАМХ к значениям ТАМХ после пробы. Гиперкапническая проба — задержка дыхания на 30 сек с оценкой показателей через 3 мин. ИР — отношение ТАМХ после пробы к исходным показателям ТАМХ. На основании параметров ИР определяли типы реакций кровотока до и после АГТ. Достоверность различий рассчитывали с помощью точного критерия Фишера (F-test) и t-критерия Стьюдента.

Результаты. У пациентов с ГБ, в отличие от мужчин с нормальным АД, при оценке типов реакций кровотока в среднемозговой артерии в пробе с нитроглицерином, достоверно уменьшался процент лиц с положительным и усиленным типами кровотока. У половины больных отмечали отрицательный тип кровотока. Аналогичная ситуация наблюдалась и при оценке реакций кровотока в среднемозговой артерии в гиперкапнической пробе. После 6 месяцев АГТ в целом по всей группе отмечали достоверное возрастание ИР, которые по своему значению не отличались от показателей с лиц нормальным АД. Однако, при анализе подгрупп с достижением целевого АД (65,3 %) или нет (34,7 %) — нормализация ИР как в пробе с нитроглицерином, так и в гиперкапнической пробе, происходила в основном за счет больных ГБ, где было достигнуто целевое АД. При этом наблюдали достоверное снижение числа лиц с отрицательным типом кровотока и достоверный рост количества пациентов с положительным типом кровотока в обеих пробах.

Выводы. У мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск ДВО с ГБ I-II стадии антигипертензивная терапия в течение 6-ти месяцев способствует нормализации ауторегуляции тонуса среднемозговой артерии при проведении пробы с нитроглицерином и гиперкапнической пробы. При этом основное значение в восстановлении ауторегуляции тонуса среднемозговой артерии играет достижение целевых уровней АД.

0054 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО УМСТВЕННОЙ НАГРУЗКИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Афонасков О.В., Давидович И.М., Ермаченков А.А., Исаков Д.В., Бокалова Е.Ю.
ГОУ ВПО "Дальневосточный государственный медицинский университет", 301 окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск, Россия

Цель: оценка влияния умственной нагрузки на показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у мужчин молодого возраста с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии при отсутствии адекватной гипотензивной терапии.

Материалы и методы: обследовано 47 мужчин молодого возраста (средний возраст 38,2±1,8 года), офицеров сухопутных войск ДВО с ГБ I-II стадии и АГ 1-2 степени, нелеченных или получавших лечение нерегулярно. Критерии исключения: наличие хронической патологии (ИБС, хроническая сердечная недостаточность, злокачественные нарушения ритма сердца, сахарный диабет, атеросклероз сонных артерий, любая неврологическая патология в анамнезе, злоупотребление алкоголем); симптоматический характер артериальной гипертензии. Оценивали показатели вариабельности ритма сердца методом кардиоинтервалографии в ответ на умственную нагрузку (уровень функциональной подвижности нервных процессов — УФН), как отражение адаптивных возможностей сердечно-сосудистой системы на раздражители. Достоверность различий рассчитывали с помощью точного критерия Фишера (F-test) и t- критерия Стьюдента.

Результаты: исходно у мужчин молодого возраста с ГБ по сравнению с лицами с нормальным АД имела место повышенная активность СНС, на что указывала тахикардия в состоянии покоя и достоверно больший, чем у нормотоников индекс напряжения (ИН) регуляторных систем — на 85,9 % и вегетативный показатель ритма (ВПР) — на 58,9 %. Исходная оценка уровня функциональной подвижности нервных процессов (УФН) показала, что у мужчин молодого возраста с АГ, в отличие от лиц с нормальным давлением, снижена способность головного мозга удерживать длительное концентрированное возбуждение. Это проявлялось в достоверном удлинении времени средней экспозиции и почти трехкратном увеличении числа пропущенных сигналов по сравнению с нормотониками. Оценка ВРС после проведения пробы с умственной нагрузкой, тест УФН, показала, что у лиц с нормальным АД произошел рост индекса напряжения регуляторных систем на 32,9 % и индекса вегетативной регуляции (ИВР) — на 23,9 %. У мужчин с ГБ имела место перенапряжение активности СНС, поскольку на фоне ее исходно повышенной активности, прирост ИН составил всего 19,2 % и ИВР — 11,8 %, по сравнению с аналогичными показателями у нормотоников. Это же подтверждалось наличием у них достоверно большего (на 84,8 %) ВПР, чем у нормотоников, а также наличием положительной корреляционной связи между ИН после нагрузки и временем выхода на экспозицию (ИН/ВВЭ=+0,34, $p<0,05$) и индексом вегетативной регуляции после нагрузки и временем выхода на экспозицию в пробе УФН — (ИВР/ВВЭ=+0,34, $p<0,05$). При этом вегетативный показатель ритма (ВПР) у пациентов с ГБ по отношению к исходному состоянию вырос на 37,1 %, в то время как у лиц с нормальным АД данный показатель увеличился только на 17,9 %. Имелась прямая зависимость между ВПР после нагрузки и количеством ошибок в тесте УФН — ВПР/КО=+0,51 ($p<0,05$).

Выводы: у мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск с ГБ, в ответ на умственную нагрузку, имела место неадекватно высокая активность СНС, по сравнению с лицами с нормальным АД.

0055 КОМПОЗИЦИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ахмадова Е.А., Батаев Х.М.
Медицинский факультет Чеченского государственного университета, Грозный, Россия

Несмотря на широкий выбор лекарственных средств, которые предлагает фармацевтический рынок, для профилактики и лечения сердечнососудистых заболеваний, по-прежнему является актуальной проблема создания эффективных, безопасных и доступных по цене препаратов, что было и будет основными условиями постоянного и длительного их приема, а, следовательно, залогом эффективного лечения.

Нами разработана композиция, включающая порошки цветов и плодов боярышника кроваво-красного с гипоксеном (полидигидроксифенилтиосульфонат натрия). Композицию готовят простым смешиванием компонентов — 1-2 части порошка цветов и плодов боярышника, взятых в равном соотношении с 1 частью гипоксена — и выполнена в виде капсул.

Композицию назначают перорально в капсулах 1,2-1,8г в сутки (4-6 капсул по 0,3 г 2-3 раза в день) курсом продолжительностью 10 дней с профилактической целью и с лечебной не меньше 3 недель. Клинические испытания были проведены в Чеченской республике, в г.Грозном на добровольцах. Группа больных состояла из 111 пациентов с ХСН I и II стадии — 58 мужчин в возрасте от 42 до 65 лет, остальные — женщины в возрасте от 40 до 62 лет.

Экспериментальные и клинические исследования дали возможность сформулировать некоторые общие принципы применения композиции в клинической практике. Среди них ишемия миокарда и головного мозга как самостоятельные нозологические формы и как синдромы, наблюдающиеся в случае хронической сердечной недостаточности.

У больных с ХСН на фоне приема композиции снижаются проявления тканевой гипоксии, улучшается насосная функция сердца. Композиция хорошо переносится при длительном курсовом применении. Результаты исследований дают основания полагать, что существует достоверное положительное влияние данной композиции в качестве дополнительной терапии при сердечной недостаточности. Данная композиция способствует уменьшению возбудимости миокарда, усиливает кровообращение в сосудах сердца и в незначительной мере уменьшает сопротивление периферических сосудов, благодаря чему достигается усиление сокращений сердечной мышцы; оказывает успокаивающее действие на центральную нервную систему, повышает сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам, уменьшает одышку, повышенную утомляемость в покое или при физической нагрузке.

Кроме того, прием композиции снимает побочные действия известных средств, входящих в композицию: аллергические реакции (зуд кожи, эритема), острые флебиты и дискомфорт в области живота.

Таким образом, клинические исследования композиции демонстрируют положительный инотропный эффект на сердечную мышцу человека, в дополнение к снижению порога стимуляции и коронарному сосудорасширяющему действию, повышению переносимости физической нагрузки и хорошие показатели безопасности, что предполагает возможность его использования для профилактики и лечения хронической сердечнососудистой недостаточности.

0056 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ахметова Г.А.
Областной кардиологический центр, Шымкент, Казахстан

Целью исследования является определение тактики ведения больных с различными формами ИБС после коронароангиографических исследований.

Материалы и методы: Для проведения коронароангиографических (КАГ) исследований с различными формами ИБС определяли следующий объем обследования: коагулограмма, уровень общего холестерина и его фракции, гликемию, креатинин, электролиты, СРБ, маркеры вирусных гепатитов В и С, группа крови и резус фактор, АТ к ВИЧ, кровь на РВ, и инструментальные методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, по показаниям суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, рентгенография грудной клетки, ЭФГДС, стресс-тесты: ВЭМ, тредмил с определением толерантности к физической нагрузке).

Аппараты: ЭХО-КГ "Vivid-3" GE (США), ВЭМ-проба ("Erqoline 800" — Германия), Тредмил-тест ("Нейрософт" — Россия), суточное мониторирование ЭКГ ("Nihon Konden" — Япония), коронароангиография — на аппарате Apellem, Axiom ARTIS dFC фирмы Siemmens (Германия).

Результаты: По результатам неинвазивного тестирования больным с высокой и средней толерантностью к нагрузке была продолжена медикаментозная терапия: антикоагулянты, антитромбоцитарные средства, β- адреноблокаторы, ИАПФ, блокаторы кальциевых каналов, нитраты, статины (ACC\AHA, 2007г). Больным с низкой толерантностью к нагрузке проведены коронарографические исследования — 1937 случаев. По результатам КАГ: у 658 (33,97 %) пациентов было выявлено многососудистое поражение и показано коронарное шунтирование, из них проведено 329 коронарных шунтирований (50 %), 621 пациентам показано стентирование (32,05 %) из них 593 пациентам проведено стентирование коронарных артерии (95,49 %), 421 пациентам рекомендовано консервативное лечение (21,73 %), из них 133 пациентам проведена экстракорпоральная кардиологическая ударно-волновая терапия. В конце мая 2009 года начаты операции аорто-коронарного шунтирования сосудов сердца, что позволило врачам-интервенционным кардиологам проводить ЧКВ больным со сложной анатомией сосудов, с хроническими окклюзиями коронарных артерий. В настоящее время 133 больным проведены операции — АКШ. Учитывая рост заболеваемости больных с ИБС, планируется в 2010 году открытие второй ангиокардиографической лаборатории, и второй операционной, что позволит нам оказывать помощь больным не только с коронарной патологией, но и с врожденными и приобретенными пороками сердца, патологией аорты и периферических сосудов.

Выводы. Исходя из нашего опыта проведения КАГ больным с ИБС, мы пришли к выводу, что проведение инвазивных вмешательств и операции АКШ благоприятно сказывается на больных, не только в плане улучшения качества их жизни, но и улучшения прогноза заболевания, снижения смертности, частоты мозгового инсульта, закрепляет хорошую приверженность к медикаментозной терапии, что в свою очередь сказывается на снижении повторных госпитализаций.

0057 ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГРИППЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бабенкова Л.В.
Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель работы: оценить вазомоторную функцию сосудистого эндотелия при гриппе у больных АГ.

Материал и методы. Наблюдали 132 больных АГ II степени, риск 3 (ВОЗ/МОГ, 2003). Гриппом заболели 37 человек. Группу контроля составили 32 практически здоровых лица.

Вазомоторную функцию эндотелия оценивали на основании пробы с реактивной гиперемией (РГ) и нитроглицерином (ПН).

Обработку полученных данных осуществляли с использованием пакета компьютерной прикладной программы STATISTICA 6.0.

Результаты. Прирост диаметра плечевой артерии при пробе с РГ у больных АГ до заболевания гриппом (7,9±1,23 %), во время (7,2±1,04 %) и после перенесенной инфекции (7,0±1,01 %) был меньше ($p<0,05$) по сравнению со здоровыми лицами (12,6±1,48 %). В то же время у больных АГ в период ранней реконвалесценции гриппа (7,0±0,99 %) и через 1 месяц после перенесенной инфекции (7,0±1,01 %) прирост диаметра плечевой артерии снижался ($p<0,05$) по сравнению с больными АГ до заболевания гриппом (7,9±1,23 %).

При ПН у больных АГ до заболевания гриппом (16,9±1,07 %), в острый период гриппа (14,7±1,08 %), а также в период ранней реконвалесценции (15,9±1,15 %) прирост диаметра плечевой артерии ниже ($p<0,05$) по сравнению со здоровыми (19,0±1,61 %). При этом минимальный прирост диаметра плечевой артерии у больных АГ в ответ на экзогенный нитроглицерин по сравнению со здоровыми (19,0±1,61 %) был отмечен в первые сутки гриппа (14,66±1,08 %, $p=0,01$).

Вывод. У больных АГ по сравнению со здоровыми снижена ($p<0,05$) как эндотелийзависимая, так и эндотелийнезависимая вазодилатация. В период ранней реконвалесценции гриппа и через месяц после перенесенной инфекции по сравнению с состоянием до заболевания у больных АГ ухудшается ($p<0,05$) сосудодвигательная функция эндотелия.

0058 ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОРОДЗАВИСИМОГО МЕТАБОЛИЗМА И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бабунина Е.В., Кратнов А.Е.
Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

В последние годы распространение метаболического синдрома, наличие которого сопровождается увеличением риска развития сахарного диабета типа 2 (СД) и сердечно-сосудистых заболеваний, приняло характер эпидемии. Опасной тенденцией, в том числе и в России, является "омоложение" метаболического синдрома. Известна важная роль в патогенезе СД окислительного стресса, в развитии которого принимают участие свободные радикалы кислорода, образуемые активированными нейтрофилами (НФ).

Цель исследования — изучение показателей кислородзависимого метаболизма и антиоксидантной защиты в НФ у детей с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследован 61 ребенок в возрасте от 6 до 17 лет. С целью выявления метаболического синдрома использовались критерии International Diabetes Federation (2007) — наличие ожирения более 90-ой перцентили по нормограммам индекса массы тела для данного возраста и пола + минимум 2 симптома: триглицериды ≥1,7 ммоль/л; ЛПВП ≤ 1,03 ммоль/л у мальчиков и ≤1,3 ммоль/л у девочек; артериальная гипертензия ≥130/85мм рт.ст.; глюкоза натощак ≥5,6 ммоль/л. Для определения состояния углеводного обмена определялся уровень гликемии натощак, уровень эндогенного инсулина натощак и через 2 часа после еды, уровень С-пептида натощак и через 2 часа после еды, рассчитывался гомеостатический индекс инсулинорезистентности (HOMA-IR). У 44 (72,1 %) детей был диагностирован метаболический синдром, у 7 (11,8 %) — ожирение III степени (индекс массы тела более 40 кг/м^2). С целью изучения внутриклеточной метаболической активности НФ использовался тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест), определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, пероксида водорода. В сыворотке крови определяли уровень циркулирующих иммунных комплексов.

Результаты и обсуждение. У пациентов с крайней степенью ожирения наблюдались достоверно более высокие показатели глюкозы капиллярной крови (5,5±1 >4,5±0,7 ммоль/л; $p=0,004$), HOMA-IR (5,5±2,9 >3,3±1,7 у.е.; $p=0,01$), инсулина (73,6±114,5 >29,6±24,3 мкЕД/мл; $p=0,04$) и С-пептида (62,2±76 >5,9±3,2 нг/дл; $p=0,002$) через 2 часа после еды

(табл.). Увеличение риска развития СД у данных пациентов сопровождалось активацией мембранной НАДФ-оксидазой по данным НСТ-теста (195,7±95,4 >130,5±70,7 нмоль восст. НСТ; p=0,04) и снижением активности каталазы (825,8±213,3 <1240,5±1056,3 мкат/л; p=0,07) в НФ.

Заключение. Наличие у детей ожирения III степени, несущее угрозу развития СД, сопровождается активацией кислородзависимого метаболизма нейтрофилов, т. е. опасностью развития окислительного стресса.

0059 ДИНАМИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Багаутдинова Е.Р., Загидуллин Н.Ш., Зулкарнеев Р.Х., Резбаева А.Г., Биккина Л.Б., Шигапова Ф.Ф., Сахибгареева Л.Н., Загидуллин Ш.З.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет РОСЗДРАВА", Уфа, Россия

Картирование поверхности сердца (КПС) является недорогим и эффективным инструментом, который может быть использован для мониторирования электрического поля сердца у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Цель исследования. Исследование закономерностей ЭПС при ОКС с разными исходами.

Материал и методы. КПС в 90 отведениях на всей поверхности тела с помощью аппарата КАД-03 ("ДНК и К", Тверь, Российская Федерация) было выполнено у 58 пациентов с ОКС (51 мужчина, 7 женщина, возраст 54,3±1,2) в 1-й, 2-й, 3-й, 7-й и последний (обычно 18-20) день госпитализации после госпитализации в связи с данным состоянием. Контрольная группа состояла из 44 пациентов (40 мужчин, 4 женщины, возраст 49,0±1,2 лет). Анализировались следующие параметры: суммы зубцов ΣQ, ΣR, ΣS, ΣT и сегмента ST во всех 90 отведениях, пиковая амплитуда, локализация.

Результаты. У 19 пациентов (возраст 55,2±2,2) ОКС трансформировался в острый инфаркт миокарда (ОИМ), а в остальных случаях (n=39, 53,9±1,4) — в стабильную стенокардию напряжения. В группе ОИМ ΣQ снизился к 3 трертьему дню (от -7,6±0,9 до -10,5±0,6, p<0,05) и потом возвратился к прежнему уровню к концу госпитализации (- 8,5±0,87, p>0,05). В группе с переходом в стабильную стенокардию напряжения ΣT было менее чем в контрольной группе (p<0,01) и имело тенденцию к увеличению к выписке.

Заключение. Картирование поверхности сердца может быть эффективным в динамическом контроле у пациентов с ОКС.

Научная работа была выполнена при поддержке Госконтракта П1256 Федерального Агентства по Образованию в рамках ФЦП "Научные и научно-педагогические кадры инновационной России".

0060 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

Байдина А.С., Носов А.Е., Аминова А.И., Сюзева Н.М.
Федеральное государственное учреждение науки "Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Пермь, Россия

Цель работы — оценить особенности липидного профиля у работающих в условиях различного воздействия вредных производственных факторов и степени личной ответственности за принимаемые решения. Обследовано 277 работников предприятия, выпускающего установки для добычи нефти, в возрасте 21-61 лет. В зависимости от гигиенической характеристики рабочих мест и степени личной ответственности за принимаемые решения они были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли лица с воздействием большого спектра вредных производственных факторов и невысокой профессиональной ответственностью (спекальщики, обмотчики элементов электрических машин, прессовщики, слесари механосборочных работ, шлифовщики, токари, вулканизаторщики, штамповщики, паяльщики и т. п.) — 143 человека, средний возраст 37 лет. Во 2-ю — работники, деятельность которых связана с принятием определенных производственных решений и меньшим уровнем воздействия вредных производственных факторов (операторы СПУ, испытатели электрических машин, аппаратов и приборов) — 105 человека, средний возраст 35 лет. В 3-ю — лица руководящего состава (директора, начальники цехов) — 11 человек, 43 года. Пациенты 1-группы работали в условиях воздействия следующих химических веществ: аэрозоли металлов — цинк и его соединения, медь, свинец, железо, алюминий; ароматические углеводороды — ксилол, бензол, метилбензол, диметилбензол; газы шинного производства. Во 2 группе — отмечалось воздействие аэрозолей железа, меди и смеси ароматических углеводородов (стирол и полиамиды), в 3 группе — в основном работа с ПЭВМ. Анализ полученных данных показал, что у каждого пятого из всех обследованных людей в крови определялась дислипидемия (ДЛ). У руководящих работников распространенность ДЛ была на 14 % выше, чем в других группах. При этом у них, по сравнению со сравниваемыми группами 1 и 2, несколько чаще диагностировались гиперхолестеринемии (27 %, 25 % и 18 %, p>0,05, соответственно), гипертриглицеридемии (27 %, 12 % и 16 %, p<0,05, соответственно) и гипоальфа-холестеринемии (36 %, 24 % и 24 %, p>0,05 соответственно). Однако статистически значимые различия отмечались только в отношении высокого уровня триглицеридов. Исследуемые группы отличались между собой по сочетаемости ДЛ с гипертонической болезнью (ГБ), которая диагностировалась в 3 исследуемой группе в 6-7 раз чаще, чем во 1 и 2 группах (27 %, 3,9 % и 5,7 %, p<0,001).

Таким образом, у работающих в условиях воздействия вредных производственных и психо-эмоциональных факторов одинаково часто диагностировались ДЛ. В тоже время более выраженные психоэмоциональные нагрузки способствовали увеличению распространенности гипертонической болезни среди работников с высокой степенью ответственности за принимаемые решения.

0061 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Байракова Ю.В., Казачек Я.В., Малышенко Е.С., Баздырев Е.Д., Иванов С.В., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель работы: Проанализировать факторы, обладающие проаритмическим действием в отношении пароксизмальных суправентрикулярных нарушений ритма сердца в госпитальном периоде после проведения операции коронарного шунтирования (КШ).

Материалы и методы исследования: В работе представлены результаты обследования 190 пациентов с коронарным атеросклерозом, с исходно с синусовым ритмом, подвергшихся КШ. Пациенты были разделены на 2 группы. В I группу вошли 79 пациентов, у которых в послеоперационном периоде возникли пароксизмальные суправентрикулярные нарушения ритма, из них 70 (88,60 %) пациентов имели пароксизмальную форму фибрилляции предсердий, 3 (3,79 %) — пароксизмальные фибрилляцию-трепетание предсердий и 1(1,26 %)-пароксизмальную суправентрикулярную тахикардию. II группу пациентов составили 111 пациентов, у которых в госпитальном периоде аритмических осложнений зарегистрировано не было.

Результаты: Обе группы достоверно не отличались по фракции выброса (ФВ) левого желудочка и среднему количеству пораженных артерий по результатам коронарографии. Однако, ряд факторов достоверно чаще регистрировался у пациентов без аритмических осложнений: средний возраст (61,24±7,17 лет vs 57,49±7,65 лет, p=0,00); среднее количество инфарктов миокарда (ИМ) в анамнезе на одного человека (1,08±0,85 vs 0,83±0,81, p=0,04); поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) (23,42 % vs 12,65 % случаев). В группе пациентов с аритмическими осложнениями чаще выполнялась операция КШ в условиях искусственного кровообращения (ИК) (86,07 % vs 84,68 %), а в группе без аритмических осложнений — операция "на работающем сердце" с использованием системы стабилизации миокарда "Octopus" (15,31 % vs 13,92 %). Выполнение маммарокоронарного анастомоза (МКА), также как, и среднее количество используемых аутовенозных шунтов в группе пациентов с аритмическими осложнениями был выше (91,13 % и 1,70±0,53), чем у пациентов без аритмий (82,88 % и 1,62±0,61). В группе пациентов с пароксизмальными суправентрикулярными нарушениями ритма индекс реваскуляризации (ИР) (2,51±0,69), время ИК (91,73±25,44), время пережатия аорты (60,85±19,72) и количество кардиоплегий (КП) — 2,57±0,87 были достоверно выше по сравнению с группой без нарушений ритма (2,28±0,78 (p=0,01); 82,19±22,43 (p=0,01); 52,96±16,77 (p=0,006) и 2,26±0,71 (p=0,03), соответственно. В настоящем исследовании было доказано, что ФВ левого желудочка, возраст пациента, количество ИМ в анамнезе и поражение ствола ЛКА, не оказывают влияние на развитие аритмических осложнений после КШ.

Выводы: Таким образом, наиболее значимыми факторами, влияющими на возникновение пароксизмальных суправентрикулярных нарушений ритма в госпитальном периоде после КШ, является число сформированных анастомозов и как следствие — время ИК, количество КП и время пережатия аорты. Большее количество наложенных анастомозов, вероятнее всего, способствует более выраженному воспалению и отеку, т. е. повреждению миокарда, изменяющему его аритмогенные свойства.

0062 ОЦЕНКА АБСОЛЮТНОГО РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Байракова Ю.В., Казачек Я.В., Малышенко Е.С., Баздырев Е.Д., Иванов С.В., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель работы: Оценить абсолютный риск (АР) развития пароксизмальных суправентрикулярных нарушений ритма (ПСНР) сердца в госпитальном периоде после проведения операции коронарного шунтирования (КШ) у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

Материалы и методы исследования: В работе представлены результаты обследования 190 пациентов с коронарным атеросклерозом, с исходным синусовым ритмом, подвергшихся КШ. Пациенты были разделены на 2 группы. В I группу вошли 79 пациентов, у которых в послеоперационном периоде возникли ПСНР: у 70 (88,60 %) — пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, у 3 (3,79 %) — пароксизмальная фибрилляция-трепетание предсердий и у 1(1,26 %) — пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. II группу составили 111 пациентов, у которых в госпитальном периоде аритмических осложнений зарегистрировано не было. У 40,50 % пациентов с аритмическими осложнениями было зарегистрировано атеросклеротическое поражение (≥50 %) экстракраниальных артерий, у 3,79 % — атеросклеротическое поражение (≥ 50 %) артерий нижних конечностей и у 13,92 % — значимое поражение трех артериальных бассейнов. В группе, не имеющей аритмий в госпитальном периоде, аналогичное поражение было зарегистрировано у 32,43 %, 1,80 % и 11,71 % пациентов, соответственно.

Результаты: В настоящем исследовании вычислен АР воздействия атеросклеротического процесса на послеоперационные аритмические осложнения КШ (сравнение частот бинарного признака в двух независимых группах). Установлено, что АР воздействия атеросклероза экстракраниальных артерий на ПСНР в госпитальном периоде после КШ в группе пациентов, имеющих аритмии равен 0,40, в группе без аритмий 0,32. Повышение АР воздействия атеросклеротических изменений экстракраниальных артерий на ПСНР по отношению к группе без аритмий составляет 0,08 ДИ [-0,05; 0,21] (p>0,5). АР воздействия атеросклероза артерий нижних конечностей в группе с аритмиями равен 0,03, а без аритмий 0,01. Повышение АР в данном случае соответствует 0,02 в группе с аритмиями, против группы без аритмических осложнений, ДИ [-0,02; 0,06] (p>0,5). АР воздействия мультифокальности атеросклероза на возникновение ПСНР в госпитальном периоде после КШ в группе с аритмическими осложнениями равен 0,14, против группы без аритмий (0,12). Повышение АР в данном случае соответствует 0,02 ДИ [-0,07; 0,11] (p>0,5).

Выводы: таким образом, в проведенном исследовании мультифокальность атеросклеротического процесса не оказывала достоверного влияния на риск возникновение ПСНР в госпитальном периоде после операции КШ.

0063 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ЭВЕРОЛИМУСОМ И СИРОЛИМУСОМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Бакашвили Г.Н., Самко А.Н., Лупанов В.П.
НИИ кардиологии им.А.Л.Мясникова ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель: изучение ближайших и отдаленных результатов применения стентов с лекарственным покрытием (СЛП) эверолимусом у больных ИБС и их сравнительная оценка с хорошо известным и зарекомендавшим себя в последние годы стентом Cypher.

Методы: Проведено сравнение эффективности имплантации стентов, высвобождающих эверолимус и сиролимус, у 165 больных ИБС со стабильной стенокардией. У 94 больных применялся стент высвобождающий сиролимус, у 71-эверолимус. За период 12 месячного наблюдения больные получали стандартную медикаментозную терапию основного заболевания, включавшую аспирин + клопидогрел в течение года после вмешательства, ингибиторы АПФ, статины, бета-адреноблокаторы (по показаниям). В обеих группах наблюдения каждому пациенту имплантировалось от 1 до 3 СЛП (в среднем — 1.4 при установке стента покрытого эверолимусом (СПЭ) и 1,5 стента покрытого сиролимусом (СПС)). Параметры СПЭ — диаметр от 2,5 до 4,0 мм, длина от 8-12 до 18-28 мм. У СПС диаметр от 2,5 до 3,5 мм, длина от 13-18 до 23-33 мм.

Результаты: Через 12 месяцев проспективного наблюдения были достигнуты хорошие непосредственный и отдаленный результаты. В отдаленном периоде только у 2,8 % при имплантации СПЭ и у 4,2 % больных СПС возникла потребность в повторном реваскуляризации из-за развития рестеноза в стенте, который был успешно устранен повторными чрескожными коронарными вмешательствами (ЧКВ). Случаев тромбоза стента и других серьезных сердечно сосудистых осложнений, включая коронарную смерть, не было.

Выводы: При коронарном стентировании СПЭ и СПС в обеих группах больных ИБС показан низкий процент рестe-

ноза стента и необходимость повторного коронарного вмешательства на целевом сосуде (4,2 % при имплантации СПЭ и 6,3 % СПС). При годичном наблюдении отмечалось низкая частота развития нефатального инфаркта миокарда как в ближайшем, так и в отдаленном периоде (1,4 % СПЭ и 2,1 % СПС). Сделаны выводы, что СПЭ по крайней мере не уступает СПС и может безопасно и эффективно применяться в практике ЧКВ у больных ИБС с коронарным атеросклерозом.

0064 СИЛДЕНАФИЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Зарубина Е.Г., Костычева Т.В.
ФГУ "Государственный институт усовершенствования врачей Минобороны России", Москва, Россия

Цель. Изучение эффективности силденафила (СДФ) у пациентов с легочной гипертензией (ЛГ), сопутствующей хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Методы исследования. Обследовано 67 пациентов (средний возраст 66,9±7,7 лет) с ХОБЛ различной степени тяжести и ЛГ. Из них у 17 пациентов (I группа — средний возраст составлял 46,4 ± 2,5 лет) — диагностирована ХОБЛ легкой степени тяжести (ХОБЛ-ЛТ); у 17 больных (II группа-средний возраст 52,7±1,8 лет) — ХОБЛ средней степени тяжести (ХОБЛ-СТ); у 18 и 15 человек ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения (ХОБЛ-ТТ и ХОБЛ-КТ) (средний возраст 59,1±2,9 лет и 65,7±2,2 лет соответственно)-III и IV группы. Были сформированы четыре группы сравнения (IA, IIA, IIIA, IVA по 15 человек в каждой группе) — статистически однородные с основными. Всем пациентам проведено комплексное клинико-инструментальное обследование до начала терапии и через 3 недели после начала лечения. Помимо стандартного лечения (в соответствии с рекомендациями ВНОК, 2008г., GOLD, 2007г.) больным I-1V групп дополнительно назначали СДФ в дозе по 25 мг 3 раза в сутки per os. Все больные подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты. Через 3 недели после лечения СДФ пациенты I-IV групп увеличили пройденное за 6 мин расстояние на 100,9±17,3 м; 86,3±18,1 м; 60,9±15,4 м и 51,9±16,2 м соответственно. У них достоверно (p<0,05) улучшились показатели газового состава крови, степень улучшения которого коррелировала с тяжестью ХОБЛ: I группа; SaO2,% 98,4±0,2 против 96,5±0,3; PaO2,% — 76,6±1,0 против 72,6±1,1 %; PaCO2,% — 37,6±0,2 против 40,6±0,5. II группа: 96,1±0,4 против 92,6±0,5; 72,1±1,3 против 67,6±1,2; 40,1±0,3 против 43,9±0,2, соответственно. III группа: 93,1±0,3 против 89,2±0,4; 64,9±0,9 против 59,0±1,3; 43,4±0,2 против 48,6±0,3, соответственно. IV группа: 89,8±0,2 против 83,6±0,2;59,1±1,2 против 52,4±1,1; 44,4±0,3 против 53,6±0,4. У пациентов I и II групп СДЛА как в покое, так и при нагрузке нормализовалось (в среднем 15,6+1,3 мм рт.ст. и 25,6+1,3 мм рт.ст. соответственно). У 15-ти (83,3 %) из 18-ти обследованных III группы СДЛА в покое не превышало 18,3+1,1 мм рт.ст., у остальных 3-х пациентов оно снизилось с 29,9+1,7 мм рт.ст. до 22,7+1,0 мм рт.ст. (на 31,7 %, p<0,05). У всех больных III группы, несмотря на сохранившуюся гипертензию в малом круге кровообращения при физической нагрузке, было зафиксировано снижение СДЛА на 30,9 % (p<0,05) по сравнению с исходными значениями. При ХОБЛ-КТ отмечено достоверное снижение СДЛА только на 17,8 % (p<0,05). КТ исследование легочного кровотока показало под воздействием СДФ у лиц I группы (ХОБЛ-ЛТ) и у большинства больных (76,2 %) II группы (ХОБЛ-СТ) происходило равномерное расширение сосудов легких по всему объему легочной ткани. У больных III и IV групп (ХОБЛ-ТТ и ХОБЛ-КТ) — улучшение легочного кровоснабжения в верхних отделах легких и отсутствия такового в нижних отделах, где морфофункциональные изменения (эмфизема, пневмосклероз) в легочной ткани были более значительными.

Выводы: Применение силденафила в комплексной терапии легочной гипертензии у больных с ХОБЛ способствует снижению СДЛА, улучшению оксигенации крови и кровоснабжения легких, увеличению толерантности к физической нагрузке, причем степень выраженности положительных изменений прямо пропорционально зависит от стадии и тяжести течения ХОБЛ.

0065 СОСТОЯНИЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1 СТАДИИ

Бакшеев В.И., Коломоец Н.М.[1], Турсунова Г.Ф.
ФГУ "52 Консультативно-диагностический центр МО РФ", [1]кафедра кардиологии ФГУ "ГИУВ МО РФ", Москва, Россия

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

Методы исследования. Обследованы 58 больных ГБ 1ст. (1 группа) в возрасте 25-44 года (средний возраст 33,7±4,7 лет) со стабильным синусовым ритмом, без признаков ИБС и сердечной недостаточности, поражения клапанов сердца и отсутствии сопутствующих заболеваний бронхолегочной системы. Уровни систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в данной группе составили: 149,4±3,5 мм рт.ст. и 89,6±3,8 мм рт.ст. соответственно. Контрольную группу составили 34 здоровых добровольцев (2-я группа) в возрасте 21-42 года (средний возраст 28,9±6,9) с нормальными значениями САД и ДАД (средние показатели САД и ДАД составили: 115,2±4,7 мм рт.ст. и 79,0±1,9 мм рт.ст. соответственно), не имевших патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Всем участникам исследования, было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование. Эхокардиография (ЭхоКГ) в импульсно-волновом и тканевом допплеровском режимах проводилась на ультразвуковой системе "VIVID 3". ЭхоКГ ПЖ выполнялась по разработанному авторами протоколу с оценкой 49 параметров.

Результаты. Нарушение систолической и диастолической функции ПЖ выявлено у 28 (48,3 %) больных ГБ 1 ст.: недостоверное снижение скоростных показателей (по тканевому допплеру) систолического пика (Sm) и скоростного пика раннего и позднего диастолического наполнения (Em и Am), а также коэффициента Em/Am при отсутствии таковых изменений у здоровых лиц 2 группы. Более того, нарушение функции ПЖ возникают гораздо раньше чем нарушение диастолической функции левого желудочка. Показатели импульсноволнового допплера, среднего давления в легочной артерии (PAPm), индекса миокардиальной сократимости (IMP) между двумя группами достоверно не различались. В тоже время у пациентов I группы, в отличие от второй, отчетливо наблюдалась тенденция к повышению среднего давления в легочной артерии (27,8±3,17 против 14,55±2,24, p<0,14). Патогенез нарушения диастолической функции ПЖ возможно, связан с эндотелиальной дисфункцией сосудов малого круга кровообращения у ряда больных ГБ 1 ст. В пользу такого объяснения свидетельствует наличие тенденции к формированию у этих лиц легочной гипертензии.

Выводы. У 48,3 % больных ГБ 1 ст. уже на ранних стадиях заболевания определяется нарушение диастолической функции ПЖ, что обуславливает необходимость дальнейшего углубленного обследования с целью исключения наиболее распространенных патологических процессов, патогенетически связанных с формированием легочной артериальной гипертонии, диастолической дисфункции правого желудочка.

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

0066 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Балаева Т.Б., Шугушев Х.Х.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Метаболический синдром является важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, что существенно влияет на качество и продолжительность жизни населения.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры нарушений ритма сердца при метаболическом синдроме.

Материал и методы: В исследование включены 46 больных с метаболическим синдромом. Возраст обследованных больных 43-72 г. Среди них 21 мужчина и 25 женщин. Всем больным было проведено клинико-лабораторное обследование, суточное мониторирование ЭКГ.

Полученные результаты: Анализируя данные о влиянии метаболических расстройств, массы тела на развитие нарушений ритма сердца, мы обнаружили достоверную взаимосвязь между ними. Увеличение индекса массы тела (ИМТ) сопровождалось повышением средней частоты наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма сердца. При анализе взаимосвязи показателя ИМТ и желудочковых аритмий была выявлена их тесная сопряженность. Отмечено существенное возрастание количества желудочковых аритмий высоких градаций у больных с ИМТ более 35 кг/м^2. При увеличении степени выраженности гиперхолестеринемии, гиперурикемии, гипергликемии также обнаружено повышение частоты развития и градации желудочковых и наджелудочковых аритмий. Данная тенденция подтверждается и при проведении корреляционного анализа, выявившего прямую зависимость между вышеназванными показателями и количеством одиночных, парных желудочковых экстрасистол ($r=0,36$; $p<0,05$). Выявлено существенное повышение количества одиночных, групповых наджелудочковых экстрасистол, ассоциированное с возрастанием концентрации мочевой кислоты, липидов, глюкозы в сыворотке крови. Эпизоды желудочковой тахикардии были зарегистрированы только у 3 больных с выраженными нарушениями углеводного обмена.

Выводы: увеличение индекса массы тела и метаболические сдвиги сопровождаются достоверным повышением частоты нарушений сердечного ритма и их тяжести. Увеличение уровня глюкозы, холестерина и мочевой кислоты в сыворотке крови у пациентов с увеличенной массой тела тесно коррелирует с наличием желудочковых аритмий высоких градаций, что позволяет использовать данные показатели в диагностике и риск-стратификации в данной группе больных.

0067 СНИЖЕНИЕ СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОРИГИНАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПО СРАВНЕНИЮ С ГЕНЕРИЧЕСКИМИ

Баландина Ю.А., Тарловская Е.И., Сапожникова И.Е., Максимчук Н.С.
Кировская ГМА, Киров, Россия

Цель. Эффективность комбинации генерических препаратов (симвастатина, эналаприла, индапамида) по сравнению с комбинацией оригинальных препаратов (симвастатина, периндоприла, индапамида) в вопросе снижения суммарного сердечно-сосудистого риска.

Методы исследования. Обследовано 27 пациентов с АГ 2 степени на фоне неэффективной антигипертензивной терапии в сочетании с СД 2 типа без клинически явной ИБС. Все испытуемые имели дислипидемию при условии отсутствия медикаментозной гиполипидемической терапии как минимум 1 месяц до начала исследования.

Участники исследования случайным образом рандомизированы в группу А или группу В.

Пациенты группы А (10 человек) получали оригинальный симвастатин (Зокор, “Merck Sharp & Dohme”, Нидерланды), периндоприл, индапамид (Нолипрел форте, “Servier”, Франция).

Пациенты группы В (17 человек) получали генерический симвастатин (Симвастатин, фирма “Hemofarm”, Сербия), эналаприл, индапамид (Энзикс, фирма “Hemofarm”, Сербия).

Группы были сопоставимы по исходному уровню ХС ЛПНП: группа А 3,68±0,26 ммоль/л и группа В 3,88±0,175 ммоль/л ($p>0,05$); сопоставимы по исходному уровню САД 161,5±5,9 мм рт.ст. и 163,8±2,5 мм рт.ст. и по ДАД 92±3,4 мм рт.ст и 95,29±1,48 мм рт.ст соответственно ($p>0,05$).

Офисное АД и липидный спектр контролировали с интервалом в 4 недели с необходимой коррекцией доз препаратов. Целевым уровнем ХС ЛПНП считали ≤2 ммоль\л, АД <130/80 мм.рт.ст.

Полученные результаты. К 12-й неделе лечения все пациенты достигли целевого уровня ХС ЛПНП и АД. В группе А (оригинальный препарат) 6 из 10 человек (60 %) достигли целевого уровня ХС ЛПНП при дозе 20 мг. Увеличение дозы до 40 мг потребовалось у 4 из 10 пациентов (40 %). Целевой уровень АД был достигнут на 5 мг периндоприла + 1,25 мг индапамида у 7 из 10 пациентов (70 %). Для 3 из 10 испытуемых (30 %) потребовалось повышение дозы периндоприла до 10 мг при неизменной дозе индапамида.

В группе В (генерический препарат) целевой уровень ХС ЛПНП достигнут при дозе 20 мг только у 3 из 17 человек (18 %), а у 14 из 17 больных (82 %)- потребовалось увеличение дозы до 40 мг. Целевой уровень АД достигнут у 11 из 17 пациентов (65 %) на терапии эналаприл 10 мг + индапамид 2,5 мг. А у 6 из 17 больных (35 %) потребовалось повышение дозы эналаприла до 20 мг в данной комбинации антигипертензивных препаратов. Различия по гиполипидемическому эффекту достоверны (двусторонний вариант точного критерия Фишера $P=0,0385$). Различия по антигипертензивному эффекту недостоверны (двусторонний вариант точного критерия Фишера $P>0,05$).

Выводы. При сравнении двух изученных схем выявлено, что схема, включающая оригинальные препараты, превосходит генерические препараты по снижению уровня ХС ЛПНП, а по снижению уровня АД обе схемы эквивалентны.

0068 ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3-ПНЖК НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА

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

Цель исследования. Изучить влияние омега-3-ПНЖК на изменение вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов, перенесших Q-инфаркт.

Материалы и методы. Обследовано 80 мужчин трудоспособного возраста (средний возраст 53,8±2,1), которым в острый период инфаркта миокарда и через 6 месяцев проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ с анализом ВСР. 40 пациентов получали стандартную терапию (группа сравнения), 40 пациентов основной группы помимо стандартного лечения принимали Омакор 1г /сут. Суточное мониторирование ЭКГ с анализом ВСР проводилось кардиорегистраторами “Кардиотехника -04-8М” ИНКАРТ, г. Санкт-Петербург. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ “Microsoft Excel 2007”. Все данные представлялись в виде средних арифметических значений и средней ошибки (M±m). Для оценки достоверности разности показателей использовался парный критерий Стьюдента.

Результаты: В группе сравнения (без Омакора) суправентрикулярные нарушения ритма зарегистрированы у 24 пациентов (60 %) исходно и у 21 человека (52,5 %) через 6 месяцев. Желудочковые нарушения ритма сердца выявлены у 39 человек (97,5 %) исходно и у 36 человек (90 %) через 6 месяцев наблюдения. В основной группе, принимавшей дополнительно омега-3-ПНЖК, суправентрикулярные нарушения ритма зарегистрированы у 25 пациентов (62,5 %) исходно и у 20 человек (50 %) через 6 месяцев. Желудочковые нарушения ритма

сердца выявлены у 37 человек (92,5 %) исходно и у 30 человек (75 %) через 6 месяцев наблюдения.

При оценке ВСР у пациентов группы сравнения в острый период и через 6 месяцев после перенесенного Q-инфаркта миокарда соответственно выявлены следующие недостоверные изменения: RRcp 710±44 и 718±45 мс, SDNN 111±37 и 112±38 мс, VLF 1068±374 и 1010±412 мс^2, LF 418±174 и 406±212 мс^2, HF 65±23 и 160±74 мс^2; в группе больных, принимавших дополнительно омега-3-ПНЖК зарегистрировано достоверное увеличение ($p<0,05$) следующих показателей: RRcp 670±85 и 904±55 мс, SDNN 121±15 и 157±11 мс, VLF 1151±421 и 1357±384 мс^2, HF 72±41 и 211±25 мс^2.

Выводы. После перенесенного Q-инфаркта миокарда на фоне стандартной терапии сохраняются признаки электрической нестабильности миокарда. У пациентов с Q-инфарктом миокарда, которые помимо стандартной терапии принимали омега-3-ПНЖК, регистрировалось не только уменьшение количества нарушений ритма сердца, а также восстановление спектральных показателей ВСР. Омега-3-ПНЖК могут быть рассмотрены как необходимое дополнение к основной терапии инфаркта миокарда для снижения риска внезапной сердечной смерти.

0069 КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ИММУННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ИБС В МЕНОПАУЗЕ

Барбук О. А., Манак Н. А., Карпова И. С., Мацкевич С. А., Соловей С. П.
РНПЦ "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель исследования: Оценить влияние липидснижающей терапии на липидный спектр, воспалительные маркёры атеросклероза, иммунные нарушения у женщин со стабильной стенокардией II функционального класса (ФК) в период менопаузы.

Методы исследования: Обследовано 99 женщин со стенокардией напряжения II ФК в период менопаузы (средний возраст 53,7±2,73 года). Гормональный статус верифицирован определением женских половых гормонов в сыворотке крови. Всем пациенткам определяли содержание фибриногена (ФГ) в плазме крови, уровень hsСРБ, липидный спектр, продукты перекисного окисления липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), содержание циркулирующих иммунных комплексов (ИК), антитела к окисленным ЛПНП (оЛПНП). Контроль составили 23 женщины с сохраненной функцией яичников сопоставимого возраста (47,9±1,24 года). Все пациентки получали базовую терапию ИБС. В зависимости от исходных данных липидного спектра сформировано 3 группы с дифференцированным подходом к липидснижающей терапии: I группа — при уровне ХС ЛПНП выше 2,5 ммоль/л, общего холестерина (ОХ) 5,5 ммоль/л и выше и нормальном уровне триглицеридов (ТГ) назначался аторвастатин по 10-20 мг/день (62 чел.); II группа — при содержании ТГ выше 1,7 ммоль/л и гиперхолестеринемии — липанор (ципрофибрат) 100 мг после ужина (16 чел.); III группа — уровень ТГ выше 1,7 ммоль/л и гиперхолестеринемии — аторвастатин в сочетании с антисклеролом (300 мг омега 3- полиненасыщенных жирных кислот) по 2 таблетки 3 раза в день (21 чел.). Длительность курсов лечения — 6 недель.

Полученные результаты: Исходно у 93 (94 %) женщин в менопаузе была выявлена дислипидемия. Содержание таких воспалительных маркёров атеросклероза, как ФГ было повышено у 65 % женщин, причём больше — у находящихся в фазе поздней постменопаузы (3,35±0.86, $p<0,05$), а концентрация hsСРБ превышала уровень 3мг/л у 73 % обследуемых. У абсолютного большинства пациенток была снижена резистентность ЛПНП к окислению и наблюдалось повышение в крови антител к оЛПНП (25,1±8,32Е/мл, норма 6,9±2,17Е/мл), что способствует развитию аутоиммунных реакций и прогрессированию атеросклероза. На фоне проводимого лечения во всех исследуемых группах нормализовались показатели липидного обмена, однако на фоне лечения липанором произошло более значимое снижение уровня ТГ — на 48,1 % ($p<0,05$), тогда как антиоксидантная активность в этой группе наблюдения не отмечалась. В III группе на фоне лечения уровень продуктов перекисного окисления липидов в крови стал достоверно ниже по сравнению другими группами ($p<0,01$), также произошло благоприятное снижение концентрации 3,5 % ИК на 31,6 % и 7 % ИК на 20,4 %. А в I и III группах отмечалась тенденция к снижению уровня антител к оЛПНП (16,7±6,72Е/мл), что свидетельствует об иммунномодулирующей и антиоксидантной активности сочетанной терапии.

Выводы: Таким образом, назначение дифференцированной липидснижающей терапии позволяет наиболее эффективно корректировать метаболические и иммунно-воспалительные нарушения у женщин со стабильной стенокардией в период менопаузы.

0070 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бармашева А.А., Семернин Е.Н., Орехова Л.Ю., Шляхто Е.В., Гудкова А.Я.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия; ФГУ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: сопоставить изменения тканевого кровотока слизистой оболочки полости рта по данным ультразвуковой допплерографии у больных с разной степенью тяжести и генезом хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 80 больных с ХСН в возрасте 34-64 года. Больных разделили на 6 групп по основному диагнозу: 1 — метаболический синдром (n=11), 2 — ишемическая болезнь сердца (n=15), 3 — гипертрофическая кардиомиопатия (n=9) (в эти группы вошли пациенты с I-II функциональным классом ХСН по NYHA); 4 — метаболический синдром (n=19), 5 — ишемическая болезнь сердца (n=20), 6 — амилоидоз (n=6) (пациенты с III-IV функциональным классом ХСН по NYHA). Стоматологическое обследование включало основные и дополнительные (ортопантомография, ультразвуковая допплерография) методы. Тканевой кровоток слизистой полости рта оценивали в области неба ультразвуковым прибором "Минимакс-Допплер-К" (Санкт-Петербург, ООО "СП-Минимакс") согласно методике, описанной в патенте № 2161913 от 20.01.2001. Реактивность микрососудов определяли функциональной пробой по непрямому действию холода. Статистическую обработку материала выполняли на ЭВМ с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0, StatSoft Inc.). Достоверность различий определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни, достоверным считали различия при $p<0,05$.

Результаты исследования. У больных с различным генезом и степенью тяжести ХСН значения линейной и объемной скоростей кровотока слизистой оболочки полости рта по-разному менялись на фоне функциональной нагрузки. Во 2 группе по сравнению с 1 группой через 1,5 минуты после начала холодовой пробы скорости кровотока снизились на 41 % ($p1,2<0,02$). Во 2 группе по сравнению с 3 группой к моменту окончания пробы линейная скорость кровотока снизилась на 30 % ($p2,3<0,05$), а объемная — на 38 % ($p2,3<0,01$). В 5 группе по сравнению с 4 группой через 1,5 минуты после начала пробы линейная скорость кровотока увеличилась на 29 % ($p4,5<0,05$). У больных ИБС при повышении функционального класса сердечной недостаточности через 1,5 минуты после начала пробы линейная скорость кровотока увеличилась на 44 % ($p2,5<0,01$), а объемная — на 40 % ($p2,5<0,01$). У больных 4 группы во время пробы скоростные показатели кровотока слизистой полости рта практически не менялись.

Выводы. 1. При оценке нарушений микроциркуляции у больных с ХСН наибольшее значение имеет изменение скоростных показателей кровотока на фоне функциональной нагрузки. 2. Генез и степень тяжести ХСН определяют характер изменения скоростных показателей кровотока слизистой полости рта на фоне функциональной нагрузки. 3. Наиболее выраженные изменения тканевого кровотока слизистой оболочки полости рта выявлены у пациентов с III-IV функциональным классом ХСН, обусловленной метаболическим синдромом.

0071 ЛОКАЛЬНЫЙ АМИЛОИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бармашева А.А., Семернин Е.Н., Кузнецова И.А., Ширшова Н.А., Рыбакова М.Г., Шляхто Е.В., Орехова Л.Ю., Гудкова А.Я.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия; ФГУ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Для диагностики амилоидоза используют биопсию тканей, в том числе и биопсию слизистой оболочки различных отделов ротовой полости — щеки, десны, языка, губы.

Цель исследования: выявление различных форм амилоидоза в полости рта у больных ХСН в зависимости от пародонтологического статуса больных.

Материал и методы. Материалом исследования явилась слизистая оболочка щеки и десны 32 больных с ХСН I-IV функционального класса (по NYHA) в возрасте 39-67 с подозрением на системный амилоидоз. Оценка состояния тканей пародонта проводилась с помощью основных (выяснение жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование) и дополнительных (определение индексов гигиены Грин-Вермиллион [Green-Vermıllıon, 1964] и Силнесс-Лоу [Sılness-Loë, 1964], пародонтального индекса Рассел [Russel, 1956] и индекса заболеваний пародонта [Ramfjord, 1959], проведение ортопантомографии) методов обследования. Использовали гистологические окраски гематоксилином и эозином, конго красным, пикрофуксином по ван Гизону, иммуногистохимические реакции с антителами κ и λ, A-amyloıd, prealbumın (фирмы "DAKO"), а также изучаемые фрагменты просматривали в поляризованном свете.

Результаты. Конго-положительная реакция была обнаружена в 23 случаях (71,9 %). Системный AL-амилоидоз диагностирован в 6,2 % случаев на основании дисбаланса между вариабельными участками легких цепей моноклонального Ig. При стоматологическом обследовании 20 больных (62,5 %) с конго-положительной реакцией у 13 (37,5 %) больных выявлен хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени [глубина пародонтальных карманов — 7,2 мм, подвижность зубов 2-3 степени; индекс гигиены Грин-Вермиллион — 3,6; индекс гигиены Силнесс-Лоу — 3,0; пародонтальный индекс — 6,4; индекс заболеваний пародонта — 6,0], у 6 (18,8 %) больных ХГП средней степени [глубина ПК=5 мм, подвижность зубов 1-2 степени; индекс гигиены Грин-Вермиллион — 2,8; индекс гигиены Силнесс-Лоу — 2,2; пародонтальный индекс — 4,4; индекс заболеваний пародонта — 4,3], у 1 больной диагностирован пародонтоз легкой степени. При стоматологическом обследовании 9 (28,1 %) больных с конго-отрицательной реакцией у 6 (18,8 %) больных выявлен ХГП средней степени [глубина пародонтальных карманов — 4,8 мм, подвижность зубов 1-2 степени, индекс гигиены Грин-Вермиллион — 2,3; индекс гигиены Силнесс-Лоу — 1,8; пародонтальный индекс — 3,8; индекс заболеваний пародонта — 4,0], у 3 (6,2 %) больных — пародонтоз легкой и средней степени тяжести.

Выводы: Хронический воспалительный процесс в тканях пародонта может являться триггерным механизмом локального отложения амилоида в полости рта у больных с ХСН. В связи с этим диагностическая значимость биопсии слизистой оболочки полости рта для подтверждения или исключения системного поражения органов при амилоидозе сомнительна.

0072 РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЯХ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Барт Б.Я., Рунихина Н.К., Михайлусова М.П.
ГОУ ВПО "РГМУ", Москва, Россия

Клинические признаки преэклампсии (ПЭ) манифестируют во второй половине беременности, однако, как известно, патологический процесс начинает формироваться с первых недель гестации.

Цель: изучение риска развития ПЭ у беременных с различными нарушениями суточного профиля АД в первой половине гестации при исходно нормальном уровне АД и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: в проспективном исследовании участвовали 469 беременных в возрасте от 18 до 42 лет. Основную группу составили 419 беременных в возрасте от 18 до 42 лет, [28 лет (24; 32)] с различными формами АГ. В контрольную группу были включены 50 женщин с физиологически протекающей беременностью в возрасте от 18 до 36 лет, [23 лет (20; 24)]. Структура гипертензивных состояний основной группы была представлена пятью группами: хронической, диагностированной до беременности, АГ (ХАГ) — эссенциальной АГ- 35 % и симптоматической АГ — 10 %, гестационной АГ — 13 %, ПЭ — 15 %, сочетанием ХАГ и ПЭ — 27 %. Всем беременным проводили суточное мониторирование АД на 10-12 и 20-22 неделях беременности. В соответствии с существующими стандартами повторно исследовались клинико-лабораторные показатели, необходимые для диагностики ПЭ. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе STATISTICA, версия 6,0. При расчете относительного риска (ОР) применялась оценка 95 % доверительного интервала (ДИ).

Результаты: снижение перепада дневного и ночного АД, суточный индекс (СИ) <10 %, во II триместре у всех беременных (с исходно нормальным уровнем АД и при ХАГ) увеличивает риск развития ПЭ в 2,1 раза (ОР=2,1; ДИ95 %: 1,16-2,6, P=0,001). В группе женщин-нормотоников наличие нарушенного суточного ритма АД с СИ<10 % во II триместре увеличивает риск развития ПЭ в 3,3 раза (ОР=3,3; ДИ95 %:1,02-10,3; P=0,001, чувствительность — 80 %, специфичность — 64 %). В группе беременных с исходно нормальным уровнем АД при одновременном учете АД диастолического суточного > 60 мм рт.ст. и СИ<10 % относительный риск развития ПЭ увеличивается до 7,4 раз (ОР=7,4; ДИ95 %:4,8-9,2, P<0,001, чувствительность — 75 %, специфичность — 96 %). Относительный риск развития ПЭ среди беременных с ХАГ при СИ<10 % в I триместре повышается в 4 раза (ОР=4,0; ДИ95 %: 1,3-13,1, P=0,01).

Выводы: различные нарушения суточного профиля АД могут предшествовать развитию ПЭ. Уменьшение перепада АД день-ночь в первой половине беременности достоверно увеличивает риск развития ПЭ у женщин-нормотоников и у пациенток с ХАГ. Сочетание повышенного уровня диастолического суточного АД выше 60 мм рт.ст. и сниженного суточного ритма АД в первой половине беременности у женщин с исходно нормальным уровнем АД увеличивает риск развития ПЭ в семь раз.

0073 ДИНАМИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ

Барт Б.Я., Рунихина Н.К., Андросова Ю.М.
ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия

Цель: изучение взаимосвязи суточного профиля артериального давления (АД) и когнитивной функции у беременных с артериальной гипертензией (АГ) в различные сроки гестации.

Материалы и методы: в исследовании участвовали 53 беременных в возрасте от 20 до 46 лет (средний возраст 30,8±0,72 лет). Были выделены две группы: первая — пациентки с хронической АГ (ХАГ, n=19), вторая — беременные с гестационной АГ (ГАГ, n=16). Группу сравнения составили 18 женщин с физиологическим течением беременности. Группы были сопоставимы по возрасту: 31,68 (±,99), 31,5 (±2) и 29,1 (±0,9) года, соответственно. Всем беременным проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) в первом, втором и третьем триместрах. Для оценки динамики когнитивной функции проводили мини-ментальный тест (MMSE) в аналогичные периоды.

Результаты: в группе беременных с ХАГ уровень суточного АД был повышенным и составил 123,72(±3,1)/79,87(±2,92) мм рт.ст., 113,4(±1,82)/70,3(±2,32) мм рт.ст. и 121(±3,58)/73,6(±4,38) мм рт.ст. в первом, втором и третьем триместрах соответственно. В группе беременных с ГАГ уровень суточного АД в аналогичные сроки был 117,25(±3,11)/70,02(±2,38) мм рт.ст., 112,12(±2,02)/69,9(±2,12) мм рт.ст. и 120,5(±3,78)/70,2(±2,38) мм рт.ст. У женщин с физиологическим течением беременности регистрировалось суточное АД 112(±5,72)/71,25(±3,09) мм рт.ст., 110(±1,34)/68(±2,42) мм рт.ст. и 107,3(±3,48)/62(±0,58) мм рт.ст., соответственно. Показатели вариабельности (STD) АД систолического в группе пациенток с ХАГ были повышенными на протяжении всей беременности: 15,98(±2,37), 13,96(±0,79), 14,92(±1,78) мм рт.ст. У беременных с ГАГ динамика STD АД систолического характеризовалась достоверным увеличением STD в третьем триместре в сравнении с первым и вторым триместрами: 18,54 (±3,12) мм рт.ст. против 14,21(±1,32) мм рт.ст. и 14,87 (±0,93) мм рт.ст. ($p< 0,02$), соответственно. В группе женщин с физиологически протекающей беременностью показатели STD систолического АД составили 12,05(±1,93) мм рт.ст., 13,4(±0,84) мм рт.ст., и 13,43(±1,19) мм рт.ст., соответственно. Достоверных отличий в показателях STD диастолического АД в группах сравнения выявлено не было. Показатели когнитивной функции были следующими: у женщин с ХАГ 26 (±0,41), 26,23(±0,59) и 26,64(±0,5) балла; у беременных с ГАГ: 24,8(±0,39), 25,1(±0,52) и 24,45(±0,54) балла и при физиологическом течении беременности: 27,6(±0,39), 27,1(±0,38) и 26,9(±0,31) балла, в первом, втором и третьем триместрах соответственно. Достоверной динамики показателей от триместра к триместру в группах не отмечалось. Обращает внимание снижение результатов теста MMSE у беременных с ГАГ.

Выводы: осложнение гестационного процесса развитием АГ сопровождается нарушением суточного профиля АД с увеличением STD АД в третьем триместре и ассоциируется, по-видимому, со снижением когнитивной функции с первого триместра. При неосложненном течение беременности у женщин-нормотоников и при ХАГ отмечается стабильность когнитивных показателей.

0074 ТРОМБОФИЛИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИБС С ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Батаговский В.Л., Шапошник И.И.
Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Цель исследования — оценить состояние системы гемостаза у больных, страдающих ИБС, в госпитальный период лечения переломов трубчатых костей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 больных с травмами верхних и нижних конечностей — 23 мужчины и 27 женщин в возрасте 40-79 лет (средний возраст — 62,7±1,53 года). Все пациенты имели факторы риска приобретенной тромбофилии (травма, госпитализация, различная степень иммобилизации). У 74 % больных установлено наличие дополнительных трех и более факторов тромботического и сердечно-сосудистого риска в различных сочетаниях. Четверть больных страдали хроническими формами ИБС. Клинических проявлений венозного тромбоэмболизма зарегистрировано не было. На 10 день от возникновения травмы производили забор крови для исследования параметров коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза: растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), МНО, тромбиновое время, активность антитромбина, эуглобулиновый лизис, XIIa-зависимый лизис, активность фактора Виллебранда, D-димер, ингибитор тканевого активатора плазминогена (ι-PAI), спонтанная и индуцированная агрегация тромбоцитов.

Результаты. Отмечено увеличение содержания РФМК: 20,1±0,84 мг% (норма до 4 мг%), фибриногена: 4,94±0,21 г/л (норма до 4 г/л), среднего уровня D-димера (877±14,5 нг/мл при норме 0-250 нг/мл), ι-PAI (164 нг/мл при норме 7-43,0 нг/мл). Повышены показатели времени эуглобулинового и XIIa-зависимого лизиса — (271±9,81 мин. при норме 180-240 мин. и 30,9±2,62 мин. при норме 4-10 мин. соответственно). Уровень активности антитромбина — в пределах нормы (103±2,60 %). Активность фактора Виллебранда — повышена (216,3±6,11 % при норме 50-150 %). У 32 % больных отмечена гиперагрегация тромбоцитов при стимуляции адреналином и средней дозой АДФ. При сравнении группы больных, страдающих ИБС (n=12), с группой пациентов лишь с наличием сердечно-сосудистых факторов риска (n=25) выявлен ряд достоверных различий. У больных ИБС в большей степени были повышены уровни фибриногена (5,98±0,21 г/л против 4,0±0,18 г/л), РФМК (17,1±0,77 мг% против 23,6±0,77 мг%), D-димера (980±15,6 нг/мл против 812±13,9 нг/мл), активность фактора Виллебранда (239±7,63 % против 198±5,62 %). Отмечена прямая линейная связь между уровнями D-димера, РФМК и фибриногена ($r=0,42$, $p<0,05$), обратная связь — между АЧТВ и уровнем D-димера ($r=-0,46$, $p<0,05$). Обнаружена прямая линейная связь между уровнями РФМК — ι-PAI ($r=-0,47$, $p<0,05$) и обратная — для антитромбина — ι-PAI ($r=-0,49$, $p<0,05$). Показатели тромбоцитарного гемостаза в исследуемых группах достоверно не различались.

Выводы. 1. Гемостаз пациентов с переломами трубчатых костей в период стационарного лечения характеризовался выраженным увеличением маркеров тромбинемии. 2. В формировании тромбофилического статуса участвовали все звенья системы гемостаза. 3. Более выраженная активация гемостаза характерна для травматологических больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. 4. Необходим тщательный целенаправленный поиск бессимптомных тромбозов в отсутствие их клинических проявлений.

0075 ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Баталова А.А., Ховаева Я.Б., Головской Б.В.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель работы: дать характеристику атеросклеротического процесса при наличии асимптомного атеросклероза у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: I группа (20 человек) — пациенты с ГБ в сочетании с атеросклерозом, у которых при ультразвуковом исследовании в различных сосудистых бассейнах выявлены гемодинамически незначимые атеросклеротические бляшки. Средний возраст составил — 55,1±1,2 года. II группа (17 человек) — лица с ГБ в сочетании с ХОБЛ и асимптомным

атеросклерозом. Средний возраст — 61±1,5 года. При включении в исследование лицам всех групп проводилось общеклиническое исследование, триплексное исследование крупных сосудов на аппарате ALOCA 5000, Япония.

Результаты. Атеросклеротические бляшки визуализированы в одном из сосудистых бассейнов в группе I — у 55 % обследованных, в группе II — у 10 % (p<0,05). В нескольких сосудистых бассейнах группе I — у 45 % обследованных, в группе II — у 90 %(p<0,05). Брахиоцефальные артерии на экстракраниальном уровне были поражены в группе I — у 50 % лиц, в группе II — у 90 % (p<0,05). По структуре бляшек, в группе I встречались преимущественно гиперэхогенные бляшки — у 70 % пациентов. У 30 % атеросклеротические бляшки были гетерогенными. В группе II преобладали гипоэхогенные бляшки у 60 % лиц, в 30 %- гетерогенные и у 10 % эхогенность бляшек была высокой. Средний процент стеноза в группе I составил 13 %, в группе II- 31,8 % (p<0,05).

Выводы. При сочетании ГБ с ХОБЛ атеросклеротический процесс выражен сильнее, с поражением нескольких сосудистых бассейнов. Атеросклеротические бляшки имеют преимущественно нестабильную структуру и больший процент стеноза. Таким образом, данных пациентов можно отнести к группе повышенного риска сосудистых осложнений.

0076 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕНОФИБРАТА В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.
ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель: изучить эффективность фенофибрата в снижении уровня с — реактивного белка у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа средней степени тяжести и атерогенной дислипидемией

Материалы и методы: наблюдались 17 женщин и 3 мужчин с СД 2 типа средней степени тяжести и атерогенной дислипидемией II Б типа, средний возраст пациентов составил 58,0±8,5 лет, длительность СД 2 типа — 7,2±5,9 лет. Все пациенты имели ожирение по абдоминальному типу: объем талии 101±13см, отношение ОТ/ОБ 1,03±0,1 и индекс массы тела 31,7±5,1 кг/м². Исследовали уровень липидов и с — реактивного белка исходно и через 1-3-6 месяцев терапии, тип дислипидемии определяли по классификации Фредриксона. На фоне применения сахароснижающих препаратов (глибенкламид, гликлазид 1-4 таблетки в сутки) уровень гликированного гемоглобина А1с составил 7,1 %. Все пациенты в течение 6 месяцев принимали фенофибрат Трайкор 145 в дозе 1 таблетка в сутки. Безопасность препарата контролировалась исследованием печеночных трансаминаз исходно и на фоне гиполипидемической терапии ежемесячно.

Результаты: у больных СД 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией II Б типа уровень общего холестерина (ОХС) исходно и через 6 месяцев терапии фенофибратом составил 6,2±1,5 ммоль/л и 4,7±0,6 ммоль/л, соответственно, (p<0,001), уровень триглицеридов (ТГ) — 4,47±1,5 ммоль/л и 1,9±0,3 ммоль/л, соответственно, (p<0,001), при этом уже через 1,5 месяца лечения у 38 % пациентов СД 2 типа с дислипидемией достигнуты целевые показатели липидов, которые стабильно сохранялись на фоне проводимой терапии. Значения с — реактивного белка как системного маркера воспаления составили исходно и через 6 месяцев терапии 17,3±6,7 и 4,7±0,58 мг/л, соответственно, (p<0,001). В период гиполипидемической терапии побочных эффектов применения фенофибрата не выявлено, уровень трансаминаз не превысил допустимые нормы.

Выводы: терапия фенофибратом Трайкор эффективно снижает уровень липидов и значения с — реактивного белка у больных СД 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией, является безопасной и хорошо переносится данной категорией больных.

0077 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ИМЕЮЩИХ ГИПЕРТЕНЗИЮ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Баюрова Н.В., Викентьев В.В., Бондарец О.В., Сметнева Н.С.
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Цель: изучить взаимосвязь показателей, стандартно измеряемых при эхокардиографии (Эхо-КГ) параметров, отражающих размеры и функции правых камер сердца с летальностью среди пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и имеющих признаки лёгочной гипертензии.

Материал и методы: ретроспективно изучено 95 историй болезни пациентов с ХСН, госпитализированных в ГКБ № 70 в период с 2005 по 2009 годы в связи с ухудшением течения ХСН. Все пациентам во время пребывания в стационаре была выполнена Эхо-КГ. Средний возраст пациентов 69,8±2 года, из них 48 человек были женщины и 47 человек — мужчины. Соотношение функциональных классов по NYHA II/III/IV среди исследуемых больных составляло 13/51/31 % соответственно. Среднее значение систолического давления в легочной артерии (ЛА) составляло 48,5±5,2 мм рт. ст. Были проанализированы следующие эхокардиографические показатели: толщина стенки правого желудочка в конце диастолы, конечно-диастолический размер правого желудочка (КДР ПЖ), конечно-систолический объём правого предсердия (ПП), степень трикуспидальной регургитации (СТР), расчетное давление в правом предсердии, давление заклинивания в легочной артерии, среднее давление в легочной артерии (СрД ЛА).

Результаты: при ретроспективном анализе двухгодичная летальность среди исследуемой группы составила 24 пациента (25,3 %). Статистический анализ продемонстрировал наиболее высокую связь систолического давления в легочной артерии, среднего давления в легочной артерии, степени трикуспидальной регургитации с летальностью в рассматриваемой группе пациентов. Также достоверна взаимосвязь летальности с размерами ПЖ.

Заключение: стандартно производимые во время ЭХО-КГ параметры, отражающие размеры и функции правых камер сердца, могут быть использованы в качестве прогностических критериев высокой летальности пациентов с ХСН, имеющих повышенное давление в легочной артерии. Среди них наиболее значимым представляются следующие: систолическое давление в легочной артерии, среднее давление в легочной артерии и конечно-диастолический размер правого желудочка.

0078 ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО И ПУРИННОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Цель: Изучить гемодинамические и метаболические нарушении у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: В исследование были включены 45 больных АГ II ст, с МС, возрасте 40-60 лет. Длительность заболевания 5-10 лет. Были проведены следующие обследования: определены уровень глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, липидов, печеночных ферментов в образцах плазмы венозный крови, микроскопическое исследование мочи, определение тромбинового времени, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) антитромбина

III (AT III) по Roka и индувидальная АДФ агрегация тромбоцитов фотометрическим методом Bormu Cross, ЭхоКГ, осмотр глазного дна, а также суточное мониторирование ЭКГ и артериального давление (АД). А также отношение обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ) наличие абдоминального ожирение (АО), индекс массы тела (ИМТ). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. Статистическая обработка проводилась в среде автоматизированного банка данных с использованием методов вариационной статистики.

Результаты: во время обследование были обнаружены следующие изменения у больных АГ с МС. АО встречалось в 85 % случаев среди больных АГ II ст и сочетанием МС. У всех пациентов наблюдалось повышенное содержание мочевой кислоты в сыворотке крови (0,609±0,05 ммоль /л), что сочеталось с достоверно более высокими показателями содержание общего холестерина (6,900±0,015 ммоль/л), триглицеридов (2,7±0,1 ммоль/л P<0,05), и достоверно низкая уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) (0,90-1,0моль/л, P<0,001).В группе больных выявлена прямая зависимость уровня ТГ-ов (r=0,4; P<0,05) и мочевой кислоты (r =0,4, P<0,001) от показателя ОТ/ОБ; а также обратная зависимость уровня ХС-ЛПВП от ИМТ (r=0,4 P<0,005). Средний коэффициент атерогенности в исследуемой группе в 2 раза превышал рекомендуемые значения составил 6,1 ± 1,01ед (P<0,05).

Заключение: таким образом, нарушение липидного метаболизма у больных артериальной гипертензией с гиперурекемическими склонностями характеризируется преимущественным повышением содержания триглицеридов на фоне относительного снижения ЛПВП. Можно предположить, что гиперурекемия сочетается с атерогенным фнеотипов липидов и является предиктором атерогенного риска у больных АГ.

0079 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ КАК МАРКЁРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Безбородова Т.А., Тарасов А.А., Бабаева А.Р.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Показано, что в развитии и прогрессировании ангиопатий как при атеросклерозе, так и при сахарном диабете (СД) принимают участие воспалительные механизмы.

Цель. Сравнительная оценка профиля провоспалительных цитокинов — интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) — в крови больных СД 2 типа, осложненным ангиопатиями, без клинических и инструментальных проявлений ишемической болезни сердца (ИБС), и у больных клинически выраженной ИБС, протекающей на фоне СД.

Методы исследования. Обследовано 43 больных СД, осложненным ангиопатиями, не имеющих клинических и инструментальных проявлений ИБС, и 31 больной клинически выраженной ИБС, протекающей на фоне СД. Диагностика и обследование больных с СД проводилось в соответствии с национальными стандартами диагностики и лечения СД. Диагностика основных клинических форм ИБС выполнялась в соответствии с рекомендациями ВНОК. У больных в вышеуказанных группах изучали содержание ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α в сыворотках крови методом твердофазного ИФА (диагностические наборы “Вектор-БЕСТ”) на спектрофотометре “Униплан”. Полученные результаты подвергали статистическому анализу с использованием пакета SPSS 10.0. Для определения статистической значимости различий непрерывных величин, использовали t-критерий Стьюдента, корреляционный анализ проводили по методу Pearson. Различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты. В первой группе (СД без ИБС) значения, превышающие верхнюю границу нормальных значений для ИЛ-1 β, отмечены в 93,0 % случаев, во второй группе (ИБС на фоне СД) — в 83,9 % случаев (p=0,213). Для ИЛ-6 значения, превышающие верхнюю границу нормы, в первой группе отмечены в 55,8 % случаев, во второй группе — в 58,1 % случаев (p=0,845). Для ФНО-α значения, превышающие верхнюю границу нормы, в первой группе отмечены в 34,9 % случаев, во второй группе — в 45,2 % случаев (p=0,367). При этом у больных с нормальным содержанием ИЛ-1β в сыворотке ни в одном из случаев не отмечено сопутствующего повышения уровней ИЛ-6 или ФНО-α. Наиболее тесная взаимосвязь в общей группе больных с СД отмечена между уровнем ИЛ-1 и ИЛ-6 (r=0,4977, p<0,05). Из других взаимосвязей при СД без сопутствующей ИБС обращали на себя внимание достоверная прямая связь уровней ИЛ-6 и гликированного гемоглобина (r=0,2670) и уровня ИЛ-6 с С-реактивным протеином (r=0,3389), что подтверждает имеющиеся литературные данные об их патогенетическом взаимодействии при развитии воспалительного процесса, а также обратная связь уровня холестерина ЛПВП (ХС-ЛПВП) и уровня ИЛ-1 (r=-0,3649). При ИБС, протекающей на фоне СД, отмечена прямая корреляция уровня ИЛ-6 с уровнем фибриногена (r=0,3550) и степенью артериальной гипертензии (r=0,3048), а также обратная взаимосвязь уровня ИЛ-1β с уровнем ХС-ЛПВП (r=-0,2541).

Выводы. Развитие и прогрессирование диабетической ангиопатии сопровождается увеличением продукции таких провоспалительных цитокинов как ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α. Основным цитокином, запускающим каскад воспалительных реакций, по-видимому, является ИЛ-1β, уровень которого вне зависимости от наличия ИБС наиболее тесно связан при СД с показателями липидного обмена. Отмечены достоверные взаимосвязи уровней цитокинов с уровнем СРБ, гликированным гемоглобином, а также показателями, характеризующими состояние свертывающей системы крови.

0080 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНОГО: ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВА КОРОНАРОГРАФИИ

Безденежных А.В., Сумин А.Н., Евдокимов Д.О., Корок Е.В., Иванов С.В., Барбараш О.Л., Барбараш Л.С.
Учреждение РАМН “Научно исследовательский институт комплексных проблем сердечно сосудистых заболеваний Сибирского отделения РАМН”, Кемерово, Россия

Актуальность: Клиническая оценка риска по различным шкалам используется для стратификации пациентов по вероятности развития сердечно-сосудистых осложнений при некардиальной хирургии. Одним из наиболее часто используемых индексов является шкала, предложенная Lee T. (1999г.). Однако при таком подходе не учитываются бессимптомные формы кардиологических заболеваний.

Цель: сравнить тяжесть и распространенность коронарного атеросклероза у пациентов, подвергшихся внесердечной сосудистой хирургии, с различным уровнем риска по шкале Lee.

Материал и методы: Ретроспективный анализ 349 историй болезни пациентов, подвергшихся операциям на каротидных и периферических артериях, брюшной аорте. По шкале RCRI больные разделены на 3 группы: группа А — I и IIклассы (n=228, средний возраст 61,1±0,7лет), группа В — III класс (n=123, средний возраст 61,1±0,5) и группа С — IV класс (n=42, средний возраст 59,1±1,1лет). Исследовались клинико-анамнестические данные, объем реваскуляризации миокарда, распространенность осложнений и летальность. Всем пациентам была проведена коронарная ангиография (КАГ).

Результаты: При анализе в группах А и В чаще выявлялось отсутствие коронарных стенозов, по сравнению с группой С (p=0,017) но доля таких пациентов была невелика (11,8, 9,0 и 2,4 % соответственно). Односсудистое поражение встречалось в группах одинаково часто (p=0,593), как и двухсосудистое (p=0,726). Поражение трех основных венечных артерий встречалось чаще в группе С (30,9 %), но и в группах

А и В эта распространенность отмечена в 14,0 и 16,4 %. Группы не различались по наличию значимого стеноза ствола левой коронарной артерии (ЛКА) (9,6, 16,4 и 14,3 %, соответственно, p=0,328), но отличались (p=0,04), по количеству пациентов, требующих превентивной реваскуляризации. Во всех группах сравнения такие пациенты составляли значительную их часть (18,4, 28,5 % и 42,8 %). Превентивная реваскуляризация миокарда проводилась чаще в группе С (p=0,04), в то же время восстановление коронарного кровотока было проведено всем пациентам групп А и В с тяжелым поражением коронарного русла. По частоте послеоперационных осложнений межгрупповые отличия не выявлены (p=0,194). Однако периоперационные инфаркты, приведшие к летальным исходам отмечены только среди больных группы А. У этих пациентов выявлялись поражения коронарных артерий, но реваскуляризация миокарда не проводилась.

Выводы: Большую часть пациентов, планирующихся на некардиальную хирургию, составляют больные с I и II классов по шкале Lee. Они имеют меньшую распространенность и тяжесть коронарного атеросклероза, по сравнению IV классом. Однако значительная часть этих пациентов нуждаются в проведении превентивной реваскуляризации миокарда. Таким образом, только клиническая оценка состояния пациента не может являться фактором, определяющим тактику предоперационной подготовки больных.

0081 ПРЕДИКТОРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: ЕСТЬ ЛИ РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА?

Безденежных Н.А., Сумин А.Н., Барбараш Л.С.
УРАМН "Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний" СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель: выявление независимых предикторов госпитальной летальности у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию, в том числе при наличии сахарного диабета.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 2073 пациентов, подвергшихся КШ за период с января 2006 по ноябрь 2009гг. Выделены 2 группы: I — пациенты с СД 2 типа (n=319, средний возраст 58,5±0,61 лет), II — пациенты, не имеющие СД (n=1754, средний возраст 56,9±0,57 лет). Проанализированы данные анамнеза, эхокардиографии (ЭхоКГ), коронарографии (КГ), ультразвукового и ангиографического исследования артериальных бассейнов, частота послеоперационных осложнений и госпитальная летальность.

Результаты. Влияние факторов на госпитальную летальность оценивалось с помощью логистического регрессионного анализа. Первым этапом проведена оценка влияния факторов для всей выборки без разделения на группы. Установлено, что наличие атеросклероза артерий нижних конечностей и трехсосудистое поражение коронарных артерий увеличивают риск летального исхода КШ более чем в 2 раза (ОШ 2,18; 95 % ДИ 1,01-4,71; p=0,04 и ОШ=2,22; 95 % ДИ 1,29-3,85; p=0,004 соответственно), а низкая фракция выброса левого желудочка (<40 %) более чем в 6 раз (ОШ=6,57; 95 % ДИ 3,32-12,97; p=0,001). В меньшей степени повышают показатели летальности возраст пациентов (ОШ=1,04; 95 % ДИ 1,01-1,08; p=0,02) и поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) по результатам КГ (ОШ=1,9; 95 % ДИ 1,01-3,69; p=0,05). Установлено, что диабет не является независимым предиктором ранней летальности после КШ (OR=0,66; 95 % ДИ=0,26-1,67; p=0,37).

Показатели госпитальной летальности не различались в группе пациентов с диабетом и без диабета (1,4 % и 2,1 % соответственно, p=0,37). Причиной смертельных исходов в I группе у 75 % пациентов явилась полиорганная недостаточность, у 25 % — послеоперационный инфаркт миокарда. Полиорганная недостаточность также стала причиной большинства летальных исходов во II группе (43,2 %), у 10,8 % умерших этой группы развилось острое нарушение мозгового кровообращения, у 16,2 % причиной смерти стал интра- или послеоперационный инфаркт миокарда, у 18,9 % — развитие острой или декомпенсация хронической сердечной недостаточности, у 10,8 % — фибрилляция желудочков. Статистически значимых различий между группами по причинам летальных исходов не выявлено (p>0,05).

Выводы. Независимыми предикторами ранней летальности после КШ являются поражение трех магистральных коронарных артерий, систолическая дисфункция левого желудочка и атеросклероз артерий нижних конечностей. В меньшей степени ассоциированы с риском госпитальной летальности стволовое поражение по КГ и возраст пациентов. Наличие СД 2 типа не сопровождается повышением госпитальной летальности после КШ.

0082 ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Беленькова Ю.А., Барбараш О.Л., Каретникова В.Н., Кашталап В.В., Барбараш Л.С.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Нарушения углеводного обмена (НУО) способствуют не только возникновению всех форм ишемической болезни сердца, но и существенно влияют на прогноз данной группы больных.

Целью настоящего исследования явилась оценка возможности использования перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) для ранней диагностики НУО у больных ИМ и оценки годового прогноза.

Материал и методы. В исследование включено 125 пациентов, 93 мужчины и 32 женщины, средний возраст 59 (53 — 68) лет с подтвержденным диагнозом Q-ИМ, не имевших в анамнезе СД. При поступлении определялся уровень гликемии. На 8-14 сутки ИМ проводился ПГТТ. Период наблюдения составил 1 год. В качестве конечных точек оценивали: нефатальные повторные ИМ, нефатальные острые нарушения мозгового кровообращения, декомпенсацию сердечной недостаточности, смертность от сердечно-сосудистых причин и общую смертность.

Результаты и их обсуждение. При поступлении у 99 пациентов с ИМ (79,2 %) наблюдалась гипергликемия. При проведении ПГТТ на 8 — 14 сутки ИМ НУО сохранялись у 69 (55,2 %) больных. В зависимости от структуры выявленных НОУ, пациенты были разделены на группы: I группа (n=26, 20,8 %) — пациенты ИМ и впервые выявленным сахарным диабетом (СД), II группа (n=43, 34,4 %) — больные ИМ с нарушением толерантности к углеводам (НТГ), III группа — с нормальными показателями углеводного обмена (n=56, 44,8 %). Уровень тощаковой гликемии у больных II и III групп не имел различий, что свидетельствует о большей распространенности постпрандиальной гипергликемии. Наблюдение в течение года позволило выявить благоприятный прогноз у 12 (46,1 %) пациентов с СД; у 24 (55,8 %) больных с НТГ; у 44 (78,5 %) больных в группе без НУО. У пациентов с СД зарегистрированное суммарное количество "конечных точек" составило 14 (0,53 на пациента), без НУО — 12 событий (в среднем 0,21 на пациента), и у пациентов с НТГ- 19 (0,41 на пациента). Летальный исход зафиксирован у 6 (4,8 %) пациентов — от сердечно-сосудистых причин, 5 (83 %) из них имели НУО. Значения постнагрузочной гликемии были достоверно выше у лиц с неблагоприятным исходом (p=0,002). В целом в группе больных с НУО (I и II группы) в течение года после ИМ отмечено 34 случая нефатальных кардиоваскулярных события (67 %). Увеличение степени выраженности нарушений углеводного обмена способствовало более быстрому наступлению кардиоваскулярного события. В исследовании показана возможность и необходимость ранней диагностики НУО у больных с ИМ в госпитальном периоде.

Выводы. Проведение ПГТТ для выявления НОУ у пациентов с ИМ показано в период стационарного лечения. Более

половины больных Q-ИМ в возрасте 55-70 лет характеризуются наличием НУО. Выявление НУО у больных Q-ИМ в госпитальный период заболевания сопряжено с неблагоприятными кардиоваскулярными событиями в течение года и способствуют более быстрому их наступлению. ПГТТ — простая процедура, которая может предоставить важную информацию, необходимую для проведения вторичной профилактики у больных Q-ИМ.

0083 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II ЛОЗАРТАНА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Белобородова А.В., Морозова Т.Е., Шилов Е.М.
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность блокатора рецепторов к ангиотензину II лозартана у больных метаболическим синдромом (МС) и хронической болезнью почек (ХБП) 1-2 стадии.

Материалы и методы: у 20 больных МС (по критериям The International Diabetes Federation 2005г.) и ХБП 1-2 стадии (по критериям Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002г.) в возрасте 32-79 лет (средний возраст 55,45±12,97 лет; м.-9, ж.-11) изучено влияние лозартана на функциональное состояние почек по динамике скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и микроальбуминурии (МАУ), на показатели кардиогемодинамики по результатам суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и эхокардиографического исследования (Эхо-КГ). Длительность лечения составила 3 месяца, средняя суточная доза — 50,0±13,06 мг. Данные представлены в виде M±σ и Me (25, 75 процентиль).

Полученные результаты: До лечения по данным офисного измерения систолическое артериальное давления (САД) составило 133,00±9,09 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) — 85,25±5,73 мм рт.ст. Уровень глюкозы натощак — 5,35 (4,75; 5,50) ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы — 6,50 (5,17; 6,97) ммоль/л. У 6 больных имела место дислипидемия 2а типа, у 11 больных — 2б типа, у 1 больного — 4 типа. Креатинин плазмы крови составил 0,92 (0,80; 1,08) мг/дл, средняя СКФ, рассчитанная по формуле Кокрофта-Голта с приведением на стандартную поверхность тела по формуле Дюбуа — 86,79 (72,00; 99,86) мл/мин/1,73м^2, уровень МАУ — 5,60 (3,50; 9,20) мг/дл. На фоне терапии лозартаном 70,0 % больных достигли целевого уровня АД. По данным СМАД САД ср./сут. снизилось с 134,85±13,95 до 126,44±8,07 мм рт.ст. (p=0,02), ДАД ср./сут. — с 83,90±7,51 до 79,31±6,85 мм рт.ст. (p=0,01). По данным ЭХО-КГ отмечена тенденция уменьшению диастолической дисфункции — увеличение отношения E/A с 1,06±0,23 до 1,21±0,28 (p>0,05). При оценке влияния лозартана на функцию почек не было отмечено статистически значимого влияния на СКФ и выявлена тенденция к уменьшению уровня МАУ на фоне терапии с 5,60 (3,50; 9,20) мг/дл до 3,25 (0,40; 7,82) (p>0,05). При контроле лабораторных показателей отмечено достоверное уменьшение уровня триглицеридов с 1,80 (1,42; 2,56) до 1,48 (1,04; 2,12) (p=0,04) и уменьшение уровня глюкозы сыворотки крови после приема 75 г глюкозы с 6,50 (5,18; 6,98) до 5,65 (5,20; 6,75) (p=0,04).

Выводы: блокатор рецепторов к ангиотензину II лозартан у больных МС и ХБП 1-2 стадии наряду с хорошим антигипертензивным эффектом и благоприятным влиянием на обмен глюкозы и липидов, не оказывает негативного влияния на функциональное состояние почек при начальном их поражении.

0084 ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НУЖДАЮЩИХСЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Белов В. Н., Ковалев С. А., Белова Е. А.
ГУЗ “Воронежская областная клиническая больница № 1”, межтерриториальный кардиохирургический центр, Воронеж, Россия

Цель исследования: изучить характер поражения коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца, нуждающихся в коронарном шунтировании в условиях искусственного кровообращения.

Методы исследования: обследовано 187 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), которым было проведено коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК). Средний возраст пациентов составил 58,4±0,8 лет. Из 187 больных, включенных в исследование, 165 (88,2 %) были мужчины, 22 (11,8 %) пациента — женщины. У 150 (80,2 %) больных до проведения КШ была диагностирована стабильная стенокардия. У 25 (13,3 %) пациентов на момент хирургического лечения имелась клиника нестабильной стенокардии. 12 (6,5 %) больных оперировались на фоне инфаркта миокарда. У 135 (72,2 %) пациентов был III и IV функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA. 127 (68 %) пациентов на момент хирургического лечения имели III-IV функциональный класс стенокардии напряжения. 148 (79 %) больных, включенных в исследование, перенесли до проведения КШ инфаркт миокарда. По данным эхокардиографии средняя фракция выброса левого желудочка составила 52,1±0,9 %. Анализировались распространенность, локализация и степень выраженности поражения коронарных артерий по данным дооперационной коронароангиографии.

Результаты: гемодинамически значимое поражение передней нисходящей артерии выявлено у 170 (91 %) больных ИБС, нуждающихся КШ в условиях ИК, правой коронарной артерии — у 125 (67 %) пациентов, огибающей артерии — у 133 (71 %) больных. У 52 (28 %) больных, включенных в исследование, имели поражение ствола левой коронарной артерии (Ст. ЛКА) или его эквивалент. У 122 (65 %) пациентов выявлено гемодинамически значимое поражение 3 основных коронарных артерий. Окклюзия хотя бы одной из 3-ех основных эпикардиальных артерий или их крупных ветвей была выявлена у 54 (28,9 %) обследованных больных. При этом окклюзия 2-ух или 3-ех венечных артерий по данным ангиографии имелось у 20 (11 %) пациентов с ИБС, нуждающихся в хирургической реваскуляризации миокарда. У 64 (34 %) больных при коронароангиографии выявлено многоуровневое поражение коронарных артерий. У 77,2 % пациентов с поражением Ст. ЛКА имелось, кроме того, еще и 3-ех сосудистое гемодинамически значимое сужение венечных артерий.

Выводы: 1) большинство пациентов с ИБС, нуждающихся в хирургической реваскуляризации миокарда, имеют диффузное многососудистое поражение коронарных артерий

2) у 28 % больных, которым планируется КШ в условиях ИК выявляется поражение Ст. ЛКА или его эквивалент.

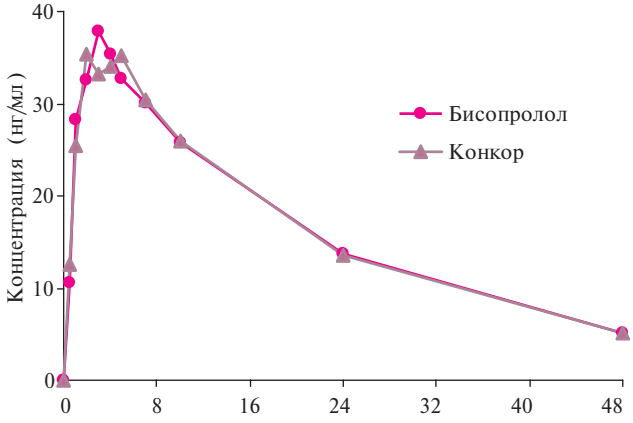
0085 ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО β-АДРЕНОБЛОКАТОРА БИСОПРОЛОЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Белолипецкая В.Г., Бамбышева Е.И., Жабина Е.А., Колтунов И.Е., Гуранда Д.Ф., Катикова О.Ю.
ФГУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии”, Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов бисопролола — таблеток, покрытых пленочной оболочкой, Бисопролол (ЗАО “ФП Оболенское”, Россия) в сравнении таблетками, покрытыми оболочкой, Конкор (“Мерк”, Германия).

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

Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием.



Средние фармакокинетические профили бисопролола после однократного перорального приема тестируемого и референсного препаратов были очень близки. Достоверных различий концентраций не было выявлено ни в одной временной точке.

Максимальная концентрация бисопролола в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Бисопролола в среднем через 3,22±1,26 ч, а Конкора — через 3,36±1,76 ч и составила 45,28±12,32 нг/мл и 45,79±9,18 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-t при приеме тестируемого и референс-препарата также имели очень близкие значения: 798,1±188,4 нг*ч/мл и 798,5±210,4 нг*ч/мл соответственно. Достоверно значимых различий сравниваемых величин не отмечалось. Значения фармакокинетических параметров хорошо согласовывались с данными литературы. Степень относительной биологической доступности f бисопролола при приеме таблеток Бисопролол по отношению к таблеткам Конкор составила в среднем 100,9±13,0 % (C.I.: 97,9 — 102,3 %). Одновременно с фармакокинетикой изучалась динамика гемодинамических показателей (артериальное давление и частота сердечных сокращений).

0086 НОВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АКТОПРОТЕКТОР МЕТАПРОТ: ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Белолипецкая В.Г., Жезлова А.В., Кибальчич Д.А., Малышева А.М., Благодатских С.В., Колтунов И.Е.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии", НПЦ "Пробиотек", Москва, Россия

На сегодняшний день распространенность пограничных психических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) по данным различных авторов составляет от 5 % до 30 % и более. По результатам не только зарубежных, но и отечественных исследований увеличивается число больных с диагностированными психическими нарушениями, получающих лечение в условиях общемедицинской практики. Среди наиболее распространенных психических нарушений при сердечно-сосудистой патологии, являющихся фактором риска ухудшения прогноза соматического заболевания (сердечно-сосудистой патологии) и качества жизни этих пациентов со снижением работоспособности, отмечаются расстройства астенического и невротического спектра. Перспективной группой лекарственных средств, позволяющих оптимизировать лечение астенических расстройств, распространенных в общей медицине, и в частности, при ССЗ являются актопротекторы — синтетические препараты, препятствующие развитию утомления и повышающие работоспособность. В последние годы были синтезированы десятки актопротекторов, однако в широкую клиническую практику вошел пока лишь один препарат — бемитил. Данные по клиническому изучению бемитила, в т.ч. фармакокинетике, весьма ограниченны и противоречивы.

Целью исследования было изучение фармакокинетики препарата бемитила — капсул Метапрот (ЗАО "НПО Антивирал", Россия).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Концентрации бемитила определяли методом ВЭЖХ с УФ-детектированием.

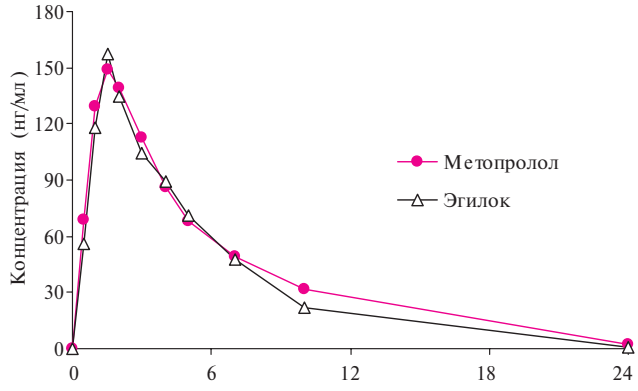
Максимальная концентрация бемитила в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при однократном приеме внутрь 250 мг Метапрота в среднем через 1,06±0,16 ч и составила 908±1052 нг/мл. Среднее значение периода полувыведения T1/2 составило 1,24±1,09 ч. Выявлена полимодальность распределения фармакокинетических параметров в обследованной группе добровольцев, что обусловило, по-видимому, высокую межиндивидуальную вариабельность значений найденных параметров.

0087 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ МЕТОПРОЛОЛА

Белолипецкая В.Г., Жабина Е.А., Бамбышева Е.И., Колтунов И.Е., Писарев В.В., Сардарова Г.М., Уляшова М.М.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий", НПЦ "Пробиотек", Москва, Россия

В настоящее время β — адреноблокаторы относятся к препаратам первой линии для лечения больных с артериальной гипертензией. Большая часть исследований, на которых основаны современные клинические рекомендации по применению β-АБ, проводилась с использованием метопролола.

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов метопролола — таблеток, покрытых оболочкой, Метопролол (ОАО "Биохимик", Россия) в сравнении таблетками, покрытыми оболочкой, Эгилок ("Эгис Фармацевтический завод ОАО", Венгрия).



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

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили метопролола в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема тестируемого и референсного препаратов.

Хорошо видно, что концентрационные кривые практически совпадают во всех временных точках.

Значения фармакокинетических параметров метопролола, полученные при изучении Метопролола и Эгилока хорошо

согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация метопролола в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Метопролола среднем через 1,6±0,6 ч, а Эгилока — 1,7±0,5 ч и составила 170±58 нг/мл и 171±70 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-t при приеме тестируемого и референс-препарата составили: 986,0±408,0 нг*ч/мл и 880,0±286,0 нг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f метопролола при приеме таблеток Метопролол по отношению к таблеткам Эгилок составила в среднем 1,133±0,419 (C.I.: 0,938-1,228). Нежелательные явления (расстройство ЖКТ, головная боль, слабость, жидкий стул) наблюдались у 1 добровольца при приеме Метопролола и у 2 — при приеме Эгилока.

0088 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Белькова Т.В.
ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия

Цель: изучение эндотелиальной регуляции тонуса сосудов при изменении гормонального фона у женщин различных возрастных групп с артериальной гипертонией.

Методы исследования: изучалась сосудодвигательная функция эндотелия у пациенток с артериальной гипертонией в различных возрастных группах. В исследование не включали пациенток с сахарным диабетом, симптоматической артериальной гипертонией, заболеваниями крови, печеночной и почечной недостаточностью. Исследование проводили по методу D.S. Celermajer et al., 1992 с использованием ультразвука высокого разрешения. Измерение диаметра плечевой артерии осуществляли с помощью линейного датчика 7МГц на ультразвуковой системе “Acuson 128XP” (США).

Полученные результаты: проведенные исследования показали зависимость дисфункции эндотелия от степени тяжести артериальной гипертонии и возрастных категорий обследуемых пациенток.

Выводы: дисфункция эндотелия при артериальной гипертонии в настоящее время является одной из актуальных проблем в кардиологии и рассматривается как ключевое звено в развитии данной патологии. Имеющиеся в настоящий момент исследования, посвященные данной проблеме, не позволяют дать однозначный ответ на вопрос о механизмах развития дисфункции эндотелия и не позволяют решить вопрос о коррекции нарушений эндотелий-зависимых механизмов регуляций тонуса сосудов при артериальной гипертонии. Нет единой точки зрения на место и роль дисфункции эндотелия сосудов в развитии артериальной гипертонии у женщин. Проводившиеся исследования с использованием ультразвука высокого разрешения, показывают наличие дисфункции эндотелия в пременопаузальном и менопаузальном периоде, изменение состояния сосудистой стенки у лиц данной категории. К известным механизмам дисфункции эндотелия при артериальной гипертонии в этом случае добавляется влияние перестройки гормонального фона у женщин различных возрастных групп. Изменение гормонального фона у женщин в пременопаузе и менопаузе способствует прогрессированию дисфункции эндотелиальных механизмов регуляции тонуса сосудов. Роль эстрогенов и гестогенов в состоянии эндотелий зависимых регуляций тонуса сосудов у женщин с артериальной гипертонией детородного возраста остается недостаточно исследованной и требует дальнейшего исследования.

0089 МОНОТЕРАПИЯ ИНДАПАМИДОМ SR ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Берг А.Г., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Нуртдинова Э.Г., Валеев И.Г., Хамидуллина Р.М., Руденко В.Г., Галимова Л.Р., Червякова К.В.
ГОУВПО Башкирский государственный медицинский университет, ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: оценка гипотензивного действия и влияния на систолическую и диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) монотерапии индапамидом SR (Арифон ретард) у пожилых больных артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: обследовано 45 больных АГ в возрасте от 60 до 74 лет, средний возраст 65,06±0,82 года, из них 31 женщина (68,8 %) и 14 мужчин (31,2 %), ранее не получавших или получавших недостаточно эффективную антигипертензивную терапию. При отборе больных проводилось трехкратное измерение АД в положении лежа и 1 раз в положении стоя. Всем отобранным больным до назначения лечения была сделана эхокардиография с допплерографией по стандартной методике с определением систолической, диастолической функции, массы и индекса массы миокарда левого желудочка, повторно это исследование проводилось через 3 месяца приема Арифона ретард в дозе 1,5 мг однократно в сутки, контроль АД проводился ежемесячно.

Полученные результаты: средние значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления в группе составили 168,7±1,11 и 89,9±1,21 мм рт.ст. Гипотензивный эффект индапамида SR через месяц составил в среднем 15,65 мм рт.ст. (9,3 %) по САД и 4,6 мм рт.ст. (5,1 %) по ДАД, через 2 месяца — 9,03 (5,9 %) и 3,79 (4,5 %) мм рт.ст. соответственно. При измерении АД через 3 месяца от начала терапии САД составило в среднем 134,26±1,34, а ДАД — 79,4±1,13 мм рт.ст. (снижение составило 9,76 по САД и 2,11 мм рт.ст. по ДАД, 6,8 и 2,5 % соответственно по сравнению со 2-м месяцем лечения). Побочных эффектов не зарегистрировано.

При сравнении данных ЭхоКГ до и после 3-х месяцев лечения значимых изменений по показателям систолической функции не отмечалось. Масса миокарда ЛЖ, рассчитанная по Devereux R.B., уменьшилась в среднем на 12 г (5 %), а индекс массы миокарда снизился на 8,0 г/м^2 (5,6 %).

Из показателей диастолической функции ЛЖ достоверно снизилась скорость предсердного наполнения — А ($P<0,05$), отношение Е/А выросло на 19 % ($P<0,001$), уменьшилось время изоволюметрического расслабления на 6,6 % ($P<0,001$).

Выводы: исследование показало хороший гипотензивный эффект индапамида SR, препарат хорошо переносится, не влияет на систолическую функцию и достоверно улучшает показатели диастолической функции миокарда левого желудочка.

0090 АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II ТЕЛМИСАРТАНА И ЭРОСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Бердинских С.Г., Гультяева Е.П., Гапон Л.И.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель исследования: по результатам велоэргометрической пробы (ВЭМП) и суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ) оценить возможный антиишемический эффект терапии телмисартаном, эпросартаном в сравнении с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) квинаприлом у больных с сочетанием АГ и ИБС.

Материалы и методы: В исследование было включено 83 пациента мужского пола в возрасте 38-69лет с верифицированным диагнозом АГ I-II стадии в сочетании с ИБС, типичной стабильной стенокардией напряжения II ФК по Канадской классификации. Проводилось простое параллельное исследование. Все пациенты после 1-недельного обследования в усло-

виях стационара на фоне отмены предшествующей терапии были распределены случайным методом на 3 группы. Пациенты I группы (31 чел., средний возраст 53,6±1,2г) принимали телмисартан (микардис, производства фирмы "Boehrınger Ingelheım") 40-80 мг в сутки, II группы (30 чел., средний возраст 52,8±1,2 г.) получали эпросартан (теветен, производства фирмы "Solvay Pharma" в дозе 300-600 мг в сутки, III группы (22 чел., средний возраст 53,1±1,60 г.) — квинаприл (аккупро, производства фирмы "Pfizer") 5-20 мг в сутки. Всем пациентам исходно и через 8 недель терапии проводили клиническое обследование, ВЭМ-пробы по методике ступенчатой непрерывно-возрастающей нагрузки с использованием велоэргометра КЕМ-2 фирмы "Hellıge" (Венгрия) с оценкой мощности, длительности выполняемой нагрузки, числа положительных проб, и СМЭКГ (портативной системой Cardıo Tens-01 (фирма "Medıtech" Венгрия) с регистрацией ЭКГ каждые 2 мин в течение 20 сек в двух биполярных отведениях в течение 24 часов) с оценкой динамики сегмента ST.

Результаты: На фоне терапии во всех трех группах достигнут хороший гипотензивный эффект (в I группе — у 96,6 % пациентов, во II — у 87,5 %, в III — у 90 %), урежение приступов стенокардии по дневникам самонаблюдения (в I группе — на 60,7 %, во II — на 64 %, в III — на 47,6 %) и уменьшение числа положительных ВЭМП (в I группе с 58 % до 31 %, во II с 50 % до 33 %, в III — с 59 % до 25 %). По данным ВЭМП достоверно значимо повысились мощность (в I группе с 98,2±4.9 до 112,5±7,7 Вт, во II — с 102,4±5.7 до 114,3±4,4 Вт, в III — с 106,6±6,0 до 122,4±5,4 Вт) и длительность физической нагрузки (в I группе с 7,9±0,5до 9,0±0,5 мин., во II — с 8,2 до 9,7±0,6, в III — с 9,0±0,7 до10,5±0,6). Однако достоверное уменьшение времени депрессии с. ST за сутки при СМЭКГ достигнуто только на фоне терапии телмисартаном с 5,96±2,4 до 0,9±0,4 мин.

Таким образом, терапия блокаторами рецепторов к ангиотензину II телмисартаном и эпросартаном в сравнении с ИАПФ квинаприлом в течение 8 недель наряду с выраженным гипотензивным эффектом, оказывает положительное влияние на клиническое течение стенокардии и улучшает толерантность к ишемии у больных с сочетанием АГ и ИБС, стабильной стенокардией напряжения и может быть рекомендована для лечения данной категории пациентов.

0091 ВЛИЯНИЕ ГОНАДЭКТОМИИ НА РАЗВИТИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И НА ХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ У БЕЛЫХ КРЫС

Бердникова В.А., Семячкина-Глушковская О.В., Анищенко Т.Г., Кузнецова Я.В., Кузнецова А.С.
ГОУ ВПО "Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского", Саратов, Россия

Целью работы явилось исследование влияния гонадэктомии самок и самцов белых крыс на устойчивость к развитию почечной гипертонии и на кардиоваскулярную чувствительность к модуляции холинергических влияний.

Эксперименты проведены на интактных (120 нормотензивных и 96 гипертензивных) и гонадэктомированных (96 нормотензивных и 96 гипертензивных) крысах обоего пола. Почечную гипертонию вызывали методом Голдблета (1 клипса, 2 почки). Через 7 недель у крыс измеряли среднее артериальное давление (ср.АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) с помощью катетерной технологии. Гонадэктомию самок и самцов проводили через 5,5 недель после наложения клипсы. Через 10 дней у гонадэктомированных гипертензивных животных также измеряли ср.АД. Для усиления и блокады холинергических влияний использовали ацетилхолин хлорид (АЦХ, Pharma, Czechıa, 0,3 мкг/1000г веса) и атропина сульфат (Воронеж, Россия, 0,2 мг/100г веса), соответственно. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statıstıca 5.0

Результаты исследований показали, что у интактных самок и самцов базальные уровни ср.АД практически не различались. Ишемия почки привела к развитию гипертензии более выраженной у самцов, чем у самок. Развитие гипертонии характеризовалось более значительным повышением ср.АД у овариэктомированных самок по сравнению с гипертензивными интактными самками. У самцов удаление гонад на фоне развития гипертонии привело к меньшему увеличению ср.АД, чем у гипертензивных интактных самцов.

У самок по сравнению с самцами наблюдалась повышенная чувствительность к модуляции холинергических влияний в условиях нормы и при развитии гипертонии. Гонадэктомия привела к снижению кардиальной и васкулярной чувствительности к АЦХ у самок, но не у самцов. Введение атропина сопровождалось длительной тахикардией, выраженность которой у овариэктомированных самок была примерно в 2 раза ($p<0,05$) меньше, чем у интактных особей. В отличие от самок, кастрация самцов не вызывала существенных изменений в хронотропной чувствительности к атропину.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что устойчивость к развитию почечной гипертонии понижается у овариэктомированных самок и повышается у кастрированных самцов. Чувствительность сердечно-сосудистой системы к модуляции холинергических влияний снижается при овариэктомии самок и не изменяется при кастрации самцов. Данный факт свидетельствует о том, что антигипертензивные эффекты эстрогенов в значительной мере опосредуются через холинергические механизмы, а прогипертензивные эффекты андрогенов связаны с иными механизмами.

Исследования выполнены при поддержке гранта ФЦП "Научные и научно-педагогические кадры инновационной России" на 2009-2013 годы, НК-30П, № П1257.

0092 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бердникова Л.В., Боровков Н.Н., Добротина И.С.
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Цель: исследовать особенности суточного профиля АД и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов, страдающих артериальной гипертонией II ст. (АГ) в сочетании с бронхиальной астмой (БА) средней степени тяжести в фазе обострения (отсутствие контроля).

Методы исследования. Обследовано 28 женщин, страдающих АГ и БА средней степени тяжести в фазе обострения. Средний возраст составил 53,5±10,2 лет. Диагноз АГ установлен в соответствие с критериями ВНОК от 2008г., БА — критериями GINA 2008г. Критериями исключения являлись: хроническая сердечная и дыхательная недостаточность II и выше ст., ИБС, сахарный диабет, обострение сопутствующей патологии, психическая патология, прием психотропных препаратов на момент обследования. Длительность течения АГ составила 7 лет (от 2 до 15 лет), БА — 4 года (от 1 месяца до 32 лета). У 6 пациенток БА предшествовала АГ. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), тестирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы Спилберга-Ханина. Исследование проведено на фоне гипотензивной терапии (иАПФ, блокаторы кальциевых каналов и диуретики). Терапия обострения БА проводилась в соответствии с рекомендациями GINA 2008г. Для анализа результатов использованы методы параметрической и непараметрической статистики.

Полученные результаты: Умеренное повышение систолического АД (САД) выявлена у 42,9 % больных в дневные часы и 46,4 % — в ночные; умеренное повышение диастолического АД (ДАД) — у 21,4 % больных днем и 43 % ночью. Индекс времени САД днем превышал норму в 57,0 %, для ДАД в 40,0 % случаев. У 60,7 % больных нарушен суточный ритм САД (50 %

— “нондипперы”, 10,7 % — “найтпикеры”), у 35,7 % — ДАД (21,4 % “нондипперы”, 14,3 % “гипердипперы”). Отмечены больший рост (в 40,0 % случаев) и скорость (у 82 % больных) повышения ДАД в утренние часы. По данным теста HADS более выражены и распространены были проявления тревоги (выявлены у 85,7 %), нежели депрессии (57,0 %). У 100 % больных выявлялись повышенные уровни личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ) с преобладанием процента выраженной ЛТ (79,2 % и 62,5 % соответственно). Корреляционный анализ показал наличие прямой связи между уровнем тревоги, выявленной по данным HADS и дневной вариабельностью САД и ДАД, уровнем депрессии и вариабельностью САД и ДАД в дневные и ночные часы. Скорость утреннего повышения ДАД тесно взаимосвязана с ЛТ; СТ ассоциирована с суточным индексом САД.

Выводы. Для пациентов с сочетанием АГ и БА средней степени тяжести в фазе обострения на фоне терапии обоих заболеваний характерна высокая встречаемость нарушений суточного ритма АД, повышение величины и скорости роста ДАД в утренние часы. Отмечаются высокие уровни личностной и ситуационной тревоги. Повышение уровня тревоги ассоциировано с нарушением регуляции АД в утренние часы. Тревожные расстройства ассоциированы с нарушением суточного ритма, величиной и скоростью АД.

0093 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Березикова Е.Н, Попова А.А., Шилов С.Н., Яковлева Н.Ф., Гребенкина И.А., Тепляков А.Т., Маянская С.Д, Торим Ю.Ю., Лукша Е.Б., Захарова Т.И.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: изучение взаимосвязи полиморфизма гена индуцибельной NO-синтазы (iNOS) (CCTTT) n, Glu298Asp и диаллельного полиморфизма в 4-м интроне — VNTR intron 4 (4a/4b полиморфизм) гена эндотелиальной NO-синтазы (eNOS) с состоянием функции эндотелия у больных ХСН.

Материалы и методы: Обследовано 165 пациентов с ХСН (56,7±5,3лет). Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым методом в пробе с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Идентификацию генотипов проводилась с помощью ПДРФ-анализа ПЦР-продуктов. В группу контроля вошли 114 человек (53,2±4,9лет), не имевших по данным обследования признаков сердечно-сосудистых нарушений.

Результаты. В ходе проведенного исследования выявлено, что увеличение количества повторов полиморфного локуса (CCTTT) n гена iNOS до 14 ассоциировано с развитием и функционального класса тяжести клинических проявлений ХСН, в то время как при уменьшении количества повторов (CCTTT)10 наблюдалось снижение тяжести течения заболевания. Кроме того, аллель Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS в гомозиготном состоянии ассоциирован с клиническими проявлениями и неблагоприятным течением ХСН, тогда как, носительство аллеля Asp полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS проявило себя как протективный фактор. У лиц, гомозиготных по аллелю Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS, диагностировались более выраженные нарушения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) по сравнению с носителями аллеля 298Asp. В ходе исследования не было обнаружено тесных ассоциативных взаимосвязей между полиморфизмом VNTR intron 4 гена eNOS и характером течения заболевания, а также с развитием сосудодвигательной дисфункции эндотелия у больных ХСН.

Выводы: Установлены ассоциативные взаимосвязи полиморфизма генов iNOS (CCTTT) n) и eNOS (Glu298Asp) с нарушением эндотелийзависимой вазодилатации и тяжестью течения ХСН.

0094 ПРЕДИКТОРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Берштейн Л.Л., Новиков В.И., Вишневский А.Ю., Гришкин Ю.Н.
ГОУ ДПО “Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования” Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на уменьшение частоты развития сердечной недостаточности (СН) в остром периоде инфаркта миокарда (ОИМ), отмечается сохранение ее роли, как причины госпитализаций и смертности в отдаленные сроки. Закономерности отсроченного развития СН после ОИМ изучены относительно мало.

Цель. Изучение прогностической ценности ряда исходных клинических и инструментальных показателей в отношении развития СН в течение года после ОИМ.

Методы. Обследовано 123 пациента 59±10 лет без предшествующей СН, перенесших ОИМ с подъемом сегмента ST и системный тромболизис, а затем получавших медикаментозную терапию согласно существующим стандартам. Клинические параметры оценивали при поступлении и в конце исследования. Электрокардиографические параметры анализировали до и через 3 ч после тромболизиса (ЭКГ-1 и ЭКГ-2). Эхокардиографические предикторы СН оценивали до тромболизиса и при выписке (эхоКГ-1 и эхоКГ-2). Через 12 мес. пациенты, закончившие наблюдение, составили группы СН0 (класс I NYHA) и СН1 (классы II-IV NYHA). Результаты. В группу СН1 вошло 54 пациента (44 %), 43 из которых были отнесены ко II классу NYHA; в группу СН0 вошло 69 пациентов. Пациенты группы СН1 были старше: 62±10 лет по сравнению с 56±10 г в группе СН0, p=0,001. В группе СН1 по сравнению с группой СН0 было больше пациентов с передним ОИМ: 45 (83 %) против 30 (44 %), больше число отведений с элевацией ST на ЭКГ-1 — 5,6±0,2 vs 4,4±0,2, больше максимальная элевация ST в одном отведении и суммарная элевация ST на ЭКГ-1 (5,3±0,3 мм vs 4,0±0,3 мм и 18,0±1,4 мм vs 12,9±1,1 мм, соответственно) и на ЭКГ-2 (2,5±0,2 мм vs 1,7±0,2 мм и 8,2±0,9 мм vs 5,3±0,6 мм, соответственно), все $p<0,05$. В группе СН1 был отмечен более высокий эхокардиографический индекс локальной сократимости при эхоКГ-1 (1,81±0,05 vs 1,57±0,05) и эхоКГ-2 (1,78±0,03 vs 1,49±0,04), больший конечно-систолический объем (32±2 мл/м^2 vs 25±1 мл/м^2) и митрально-септальная сепарация (9,7±0,5 мм vs 8,1±0,5 мм) при эхоКГ-2, все $p<0,05$. По результатам регрессионного анализа, независимое влияние на развитие СН через 12 мес. оказывал возраст пациентов (ОШ =1,06, 95 % ДИ 1,01-1,12). Его значение > 67 лет обладало чувствительностью 46 % и специфичностью 90 % в прогнозировании СН.

Выводы. Анализ ряда электрокардиографических и эхокардиографических показателей острого периода позволяет прогнозировать развитие сердечной недостаточности в течение первого года после перенесенного инфаркта миокарда. Наиболее высокий риск клинической манифестации сердечной недостаточности имеют пациенты старшей возрастной группы.

0095 КАКИЕ ПАЦИЕНТЫ, ПЕРЕНЕСШИЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА ИМЕЮТ БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бессонова Н.А., Комарова Д.В., Яковлев В.В.
СПб ГУЗ “Городская больница № 28 “Максимилиановская””, Санкт-Петербург, Россия; СПб ГУЗ “Городская больница Святого Георгия”, ВМА им.С.М.Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность вопроса: постоянный рост сердечно-сосудистой патологии, не только за счет лучшей диагностики, но и за счет реального увеличения, увеличение числа больных с недостаточностью кровообращения, требует дополнительных исследований в этой области, даже в казалось бы изученных вопросах, поэтому разработать достоверные критерии выявления предикторов развития СН, в том числе и у больных, переносящих ИМ является одной из самых актуальных проблем.

Цель работы: изучить предикторы развития сердечной недостаточности (СН) у больных в ранний постинфарктный период (до трех недель).

Материалы и методы. Обследовано 100 больных инфарктом миокарда (ИМ) в ранний постинфарктный период. Кроме рутинных методов, коронарная ангиография проведена 40 пациентам. Обследование больных проводилось в первые 14-20 суток, т. е. практически в остро-подостром периоде. При этом у 45 больных выявлена СН I-III функционального класса (ФК) по NYHA. Соответственно, пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия СН или отсутствия таковой. У данных групп были рассмотрены многие известные факторы риска, и была сделана попытка ранжировать их по значимости, а так же выявить что-либо дополнительно.

Результаты. Установлено, что больные в первые три недели развития ИМ, у которых развивается (а не присутствовала ранее) СН, по сравнению с больными с аналогичным сроком ИМ без СН достоверно чаще имели повторные ИМ, чаще переносили инфаркты передней стенки с зубцом Q, отличались более выраженным поражением коронарного русла атеросклерозом, чаще имели сопутствующий сахарный диабет (СД), избыточную массу тела, чаще имели "ночные" или возникшие во сне ИМ. Вместе с тем, такие прогностические неблагоприятные факторы, как наследственная отягощённость по ИБС, курение в нашем исследовании не показали дополнительной негативной предсказательной ценности относительно развития сердечной недостаточности.

Заключение. Таким образом, по нашим данным, кроме известных ранее достоверных предикторов, таких как инфаркт миокарда с зубцом Q, ИМ передней локализации, повторный ИМ, более тяжёлое атеросклеротическое поражение коронарного русла, предикторами развития сердечной недостаточности у больных, перенесших инфаркт миокарда, являются, в частности, время возникновения ИМ (ночью во время сна) и метаболические нарушения, на фоне которых протекает ИМ (СД).

0096 ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

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

Известно, что уровень инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России, как и во всем мире, увеличивается. Ведущее место в структуре смертности при этих состояниях занимает недостаточность кровообращения (НК), основной причиной которой остается инфаркт миокарда (ИМ). Известно, что даже при наличии тяжелого поражения коронарного русла достоверно верифицировать ИМ по данным ЭКГ, кардиомаркеров и т. п. не представляется возможным по различным данным в от 10 до 30 % случаев. В такой ситуации новые медицинские технологии, направленные на решение проблемы достоверной верификации процесса приобретают большое значение.

Цель исследования — изучение соотношения показателей ЭхоКГ-исследования с другими показателями, подтверждающими наличие клинически достоверного острого ИМ с низкой сократимостью левого желудочка в остром периоде заболевания.

Исследовали 135 больных ИМ с фракцией выброса крови из левого желудочка (ФВ) менее 50 %, определенной в первые 48 часов заболевания методом двухмерной эхокардиографии (ЭхоКГ). Необходимо отметить, что у 79 % обследованных ФВ оказалась ниже 40 %. Все больные получали каптоприл (ИАПФ) в дозе 25-75 мг в сутки, начиная с первых часов ИМ. Никто из обследованных в остром периоде не подвергался инвазивному лечению, тромболизис выполнен в единичных случаях. У 60 % больных имел место передний ИМ (средний возраст 63,8), средняя ФВ первых 48 часов составила 31,3. У 31 % оказался задний ИМ (средний возраст 58,8), средняя ФВ — 33,4 %, сочетанной субтотальной локализации 9 %, (средний возраст 64.5), средняя фракция выброса 32.4. Локализация определялась по ЭКГ, независимо по ЭхоКГ. Внутрибольничная летальность среди этих больных достигла 1,0 %. Типичные изменения ЭКГ в остром присутствовали у 80 % пациентов, кардиомаркеры были достоверно изменены у 79 %, нарушение локальной подвижносит участков миокарда четко было выявлено лишь у 67 %, данные группы пересекались, не были полностью идентичны и полное совпадение всех четырех положительных признаков (клинические, лабораторные, электрокардиографические и эхокардиографические) имело место лишь примерно в половине случаев. Дальнейшее наблюдение за больными позволило достоверно выявить закономерную динамику течения инфарктов миокарда, сопровождающуюся закономерными изменениям ферментов, ЭКГ, ЭхоКГ.

Выводы — наличие низкой глобальной сократимости левого желудочка даже при отсутствии нарушения локальной, при отсутствии достоверных изменений со стороны кардиомаркеров или достоверных ЭКГ признаков при наличии клинических данных может говорить в пользу имеющегося текущего острого инфаркта миокарда и высокой вероятности коронарной субокклюзии или окклюзии коронарного русла.

0097 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бехбудова Д.А., Ахмедова Т.А., Касумов З.И.
НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Для решения поставленных в настоящем исследовании задач обследованы 2 группы организованного населения г. Баку: 1-ю гр. составили 187 женщин из числа сотрудников 2-х НИИ, т. е. занимающихся преимущественно умственным трудом (УТ) (ср. возраст: 41,6±1,1 лет); 2-ю гр.-136 женщин, работающих на швейной фабрике и машиностроительном заводе, т. е. занимающихся преимущественно физическим трудом (ФТ) (ср.возраст: 45,4±0,89 лет). Наибольшее количество женщин 1-й гр. имели высшее образование (77 %). Во 2-й гр. преимущественное число женщин (80,9 %) имели среднее образование. Обследование проводили с помощью набора стандартных методов эпидемиологических исследований в кардиологии.

При сравнительном анализе полученных результатов исследования было установлено, что в обеих группах достаточно редко встречались лица, не имевшие ни одного фактора риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (17,2 % и 9,6 %). Среди женщин обеих групп наиболее часто встречающимся ФР ССЗ оказалась избыточная масса тела (ИМТ). При этом во 2-й гр. ИМТ встречалась достоверно чаще по сравнению с 1-й группой (72,8 % и 50,3 %). Значительно чаще по сравнению с 1-й гр.во 2-й гр. встречались лица с высокими значениями индекса Кетле (>29) (51,5 % и 25,1 %) и с абдоминальным типом ожирения (51,5 % и 27,3 %). При сравнительном изучении показателей липидного спектра крови среди женщин с ИМТ были установлены следующие различия между исследуемыми группами: в 1-й гр. (32,4 %) почти в 2 раза чаще по сравнению со 2-й гр. (14,3 %) встречались случаи гиперхолестери-

немии (>6,5 ммоль/л). Во 2-й гр. значительно превалировали случаи гипо-α-ХС по сравнению с 1-й гр. Следует отметить, что практически у каждой третьей женщины с ИМТ в 1-й гр. (32,4 %) и почти у половины женщин с ИМТ во 2-й гр. (45,2 %) выявлено наличие метаболического синдрома (в соответствие с руководством ATP III (США) 2001г.). Следующим по частоте встречаемости ФР ССЗ среди женщин 2-й гр. оказалась артериальная гипертония (АГ), выявленная практически у каждой третьей обследованной (32,4 %). Среди женщин 1-й гр. АГ встречалась несколько реже и занимала третье место в ряду основных ФР ССЗ (26,1 %). Среди работников ФТ значительно чаще по сравнению с работниками УТ встречались больные АГ, не обращавшиеся за помощью к врачам-специалистам соответствующего профиля и не принимавшие регулярного лечения по поводу своего заболевания. В 1-й гр. на втором месте по частоте встречаемости оказалась низкая физическая нагрузка (НФА) (27,3 %). Во 2-й гр. НФА отмечена лишь в 2,2 % случаев. Соответственно, среди женщин 1-й гр. достоверно чаще по сравнению со 2-й гр. отмечались случаи сочетания ИМТ с НФА (12,2 % и 2,9 %), а среди женщин 2-й гр. достоверно чаще отмечались случаи сочетания ИМТ с АГ (29,4 % и 14,4 %). Интересно, что среди женщин 2-й гр. (ФТ) более, чем в 2 раза чаще по сравнению с женщинами 1-й гр. (УТ) отмечались случаи ранней менопаузы (27,2 % и 13,9 %). По результатам проведенного исследования степень информированности по вопросам профилактики ССЗ среди женщин из группы ФТ оказалась значительно ниже по сравнению с женщинами из группы УТ.

Таким образом, в настоящем исследовании установлен высокий уровень распространенности основных ФР ССЗ и их сочетаний среди женщин, занимающихся как умственным, так и физическим трудом. В то же время по данным сравнительного анализа среди работников ФТ ситуация в отношении ССЗ оказалась несколько хуже по сравнению с работниками УТ. Указанное в большей степени можно связать с выявленными различиями в уровне образования, степени информированности по вопросам профилактики и лечения ССЗ, а также с различиями условий труда женщин в исследованных популяциях.

0098 ЛЕЧЕНИЕ ИБС, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ЭУТИРЕОИДНЫМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Бибарсова А.М., Рахматуллов Ф.К.
Медицинский институт ПГУ, кафедра “Внутренние болезни”, Пенза, Россия

Цель работы оценить толерантность к физической нагрузке методом ВЭМ и провести сравнительную оценку эффективности патогенетической терапии больных стабильной стенокардией и стенокардией в сочетании с эутиреоидным узловым зобом у амбулаторных больных трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях нами обследовано 28 больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения 2 ФК в возрасте от 45 до 57 лет (средний возраст 52,4 года). Все больные были разделены на 2 группы: первая группа 15 человек — с ИБС стабильной стенокардией 2 ФК, вторая группа 13 пациентов — с ИБС стабильной стенокардией напряжения 2 ФК в сочетании с эутиреоидным узловым зобом. Обследование на ИБС включало анализ липидного спектра, УЗИ сердца, ЭКГ и нагрузочную пробу — ВЭМ. Обследование щитовидной железы включало физикальный осмотр с пальпацией, УЗИ щитовидной железы, лабораторное исследование: общий трийодтиронин (Т3), свободная фракция тироксина (св.Т4) и тиреотропный гормон гипофиза (ТТГ). За 7 дней до включения в исследование больным отменяли антиангинальную терапию. Исходно и через 16 недель терапии всем пациентам проводили пробу с физической нагрузкой методом ВЭМ. На протяжении 16 недель пациенты без патологии щитовидной железы получали селективный бета — адреноблокатор Конкор в дозе 5 мг 1 раз в сутки. Больные эутиреоидным узловым зобом принимали комбинацию препаратов Конкор 5мг в сутки и L-тироксин в дозе 50-75 мкг однократно утром.

Результаты. Исходное УЗИ щитовидной железы выявило у 13 пациентов наличие узловых образований с максимальным диаметром узлов до 3 см. Уровень Т3, Т4св., и ТТГ — норма. У 15 пациентов патологии щитовидной железы не выявлено. По исходным данным ВЭМ проб переносимость нагрузки распределилась следующим образом. В первой группе: у 3 больных (20 %) по ЭКГ — депрессия сегмента ST на 2,5мм, у 8 пациентов (53 %) по ЭКГ — депрессия сегмента ST 2,5 мм, у 4 больных (27 %) по ЭКГ — депрессия сегмента ST 2мм при нагрузке 75 Вт, 80 Вт и 85 Вт. Во второй группе: у 5 пациентов (38 %) по ЭКГ — депрессия сегмента ST 2,8мм, у 7 больных (53 %) по ЭКГ — депрессия сегмента ST до 2мм при нагрузке 70 Вт и 85 Вт. После лечения в первой группе переносимость физической нагрузки достоверно возросла на 85Вт, 90Вт и 95Вт, колебания сегмента ST составили 1,8мм (+0,2). Во второй группе переносимость нагрузки возросла незначительно и составила 75Вт и 85Вт. А величина ишемической депрессии сегмента ST во всех случаях оставалась прежней — 2,8мм, 2мм и 2,5мм.

Выводы. Исходная переносимость физической нагрузки больными в обоих группах была примерно одинаковой и составляла в среднем 80 Вт, ишемические изменения на ЭКГ были более выраженными во второй группе (2,4 мм). После проведенного лечения у больных первой группы отмечалось повышение, а у больных второй группы снижение толерантности к физической нагрузке.

0099 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ КЛАССОВ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бирюкова Н.Б., Топчий О.С., Шацкова Т.М.
ГУЗ ПККБ № 1, Владивосток, Россия

Цель работы: оценить эффективность гипотензивной терапии различными группами препаратов в профилактике пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: в исследование включены 49 пациентов с АГ и пароксизмами ФП, средний возраст которых составил 57,3 г. Из них 28,3 % были мужчины, 71,7 % женщины. Пациенты были разделены на две группы. 1-я группа получала иАПФ рамиприл (использовался препарат Амприлан компании KRKA) или АРА лозартан (Лориста KRKA) в сочетании с другими гипотензивными препаратами. 2-я группа принимала другие гипотензивные препараты (дигидропиридины пролонгированного действия, диуретики, ß-адреноблокаторы, блокаторы имидозалиновых рецепторов). Пациенты обеих групп получали аспирин в дозе 0,1 гр./сут., амиодарон (Кордарон компании Санофи-Авентис) в средней поддерживающей дозе 0,2 г./сут. Всем пациентам исходно и через год проводилась ЭхоКГ, исследование холестерина, глюкозы, креатинина, калия крови. Т.к. гипертрофия стенок левого желудочка в обеих группах не превышала 13 мм, для купирования пароксизмов ФП использовался пропафенон (Пропанорм, ПРО.МЕД.ЦС Прага) в дозе 0,450 — 0,600 гр., однократно.

Результаты: у 81,3 % пациентов, включенных в исследование, исходно цифры АД были повышенными, количество симптомных приступов ФП составляло 2,3/мес. На фоне приема комбинированной гипотензивной и ААТ в 1-ой группе целевых уровней АД удалось добиться у 83,7 % пациентов, при этом количество приступов ФП снизилось до 0,8/мес. к концу первого года лечения. У пациентов 2-ой группы: контроля за уровнем АД удалось добиться у 75,8 % пациентов, при этом количество приступов ФП снизилось до 1,6/мес.

Выводы: применение гипотензивных препаратов (иАПФ, АРА), положительно влияющих на процессы ремоделирования в сердце, имеет преимущества перед другими группами

гипотензивных препаратов в предупреждении пароксизмов ФП у пациентов с АГ.

0100 ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Бичан Н.А., Рыжова Т.А., Рейдер Т.Н.
ГОУДПО "Новокузнецкий ГИУВ", ГБУЗ НСО "Государственная Новосибирская Областная Клиническая Больница", Новосибирск, Россия

Целью данного исследования было изучение особенностей течения и частоты осложнений ОИМ у женщин разных возрастных групп. Исследование проводилось на базе кардиологического отделения Новосибирской областной клинической больницы. В исследование включено 212 женщин, перенесших ОИМ первичный либо вторичный. Диагноз ИМ выставлялся согласно критериям ВОЗ с учетом клиники, ЭКГ изменений и биохимических показателей, включая тропонины I или T, КФК-МВ. Все больные, разделенные на 2 группы. Первая группа включала в себя 76 пациенток в возрасте от 30 до 59 лет, средний возраст 51,51±6,05 лет. Во второй группе 136 женщин от 60 до 89 лет, средний возраст 71,65±7,07 лет. Первичный ИМ преобладал у пациенток первой группы (94,7±2,6 % против 75±3,7 %), а повторный ИМ у женщин второй группы (25±3,7 % и 5,3±2,6 %, p<0,05). По глубине поражения трансмуральный инфаркт миокарда чаще встречался у пациенток пожилого и старческого возраста, чем у женщин молодого и среднего возраста (25,7±3,7 % и 16,2±1,1 %, соответственно). Достоверных различий в двух группах женщин по крупноочаговому и мелкоочаговому ОИМ не обнаружено. По локализации поражения миокарда у пациенток второй группы чаще наблюдался ИМ переднерегородочной локализации (22,2±3,6 %), а также циркулярное поражение всех стенок левого желудочка (5,1±1,9 %), что было достоверно больше чем в первой группе (12,1±3,8 % и 1,4±1,3 % соответственно). Вместе с тем у женщин среднего возраста чаще встречалось поражение нижней стенки левого желудочка (28,9±5,2 % и 12,5±2,8 %, p>0,05 соответственно). Диагностическая коронарография проведена у 50 женщин. При этом, конечно же, она чаще выполнялась у женщин молодого и среднего возраста (у 32,4±5,4 %) и только у 18,4±3,3 % пациенток старшей возрастной группы. Летальность среди женщин пожилого возраста составила 22,6 % и была в два раза выше, чем среди женщин среднего возраста 11,8 %. При этом среди женщин старше 80 лет она достигала 39,4 %. Течение ОИМ у женщин пожилого и старческого возраста чаще осложнялось развитием острой сердечной недостаточностью (ОСН) 3-4 функционального класса по Киллип. Так кардиогенный шок во второй группе отмечался у 19,1±3,4 % женщин, что было достоверно чаще, чем в первой (5,4±2,6 %, p>0,05). Отек легких во второй группе наблюдался у 17,6±3,3 % пациенток, что было достоверно чаще, чем в первой (4,05±2,3 %). Жизненно угрожаемые нарушение ритма чаще регистрировалось у пациенток второй группы (24,3±3,7 %), чем в первой группе (8,1±3,1 %, p>0,001). Также в старшей возрастной группе достоверно чаще наблюдалось рецидивирующее течение ОИМ (15,4±0,78 % и 5,4±2,6 % соответственно). Вместе с тем ранняя постинфарктная стенокардия чаще осложняла течение ОИМ у женщин молодого и среднего возраста (44,7±5,7 %), чем в у пациенток пожилого и старческого возраста (18,4±3,3 %, p>0,05), что требовало более раннего направления этих женщин на коронарографию для решения вопроса о возможности оперативного лечения. Статистически значимых различий в нарушениях проводимости (5,1±1,9 % и 6,7±2,9 %) и образовании острой аневризмы (8,1±3,1 % и 9,6±2,5 %) не наблюдалось. Вместе с тем в первой группе синдром Дресслера зарегистрирован в 5,4±2,6 % случаев и не наблюдался во второй группе пациенток. Хорошо известно, что пожилой возраст и глубина ИМ являются предикторами разрыва стенки левого желудочка. В нашем исследовании гемотампонада, как причина смерти зарегистрирована у 9,6±2,5 % больных пожилого и старческого возраста, и не наблюдалась в группе пациенток среднего возраста. Тромбоэмболия легочной артерии, как причина смерти отмечена у одной пациентки второй группы и не наблюдалась в первой.

0101 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРИНДОПРИЛА И БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Блохина Э.А.
ГОУ ВПО Ниж ГМА Минздравсоцразвития, Нижний Новгород, Россия

Цель: сравнить антигипертензивный эффект периндоприла (П) и бисопролола (Б) и их влияние на уровень NT-proBNP у больных средней возрастной группы с впервые выявленной неосложненной эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Методы: в исследовании принимали участие 60 пациентов (29 мужчин и 31 женщина) средней возрастной группы (средний возраст которых составил45,6±9,4 лет), страдающих впервые выявленной неосложненной эссенциальной АГ 1 степени без сопутствующей кардиологической патологии (длительность заболевания — 4,2+1,8 лет). 30 пациентов (17 мужчин и 13 женщин) на фоне стандартной диеты получали однократно утром П (престариум, фармацевтическая группа Servier, 4 мг/сутки) и 30 пациентов (12 мужчин и 18 женщин) получали Б (конкор, фармацевтическая группа Nycomed, 5 мг/сутки). Всем пациентам осуществлялись суточное мониторирование артериального давления (АД), ЭхоДКГ, исследование NT-proBNP в сыворотке крови (до лечения и через 12 месяцев терапии).

Результаты: В 98 % случаев наблюдалось повышение уровня NT-proBNP крови вне зависимости от пола пациентов. На фоне монотерапии в течение 1 года целевой уровень АД был достигнут у 54 пациентов (90 %) — 26 больных (86 %), получающих П (средняя доза П составила 3,68 мг/сутки) и 28 пациентов (93 %), получающих Б (средняя доза Б составила 4,78 мг/сутки). Отмечается различие в снижении показателей NT-proBNP крови на фоне лечения. При приеме П достоверно снизились показатели до целевых значений у 28 пациентов (93 %) вне зависимости от пола, что отличает его от бисопролола. На фоне приема последнего отмечается снижение показателей NT-proBNP крови у 17 пациентов (55 %) вне зависимости от пола.

Выводы: П и Б обладают достоверным антигипертензивным эффектом, однако П, как ингибитор АПФ, в большей степени чем Б, как ß-блокатор, обеспечивает снижение уровня NT-proBNP.

0102 НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Бобокалонова М.Р.
Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

В Республике Таджикистан (РТ) в настоящее время назрела необходимость организации и проведения первичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) с использованием современных методических установок ВОЗ.

Цель: Изучена распространённость ИБС и её основных факторов риса (ФР) в различных регионах РТ в рамках внедрения "Национальной программы профилактики, диагностики и лечения ИБС на период 2007-2015гг".

Методы: нами осуществлен анализ официальных данных по учету первичной заболеваемости и общей распространенности ИБС в РТ за последние 5 лет. При этом использованы данные центра медицинской статистики Министерства Здравоохранения РТ, Ежегодник: "Здоровье населения в РТ", Демографический ежегодник РТ, Государственная статистическая отчетность МЗ РТ "Отчёт о числе заболеваний, заре-

гистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения", статистические материалы ВОЗ, а также осуществлены скрининговые исследования в пилотных районах РТ.

Результаты: Анализ актуальной ситуации по первичной заболеваемости и распространенности ИБС и её основных ФР в различных регионах РТ показал, что основной причиной смерти населения РТ остаётся ИБС, на долю которой в структуре кардиоваскулярной смертности приходится 42,8 % (2008). Распространенность ИБС выросла с 728,5 (2004) до 843,9 (2008), на 100 тыс. взрослого населения, т. е. на 15,8 %. По распространенности основных ФР ИБС за период 2004-2008 гг. на 100 тыс. взрослого населения отмечается: сахарный диабет с 418,5 до 530,8 (рост на 26,8 %); ожирение с 30,9 до 57,0 (рост на 84,5 %). В то же время прирост артериальной гипертензии отмечен всего на 5,5 % (с 1470,4 до 1551,2). При этом скрининговые исследования обнаружили более высокую распространенность артериальной гипертензии, истинные показатели которой были в 4-6 раз выше данных обращаемости. Аналогичная картина отмечена и при исследовании ожирения и сахарного диабета II типа. Процент внутреннего валового продукта (ВВП), инвестированного в систему здравоохранения РТ поднялся с 3,3 % (2001) до 4,1 % (2009), тем не менее, ВВП на душу населения в РТ остаётся самым низким среди стран СНГ и составляет 614 долларов США (2008).

Выводы. Для благоприятного изменения эпидемиологической ситуации необходимо разработать и осуществить комплекс широкомасштабных социальных и медицинских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни населения, внедрение образовательной программы среди населения, особенно в проблемных регионах РТ и обеспечить адекватное финансирование сектора здравоохранения.

0103 ПРОГНОЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Богмат Л.Ф., Рак Л.И., Ахназарянц Э.Л., Михальчук О.Я., Молева В.И.
ГУ "Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины", Харьков, Украина

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), независимо от фонового заболевания сердца, характеризуется постепенным прогредиентным развитием, определяемым необратимыми процессами нейрогуморальной гиперактивации. Сегодня приоритетным направлением является профилактика прогрессирования ХСН на ранних стадиях ее формирования.

Цель исследования: обоснование принципов профилактики ХСН на основании определения факторов прогрессирования систолической дисфункции сердца у детей с патологией миокарда.

Обследовано 270 детей 10-18 лет, из них у 59 диагностирован миокардиофиброз после перенесенного кардита, 150 имели синдром дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС), 61 — хронические нарушения ритма и проводимости. В динамике через год обследовано 128 человек. Группа контроля — 67 здоровых сверстников. Изучались: морфофункциональные характеристики сердца (ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ), суточная экскреция катехоламинов с мочой (флуорометрическим методом по Матлиной Э.Ш.с соавт., 1965); активность ренина плазмы, содержание ангиотензина-II, альдостерона крови радиоиммунологическим методом ("IMMUNOTECH", Чехия); уровни эндотелина-1 плазмы ("Endotelin-1", Austria) и интерлейкинов-1β, -6, ФНО-α методом иммуноферментного анализа (тест-системы "Вектор-Бест" (Россия); калий, натрий, кальций, магний в крови турбидиметрическим методом.

У 25,4±5,7 % детей с МФ, 17,8±3,8 % детей с ДСТС и 12,4±4,3 % фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) была значительно снижена и находилась в пределах от 42,0 до 55,0 %. Через год негативная динамика, заключавшаяся в снижении ФВЛЖ ниже 55,0 %, минутного объема (МО) ниже 4,0 л/мин., увеличении размеров левого и правого желудочков, отмечена у 55,2±9,2 % детей, перенесших миокардит, 38,1±7,5 % детей с ДСТС и у 39,5±7,9 % с аритмиями. Ухудшение функциональной способности миокарда происходило на фоне повышения активности ренина плазмы (0,64±0,21 нг/мл/час против 0,62±0,23 нг/мл./час при положительной динамике, $p_ф<0,01$), уровней ангиотензина-II (29,02±3,38 пмоль/л против 19,07±3,76 пмоль/л, $p_u<0,05$), эндотелина-1 (1,35±0,98 фмоль/л против 0,65±0,13 фмоль/л, $p_ф<0,01$) и ИЛ-6 (6,09±1,23 против 3,77±0,86 пг/мл, $p_u<0,05$).

Установлено, что неблагоприятную динамику и, соответственно, прогрессирование ХСН определяет комплекс факторов: увеличение систолических размера и объема ЛЖ, размера левого предсердия и правого желудочка, истончение стенки миокарда, повышение активности ренина, уровней ангиотензина-II, альдостерона, ИЛ-6, ФНО-α, гипомагниемия. С помощью регрессионного анализа разработана модель прогрессирования ХСН, позволяющая на основании показателей симпато-адреналовой (адреналин, норадреналин и дофамин мочи) и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем (ренин, ангиотензин-II, альдостерон) определить ожидаемый прогноз у конкретного пациента и тактику терапии.

0104 ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Богоявленская О.В., Ослопов В.Н., Щербаков В.А., Ганеева К.И.
ГОУ ВПО "Казанский ГМУ Росздрава", МУЗ "Городская клиническая больница № 11", Казань, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) — чрезвычайно важная медико-социальная проблема (высокий риск осложнений, широкая распространенность — 40 % среди населения в возрасте от 15 лет, недостаточный контроль артериального давления в масштабе популяции). Генетически детерминированное функциональное состояние клеточных мембран, оцениваемое по скорости натрий-литиевого противотранспорта в мембране эритроцита (Na+-Li+-ПТ), является одной из составляющих наследственной отягощенности по АГ (Ю.В.Постнов, 1987; В.Н.Ослопов, 1995). Высокий полиморфизм и необычайная компактность тесно сцепленных локусов делают систему HLA надежным маркером в популяционно-генетических исследованиях и в изучении генетической предрасположенности к различным заболеваниям (S.T.Turner, 1985).

У женщин организованной популяции г. Казани (средний возраст 48,1±0,6) с АГ [128 (56,4 %) женщин] и с нормальным АД [99 (43,6 %) женщин] изучено функциональное состояние клеточных мембран по скорости Na+-Li+-ПТ в мкмоль Li/л кл. в ч (мкМ Li) [M.Canessa, 1980] и проведено HLA-фенотипирование методом двухступенчатой микролимфоцитарной цитотоксичности (P.Terasaki, J.McCleland, 1964).

Частота встречаемости HLA-фенотипов среди женщин, больных АГ, достоверно отличалась от здоровых женщин по антигенам A23(9), B60 (антигены-протекторы АГ), B40 (антигены-риска АГ). Сочетанное изучение HLA с величинами скорости Na+-Li+-ПТ показало неодинаковое сцепление с АГ различных HLA антигенов в квартилях (КВ) скорости Na+-Li+-ПТ, что демонстрирует многообразный вклад в реализацию предрасположенности к АГ в КВ скорости Na+-Li+-ПТ: в I КВ (<193 мкМ Li — низкая скорость) Cwx — антиген-риска АГ; во II КВ (194-265 мкМ Li — средняя скорость) — B41 и B51(5), антигены-протекторы АГ, в III КВ (266-342 мкМ Li — умеренно высокая скорость) достоверных различий нет, в IV КВ (> 343 мкМ Li — высокая скорость Na+-Li+-ПТ) — A29(34), B45(12) и B48 являются антигенами-протекторами АГ.

Выявленная неоднородность распределения женщин, больных АГ, в КВ скорости Na+-Li+-ПТ (наибольшее сосредоточение женщин с АГ отмечается преимущественно в III и IV КВ, т. е. начиная с величин 266 мкМ Li) открывает боль-

шие возможности для проведения адресной индивидуальной первичной профилактики АГ: если здоровые женщины "принадлежат" к III и, тем более, к IV КВ скорости Na+-Li+-ПТ, они относятся к группе риска по развитию АГ, следовательно, им следует проводить раннюю активную профилактику АГ путем коррекции факторов риска АГ, усиленной мотивированной пропаганды здорового образа жизни, соответствующих рекомендаций по трудоустройству и др. Выявленная генетическая неоднородность больных АГ женщин предполагает целесообразность изучения различных подходов и к терапии таких пациентов.

0105 БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Болышева О.Е., Зуйкова А.А., Ханина Е.А.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, кафедра общей врачебной практики (семейной медицины), Воронеж, Россия

В настоящее время целью лечения больных с артериальной гипертензией (АГ) является сокращение риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний за счет снижения модифицируемых факторов риска путем немедикаментозных и медикаментозных воздействий.

Целью исследования было изучение эффективности метода биологической обратной связи в лечении больных АГ.

Объектом исследования было 60 больных с первичной АГ (II стадии; степень 1, 2; риск 2, 3), поступивших на стационарное лечение в кардиологическое отделение МУЗ ГКБ № 20. Среди наблюдаемых больных было 21 пациент мужского пола (средний возраст 54,8±10,2 лет) и 39 пациентов женского пола (60,4±9,6 лет). Все больные были разделены на две группы по 30 человек: основная и контрольная.

Всем пациентам был произведен цифровой анализ биоритмов с комплексной оценкой адаптационных возможностей (на основании анализа вариабельности ритма сердца), а пациентам основной группы курс управляемого дыхания при помощи медицинской технологии "Омега-М2" (Санкт-Петербург). Все больные также получали медикаментозную терапию.

В качестве стрессового фактора выступало волевое управление дыханием. Режим дыхания (глубина, частота) для каждого пациента рассчитывался индивидуально благодаря обратной связи по показателям вариабельности ритма сердца. Продолжительность сеанса составляла 5 минут (6-8 дыхательных циклов в минуту), 8 сеансов.

У пациентов основной группы достоверно изменились показатели функционального состояния организма — ЧСС, индекс вегетативного равновесия, вегетативный показатель ритма, показатель адекватности процессов регуляции, индекс напряжения, которые выступали в качестве количественных характеристик стрессовой реакции. Максимальное снижение симпатической и возрастание парасимпатической активности происходило на 3-ем и 8-ом сеансе.

К окончанию лечения систолическое АД снизилось, но у пациентов группы управляемого дыхания более эффективно — 134,3±1,8 мм рт.ст. ($p<0,001$). В группе контроля 33 % больных достигли САД <140 мм рт.ст., в основной группе — 60 % ($p<0,05$). В группе контроля только 53 % пациентов достигли целевого ДАД и среднее значение показателя составляло 84,7±1,4 мм рт.ст. ($p < 0,001$). Удельный вес пациентов (%) в основной группе с ДАД <90 мм рт.ст. составлял к окончанию лечения 77 % (среднее значение — 82,2±1,4 мм рт.ст.) ($p<0,001$).

Таким образом, полученные результаты анализа динамики АД, показателей комплексного обследования позволяют сделать вывод, что включение в комплекс лечебных мероприятий управляемого дыхания у больных с АГ позволяет добиться максимального снижения уровня АД на фоне улучшения вариабельности ритма сердца, вегетативной регуляции и основных клинических проявлений заболевания.

0106 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛ

Борзенкова Г.А., Щукин Ю.В., Германов А.В, Терешина О. В.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава", Самара, Россия

Цель. Количественно оценить вклад преждевременного сокращения и первого постэкстрасистолического сокращения в гемодинамику и кинетику сердца и магистральных артерий, на этой основе разработать классификацию экстрасистолии.

Методы. Обследованы 82 пациента с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией, возникающей в фазу изоволюмического снижения внутрижелудочкового давления до открытия митрального клапана и в фазы быстрого и медленного наполнения желудочков. Регистрировались сфигмограммы (СГ) магистральных артерий сонной, лучевой, локтевой, бедренной задней артерии голени и свода стопы, и УЗДГ магистральных артерий. Для уточнения момента возникновения экстрасистол в кардиоцикле и локализации эктопического центра — апекскардиография (АКГ) и ЭКГ. Объем сердечного выброса и трансмитральный кровоток оценивались с помощью ЭхоКГ. Определялись параметры биомеханики сердца и кинетики магистральных артерий, характеризующие скорость, ускорение, мощность и работу в каждую фазу сердечного цикла в систолу и диастолу по АКГ, а также в периоды преобладания притока над оттоком и в период преобладания оттока над притоком по СГ. Всем больным проводилась регистрация допплерограмм общей сонной артерии, лучевой артерии и задней артерии голени на цифровой ультразвуковой системе Logiq 7. Для анализа кровотока определялись следующие показатели: пиковая скорость прямого кровотока, объём потока крови.

Результаты. Проведенные исследования позволили количественно характеризовать различные варианты экстрасистолии, которые принципиально отличаются степенью участия в создании результирующего кровотока. При этом оценивался вклад в кровообращение самого преждевременного сокращения и первого постэкстрасистолического сокращения. Это явилось естественным основанием для выделения следующих классов экстрасистолии независимо от локализации эктопического центра:

1. экстрасистолы, возникающие до открытия митрального клапана;
2. экстрасистолы, возникающие до пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения желудочков;
3. экстрасистолы, возникающие после пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения желудочков;
4. экстрасистолы, возникающие в фазу медленного наполнения желудочков;
5. спаренная и групповая экстрасистолия.

Выводы. Определяющее значение для изменения гемодинамики имеет время возникновения экстрасистолы в кардиоцикле и способность первого постэкстрасистолического сокращения восстановить адекватный результирующий кровоток.

Тактика лечения и целесообразность купирования экстрасистолии во многом определяется степенью нарушения гемодинамики при каждом конкретном варианте этого нарушения ритма. Наибольшие изменения кровообращения возникают при экстрасистолах до открытия митрального клапана. Первое постэкстрасистолическое сокращение приводит к значительному увеличению сердечного выброса, диаметра артерий, а также к нестабильности атеросклеротических бляшек.

0107 НУЖНЫ ЛИ АНТИОКСИДАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ?

Боровков Н.Н., Аминева Н.В., Занозина О.В.
ГОУ ВПО "НижГМА Росздрава", Нижний Новгород, Россия

Целью работы явилось изучение особенностей гемокоагуляции у больных с артериальной гипертензией при сахарном диабете 2 типа в зависимости от интенсивности процессов перекисного окисления липидов.

Материал и методы. Изучены параметры агрегации тромбоцитов, плазменный гемостаз и показатели свободно-радикального окисления у 150 больных с артериальной гипертензией (АГ) на фоне сахарного диабета 2 типа (СД 2). Средний возраст больных составил 56,3 года. Компенсацию СД 2 устанавливали по уровню гликированного гемоглобина. Группы сравнения составили 34 больных АГ и 72 больных СД 2. Контрольная группа включала 20 практически здоровых лиц сопоставимого возраста.

Результаты. Проведённые исследования показали, что у всех больных по сравнению с контрольной группой наблюдаются повышение агрегационной активности тромбоцитов и активация процессов внутрисосудистого свёртывания крови, наиболее значимые при СД 2 и его сочетании с АГ. Выраженность гемостазиологических нарушений, по нашим данным, зависела от компенсации сахарного диабета и интенсивности свободно-радикального окисления. Так, отмечена значимая положительная взаимосвязь интенсивности свободно-радикального окисления с параметрами агрегации тромбоцитов (степенью и скоростью агрегации) и размерами агрегатов. В то же время между общей антиоксидантной активностью и указанными показателями наблюдалась отрицательная обратная связь. При уточнении корреляционных взаимосвязей между активностью антиоксидантных ферментов и некоторых показателей плазменного гемостаза нами было выявлено следующее: значимая связь между фибринолитической активностью (ФА) и активностью супероксиддисмутазы, между ФА и активностью каталазы (КАТ), между ФА и активностью глутатионпероксидазы (ГП). Уровень фибриногена отрицательно коррелировал с ГП, а растворимых комплексов фибрин-мономеров — с КАТ. Под влиянием комплексной терапии с включением антиоксидантов отмечалось снижение степени и скорости агрегации тромбоцитов, исчезновение спонтанной агрегации и уменьшение размеров агрегатов. По сравнению с группой контроля в группах больных, у которых использовались антиоксиданты (альфа-липоевая кислота и мексидол), наблюдалось достоверное снижение растворимых комплексов фибрин-мономеров и увеличение уровня антитромбина III. На основании проведённых исследований можно сделать следующие выводы.

Выводы: 1.У больных с артериальной гипертензией на фоне сахарного диабета 2 типа наблюдается активация системы гемостаза, тесно связанная с интенсивностью окислительного стресса и снижением антиоксидантной активности.

2.Для снижения риска сосудистых осложнений при указанной патологии целесообразно в лечении, наряду с дезагрегантами, использовать антиоксиданты.

0108 РЕЗУЛЬТАТЫ ПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Бородина М.А.
ФГОУ ИПК ФМБА России, Москва, Россия

Актуальность. При ХОБЛ внешнее дыхание и кровообращение выступают в виде самостоятельной кардиореспираторной системы по отношению к системе тканевого дыхания.

Цель исследования: Сопоставить особенности поражения сердечно-сосудистой системы, гемодинамику МКК при ХОБЛ в зависимости от степени выраженности респираторных расстройств у пациентов пожилого возраста.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 187 пациентов с ХОБЛ старше 60 лет. Респираторные нарушения оценивали с помощью бодиплетизмографии на аппарате “Master Screen Body”, УЗИ сердца — на аппарате Hewlett Packard 800. Использовалась принятая классификация силы корреляционной связи в зависимости от значения коэффициента корреляции Пирсона r: $r \le 0{,}25$ — слабая корреляция; $0{,}25 < r < 0{,}75$ — умеренная корреляция; $r \ge 0{,}75$ — сильная корреляция.

Полученные результаты. При бодиплетизмографии установлена высокая прямая корреляционная зависимость показателей респираторной функции и СДЛА. Так, при сопоставлении общего аэродинамического сопротивления (R tot) и СДЛА коэффициент корреляции составил 0,87 ($n=36$ и $n=27$ соответственно, $p<0{,}05$). При сопоставлении СДЛА с показателями сопротивления на выдохе (REX) r составил 0,86 ($n=36$ и $n=27$ соответственно, $p<0{,}05$). При сравнительном изучении тесноты связи между СДЛА и общей емкостью легких (TLC) r составил 0,88 ($n=40$ и $n=27$ соответственно, $p<0{,}05$). Статистическая прямая тесная связь СДЛА с остаточным объемом легких (RV) сопровождается ростом r до 0,87 ($n=40$ и $n=27$ соответственно, $p<0{,}05$).

При сравнительном изучении тесноты связи между размерами ПЖ по данным УЗИ и показателями бодиплетизмографии выявлена прямая тесная корреляционная связь с коэффициентом корреляции =0,99 при сопоставлении с общим аэродинамическим сопротивлением (R tot), ($n=36$ и $n=39$ соответственно, $p<0{,}05$); с показателями сопротивления на выдохе (REX), ($n=38$ и $n=39$ соответственно, $p<0{,}05$) и общей емкостью легких (TLC), ($n=39$ и $n=41$ соответственно, $p<0{,}05$).

Выводы. По результатам параметрической статистической обработки для описания линейной связи количественных признаков УЗИ с показателями респираторной функции по данным бодиплетизмографии установлена сильная корреляционная связь между СДЛА и нарушениями респираторной функции, сопровождающихся значительным ростом общего аэродинамического сопротивления и сопротивления на выдохе, что характеризует выраженность бронхиальной обструкции. Наряду с этим тесная корреляционная связь установлена с синдромом гиперинфляции, увеличением ОЕЛ, ростом доли остаточного объема в ОЕЛ, что характеризует гипервоздушность ткани и свидетельствует о развитии эмфиземы легких. Подтверждением взаимосвязи респираторных нарушений с возникновением и прогрессированием гемодинамических нарушений в малом и большом кругах кровообращения является тесная корреляционная связь выраженности бронхообструктивного синдрома с размерами ПЖ. Большая величина коэффициента корреляции Пирсона ($r>0{,}75$) позволяет сделать достоверные клинические выводы.

0109 КРАТКОСРОЧНЫЕ ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ЭПИЗОДЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Боронова В.Б., Протасов К.В., Дзизинский А.А., Антоненко Н.Б.
ГОУ ДПО “ИГИУВ Росздрава”, Иркутск, Россия

Цель: изучить у больных ГБ частоту выявления и гемодинамическую структуру кратковременных эпизодов снижения АД во взаимосвязи с факторами риска и поражением органов-мишеней.

Методы. Обследованы 260 больных ГБ в среднем возрасте 75,0 (68-79) лет, из них мужчин — 105, женщин — 155. Проводили суточное мониторирование АД (СМАД). Для оценки краткосрочных эпизодов артериальной гипотензии на суточных кривых АД выделяли значения систолического (САД) и/или диастолического (ДАД) АД, меньшие индивидуального среднедневного или средненочного АД на 2 и более стандартных отклонения и порогового уровня 90/70 мм рт. ст. днем и 80/60 мм рт. ст. — ночью. Началом экстремального снижения АД считали момент перехода САД и/или ДАД от стабильного состояния на графике СМАД к их динамике в виде тренда. Определяли минимальные уровни САД и ДАД за выделенный период. Анализировали циркадианную и амплитудную структуру эпизодов снижения АД. Изучали факторы риска АГ (возраст, липиды сыворотки, курение, объем талии) и морфо-функциональное состояние органов-мишеней АГ: сердца, сосудов, почек и глазного дна. Оценивали ассоциации

гипотонических эпизодов с факторами риска и состоянием органов-мишеней.

Результаты. Зарегистрирован 431 эпизод артериальной гипотензии у 225 больных ГБ (у 86,5 %; в среднем, 1,61 за сутки). Медиана САД на высоте эпизода составила 103,0(91-115), ДАД — 52,0 (46-58) мм рт.ст. Выявлена отчетливая тенденция к снижению минимального ДАД по мере старения — от 53,0 до 50,0 мм рт.ст. в подгруппах больных ГБ <70 и >=80 лет (p=0,001). Распределение эпизодов гипотензии в течение суток было неравномерным. Установлены два временных интервала, когда вероятность кратковременного снижения АД наиболее высока: с 5:00 до 8:00 (n=117; 27,1 %) и с 14:00 до 17:00 часов (n=122; 28,3 %). В зависимости от амплитуды снижения САД и ДАД в долях среднеквадратического отклонения выделены варианты гипотонических эпизодов с преимущественным снижением систолического (↓САД) и диастолического (↓ДАД) АД. На первый приходилось 65 (15,1 %), на второй — 366 (84,9 %) всех эпизодов. У пациентов с гипертриглицеридемией, гиперхолестеринемией, микроальбуминурией, а также с ИБС в виде перенесенного инфаркта миокарда доля ↓САД эпизодов гипотензии достоверно увеличивалась до 26,7 %, 18,4 %, 24,4 % и 26,5 % соответственно.

Выводы. Кратковременные экстремальные снижения АД обнаружены у 86,5 % больных ГБ. Изучены их гемодинамические параметры. Установлены два максимума частоты развития эпизодов гипотензии, которые приходились на ранние утренние и послеобеденные (постпрандиальные) часы. Наличие у больных ГБ дислипидемии, поражения почек и сердца в виде микроальбуминурии и ИБС ассоциировано с нарастанием доли эпизодов гипотензии с преимущественным падением систолического АД.

0110 ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОДИНАМИКИ ДИЛТИАЗЕМА И НИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СТЕНОКАРДИИ

Бочкарева Е.В., Позднякова Н.А., Кокурина Е.В., Бутина Е.К.
ФГУ "ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии", Москва, Россия

Антагонисты кальция (АК) обладают выраженным антиангинальным и антигипертензивным эффектом и часто применяются при лечении больных с сочетанием ИБС и артериальной гипертонии (АГ). К сожалению, монотерапия АК у больных стенокардией напряжения (СН) не всегда приводит к желательному антиангинальному эффекту, что часто требует дополнительного назначения пролонгированных нитратов. Однако, в настоящее время подходы к эффективному и безопасному применению комбинации АК и нитратов — двух групп препаратов, обладающих выраженным вазодилатирующим эффектом у больных со стенозирующим коронарным атеросклерозом разработаны недостаточно.

Цель: Изучить сравнительную антиишемическую эффективность пролонгированных нитратов — буккальной формы нитроглицерина (бНГ) и изосорбида-5-мононитрата (И-5-М) у больных СН II и III ФК с наличием АГ, получающих базовую терапию дилтиаземом (ДЛ).

Материал и методы: В исследование включено 30 мужчин 58,8±7,5 лет стабильной СН II-III ФК и АГ 1-2 ст., с положительным тестом с физической нагрузкой (ТФН), при проведении которого отмечалось появление типичной СН и депрессии сегмента ST ишемического типа ≥1 мм (↓ST≥1 мм). Индивидуальную эффективность разовых доз ДЛ 90-180 мг определяли методом повторных ТФН на тредмиле, нагрузки проводили исходно, через 5 и 12 часов после приема препарата. Препарат считали эффективным, если через 5 и/или 12 часов после однократного приема время появления ↓ST≥1 мм (TST) увеличивалось на 120 с и более. Вторую дозу оценивали при неэффективности первой дозы. Далее больные в течение 1 месяца принимали индивидуально подобранную эффективную дозу ДЛ (2 раза в день), затем в течение 1 месяца — ДЛ в комбинации с И-5-М 50 мг/сут. или бНГ по 2 мг 2-3 раза в сут. Контрольные ТФН проводили через 1 и 2 месяца, в период ожидаемого максимума действия препаратов.

Результаты: У больных СН III ФК через 1 месяц монотерапии ДЛ наблюдалось достоверное увеличение показателя TST по сравнению с уровнем, достигнутым при приеме разовой дозы препарата, т. е. кумуляция антиишемического эффекта. У больных СН II ФК эффекта кумуляции ДЛ отмечено не было, показатель TST на фоне регулярного применения препарата не отличался от такового при разовом приеме. При добавлении нитратов у больных СН III ФК был отмечен аддитивный эффект комбинированной терапии, значение TST достоверно увеличилось на 64 с по сравнению с периодом монотерапии ДЛ. У больных СН II ФК аддитивного эффекта нитратов не было отмечено, их сочетанное применение с ДЛ не приводило к дальнейшему улучшению переносимости нагрузки.

Заключение: У больных с наличием СН II ФК, в отличие от больных СН III ФК, выявлено отсутствие кумулятивного эффекта ДЛ и аддитивного эффекта нитратов при регулярном приеме препаратов. Указанная закономерность может быть связана с развитием синдрома обкрадывания на фоне приема двух активных вазодилататоров у больных СН II ФК, имеющих менее распространенный коронарный атеросклероз. Выявленная закономерность должна учитываться при индивидуальном подборе комбинированной терапии АК и нитратами для больных ИБС.

0111 АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Бочкарева Ю.В.
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель исследования: проанализировать психологический статус у больных АГ и оценить эффективность терапевтической коррекции данной патологии при применении моно- и комбинированной антигипертензивной терапии.

Материалы и методы исследования: Обследовано 110 пациентов (37,6 % мужчин и 62,4 % женщин) с АГ 1-ой и 2-ой степени; средний возраст на момент включения составил 48,6±6,24 года. Пациенты получали антигипертензивные препараты: пролонгированный антагонист кальция (амлодипин), ИАПФ (рамиприл, периндоприл), тиазидподобный диуретик (индапамид ретард) и в-адреноблокатор (метопролол, бисопролол) в режиме моно- и комбинированной терапии. Комплекс исследования психологического статуса пациентов включал опросник депрессии Цунга, MMPI, шкалу депрессии Гамильтона (HDRS), опросник Спилберга-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности. Оценивалась эффективность и переносимость антигипертензивной терапии.

Результаты: У 46,4 % больных выявлены депрессивные расстройства, при этом лёгкая депрессия отмечалась у 15,1 % пациентов с АГ, депрессия средней тяжести у 24,1 %; а у 7,2 % больных депрессивное расстройство было квалифицировано как тяжёлое. В структуре депрессивных состояний преобладали соматовегетативные нарушения (слабость, сердцебиение, головные боли, головокружение, повышенная потливость). Наблюдалась ипохондрия в форме преувеличения тяжести заболевания, обострённого самонаблюдения. Выявлены стойкие нарушения сна: трудность засыпания, раннее пробуждение. Определённое место занимали симптомы астении, проявляющиеся повышенной слезливостью, вялостью, разбитостью. Кроме того, у больных АГ были повышены уровни личностной (54,8±3,6) и в большей степени реактивной тревоги (62,7±4,1). Все пациенты при назначении ступенчатой антигипертензивной терапии достигли "целевого" уровня АД. При монотерапии больных препаратами групп амлодипина и ИАПФ и при их комбинации отмечалась тенденция к уменьшению числа пациентов с депрессивными расстройствами (снизилась степень выраженности депрессии на 0,65 балла по шкале HDRS). В структуре депрессивных расстройств уменьшились удельный вес тревожных проявлений, уровень личностной и реактивной тревоги. При использовании комбинации трех и четырех антигипертензивных препаратов, у пациентов отмечалось нараста-

ние депрессивных расстройств, в структуре которых, лидировали депрессивно-ипохондрические расстройства и симптомы тревоги, количество которых увеличилось по сравнению с исходным состоянием на 50 %.

Выводы: У больных АГ 1-ой и 2-ой степени выявлена большая частота тревожно-депрессивных расстройств и разнонаправленная их динамика при различных вариантах антигипертензивной терапии.

0112 АССОЦИАЦИЯ ГЕНОВ БЕТА-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ, КОННЕКСИНА-40 И КАЛИЕВОГО КАНАЛА KCNH2 С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бражник В.А.**, Минушкина Л.О., Горшкова Е.С., Бровкин А.Н.*, Носиков В.В.*, Затейщиков Д.А.
ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ, Москва, Россия; *ГНЦ РФ "ГосНИИ генетика", Москва, Россия; **ГУЗ ГКБ № 51, Москва Россия

Целью исследования было изучить ассоциацию полиморфных маркеров генах коннексина 40 (CX40) потенциал-зависимого калиевого канала (KCNH2), бета-адренорецепторов 1, 2 и 3 типа (ADRB1, ADRB2, ADRB3) со развитием гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у больных гипертонической болезнью.

Материал и методы исследования. Обследовано 177 больных гипертонической болезнью. Среди них было 83 (46,9 %) мужчины и 94 (53,1 %) женщины. Средний возраст больных составил 60,6 ± 0,76 лет, 19 (10,9 %) больных имели артериальную гипертонию (АГ) 1-ой степени, 57 (32,8 %) — АГ 2-ой степени и 101 (56,3 %) — АГ 3-ей степени.

В обследованной группе оказалось 55 больных без признаков ГЛЖ и 122 больных с ГЛЖ. Больные с ГЛЖ были старше (62,8±0,88 лет и 52,9±1,49 лет соотв., p=0,001), имели большую длительность ГБ (16,0±1,07 лет и 10,7±1,44 лет, p=0,018), более высокий уровень систолического АД (202,7±2,51 мм рт.ст. и 181,6±3,79 мм рт.ст., p=0,008) и больший индекс массы тела (29,4±0,41 кг/м^2 и 26,6±0,57 кг/м^2, p=0,001). Среди больных с ГЛЖ было больше женщин (57,7 % и 37,5 %, p = 0,025), и больше больных с сахарным диабетом типа 2 (17,5 % и 5,0 %, p=0,040).

Достоверные различия в частотах генотипов изученных генов-кандидатов были выявлены для полиморфного маркера Gly389Arg гена ADRB1 — в группе больных с ГЛЖ частота генотипа Arg/Arg была достоверно выше, чем среди больных без ГЛЖ (OR 2,32 [1,34-4,11]). В группе больных с ГЛЖ частота генотипа Thrк/Thr полиморфного маркера Lys897Thr в гене KCNH2 была достоверно выше (OR 5.35[1.50-19.12]), чем среди больных без ГЛЖ.

Для оценки независимости влияния клинических и генетических факторов на выраженность ГЛЖ был проведен многофакторный регрессионный анализ. При однофакторном анализе увеличение массы миокарда левого желудочка оказалось ассоциировано с уровнем САД, длительностью ГБ, избыточной массой тела и носительством генотипов Thr/Thr полиморфного маркера Lys389Thr гена KCNH2 и Arg/Arg полиморфного маркера Gly389Arg гена ADRB1. При проведении многофакторного анализа все эти факторы оказались независимо связанными с увеличением ММЛЖ: для длительности ГБ OR 2.15 [1.09-4.26] p=0,026, для уровня САД OR 2.88 [1.19-6,84] p=0,004, для генотипа Thr/Thr OR 6.57[1.15-22.43], p=0,009, для генотипа Arg/Arg полиморфного маркера Gly389Arg гена ADRB1 OR 2.42 [1.05-5.58] p=0.039.

0113 ЛЕЧЕНИЕ НИФЕДИПИНОМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Брек В.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить антигипертензивное действие пролонгированной формы нифедипина — нифедипина GITS у больных артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. В динамике лечения нифедипином GITS обследовано 18 больных мягкой и умеренной АГ в сочетании с хронической ИБС. Среди обследованных было 12 мужчин и 6 женщин в возрасте 54-65 лет. Нифедипин GITS назначали в дозе 30-60 мг 1 раз в сутки. Продолжительность наблюдения за больными составила 6 недель. В динамике лечения больным регулярно измеряли АД, регистрировали ЭКГ, ЭхоКГ, проводили тест с физической нагрузкой.

Полученные результаты. Лечение нифедипином GITS сопровождалось достаточным антигипертензивным эффектом. К концу периода наблюдения АДс снизилось со 164,1±8,9 мм рт.ст до 149,4±3,2 мм рт.ст (p<0,05), АДд со 104,6±2,9 мм рт.ст. до 89,4±2,3 мм рт.ст. (p<0,05). ЧСС значимо не изменилось. Не отмечалось отрицательного влияния препарата на показатели сократительной функции миокарда по данным ЭхоКГ. Так, величина фракции выброса (ФВ) до лечения была 54,97±3,2 %, а после — 55,3±2,2 % (p>0,05). Скорость циркулярного укорочения волокон миокарда до лечения была 0,98±0,06 -1, а после — 0,94±0,03 с-1 (p>0,05). Величина общего периферического сосудистого сопротивления в динамике лечения нифедипином GITS снизилась с 1784,3±119,7 дин.с.см-5 до 1586,5±16,9 дин.с.см-5 (p<0,05). Отмечалось достоверное снижение частоты приступов стенокардии с 3,24±0,19 до 1,74±0,31 за сутки (p<0,05); одновременно препарат способствовал уменьшению числа принимаемых таблеток нитроглицерина. Величина пороговой нагрузки на велоэргометре возросла к концу лечения с 48,5±5,3 Вт до 68,4±6,1 Вт.

Выводы. Лечение нифедипином GITS больных АГ и ИБС сопровождалось значимым антигипертензивным и антиангинальньш эффектом. Препарат не оказывал отрицательного влияния на показатели кардиогемодинамики, способствовал увеличению толерантности к физической нагрузке.

0114 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Бритых Т.Н., Гоголашвили Н.Г., Поликарпов Л.С., Новгородцева Н.Я.
Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью нашего исследования было изучение частоты встречаемости фибрилляции предсердий (ФП) у больных в течение года после острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы: объектом исследования являются больные в течение года после острого инфаркта миокарда (ОИМ). Все наблюдаемые при обследовании получали следующую терапию: 66,2 % больных принимали бета-блокаторы, 62,2 % получали ингибиторы АПФ, 75,3 % больных — антиагреганты, 52,1 % больных — статины, 30,6 % обследованных принимали диуретики, 20,9 % больных — блокаторы Са-каналов, 8,75 % больных — антиаритмики, 52,1 наблюдаемых — статины.

В обследовании принимали участие 320 человек, в возрасте 30 лет и старше: 223 мужчин (69,7 %), 97 женщин (30,3 %). Средний возраст обследованных мужчин составил 57±0,61, средний возраст обследованных женщин составил 66±0,86. У обследованных в 53,1 % случаев имел место Q-инфаркт миокарда, у 46,9 % больных — non Q-инфаркт. В течение первых трех месяцев после ОИМ обследовано 125 человек (39 %), в период от четырех до шести месяцев — 64 человека (20 %), от семи до девяти месяцев — 47 человека (14,7 %), от десяти до двенадцати

месяцев — 84 человека (26,3 %). Всем обследованным проводилось анкетирование, клинический осмотр с измерением АД, ЧСС, запись стандартной ЭКГ, 24х часовое холтеровское мониторирование (ХМ) с использованием кардиорегистратора SHILLER MT-100 и MT-101.

Стенокардия I функционального класса (ф. кл.) зарегистрирована у 12 % больных, II ф.кл. — у 61,8 % обследованных, III ф.кл. — у 26,2 % больных, артериальная гипертония (АГ) отмечалась у 91,2 % наблюдаемых. Кроме того, встречались такие заболевания как сахарный диабет, зарегистрирован у 4,8 % обследованных, бронхиальная астма у 2,2 % больных, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе у 4,5 % больных, язвенная болезнь желудка отмечалась в 13,4 % случаев.

При анализе медицинской документации пациентов (а именно выписки больных из стационара, а также данные ЭКГ) за время нахождения с ОИМ в стационаре ФП зарегистрирована у 15 больных, что составляет 4,7 %, из них у мужчин в 3,1 % случаев, у женщин в 1,5 % случаев. У 11 наблюдаемых, что составило 3,4 %, в выписках из стационара указывается на наличие перманентной форма ФП (у мужчин — 2,8 %, у женщин — 0,6 %), у 1,2 % обследованных при анализе медицинской документации указывается на рецидивирующие формы ФП.

На момент обследования по данным однократной регистрации ЭКГ у 11 больных (3,4 %), зарегистрирована перманентная форма ФП (у мужчин — 2,8 %, женщин — 0,6 %). По данным ХМ перманентная форма ФП регистрировалась у 11 больных 3,4 % случаев, (у мужчин — 2,8 %, женщин — 0,6 %), рецидивирующие формы ФП регистрировались у 0,3 % обследованных.

Таким образом, ФП на момент выписки больных из стационара с ОИМ выявлялась чаще, чем при обследовании в течение года после ОИМ.

0115 АБДОМИНАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И РИСК СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Булашова О.В., Малкова М.И., Игнатьева Н.М., Пегова Е.В.
ГОУ ВПО "Казанский ГМУ Росздрава", МУЗ "Городская клиническая больница № 7", Казань, Россия

В последние годы среди пациентов хирургического профиля растет число лиц с сердечнососудистыми заболеваниями (ССЗ). Многие оперируются в экстренном порядке, для части пациентов объем оперативного вмешательства зависит от периоперационного кардиального риска. В августе 2009г. были опубликованы рекомендации Европейского общества кардиологов по оценке риска сердечно — сосудистых осложнений (ССО) при некардиальных операциях, где рассматривается возможность применения β — блокаторов в период подготовки к операции и необходимость их назначения при ишемической болезни сердца (ИБС). Приведены результаты 7 мета-анализов по влиянию β — блокаторов на смертность и нефатальный инфаркт миокарда в течение 30 дней после операции. Получены данные о неблагоприятном влиянии на прогноз ССО β — блокаторов. В исследовании POISE показано, что применение метопролола сукцината при некардиальных операциях приводит к снижению риска нефатального инфаркта миокарда и ишемии миокарда, при этом отмечено увеличение риска других осложнений, в частности несмертельного инсульта. Тем не менее, Американская коллегия кардиологов и Американская ассоциация сердца рекомендуют применение препаратов этого класса у больных с высоким риском ССО при некардиальных операциях.

Целью работы был ретроспективный анализ периоперационных ССО у больных, прооперированных по поводу острого холецистита. Изучены 114 историй болезни пациентов старше 60 лет. По характеру ССЗ преобладали больные с артериальной гипертонией (АГ) — 97,3 %, в том числе без ИБС — 67,7 % и с ИБС — 32,3 %; 36 % из них имели указания на перенесённый инфаркт миокарда в анамнезе, 33,3 % нарушения ритма сердца, 22 % постоянную форму фибрилляции предсердий, 11 % частую желудочковую экстрасистолию. Сахарный диабет сопутствовал 25 % больным с ИБС и 10,6 % без ИБС. В 11 % случаев с ИБС и 6,6 % без ИБС было указание на инсульт в анамнезе. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) сопутствовала всем пациентам с ИБС и в 79,9 % без ИБС. Оценка вероятности ССО у больных ИБС, оперируемых по поводу острого холецистита, по индексу Lee T. (1999) выявила высокий риск ССО. Но, как определил опрос, только 61 % больных получали базовую терапию ИБС в предоперационном периоде, лишь 8 % — β — блокаторы. При проведении анализа осложнений через 30 дней после операции конечными точками наблюдения считали общую смертность, смертность от ССО, инфаркт миокарда, инсульт, госпитализации по поводу ССЗ. Результаты показали, что 5,6 % больных ИБС умерли от ССЗ, 2,7 % были госпитализированы по поводу обострений ИБС.

Выводы. Недостаточная терапия ИБС у больных, направляемых на абдоминальную операцию, ухудшает прогноз ССО.

0116 АНАЛИЗ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ И КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Булашова О.В., Матвеева Т.В., Кирилова Ю.А., Фалина Т.Г., Слепуха Е.Г.
ГОУ ВПО "Казанский ГМУ Росздрава", Межрегиональный клинико-диагностический центр, МУЗ "Городская клиническая больница № 2", МУЗ "Городская клиническая больница № 7", Казань, Россия

Поражение головного мозга как органа-мишени артериальной гипертензии (АГ) проявляется не только инсультами, но и нарушением когнитивных функций (памяти, мышления, внимания и т. д.). В ряде зарубежных исследований у лиц пожилого возраста выявлена независимая связь смертности с нарушением познания. Однако до настоящего времени влияние АГ на состояние высших психических функций, в том числе и у гериатрических больных, изучено недостаточно.

Механизмы гипертонической перестройки являются едиными для всей сердечно-сосудистой системы. Поэтому другим важнейшим органом-мишенью АГ, претерпевающим значительные изменения, является сердце, прогрессирующее ремоделирование которого неуклонно приводит к хронической сердечной недостаточности (ХСН). Анализ проведенных исследований показывает, что развитие ХСН у больных с АГ и хронической ишемией мозга (ХИМ) не только отражает параллельно протекающее гипертоническое ремоделирование сердца и сосудов, но оказывает дополнительное патогенетически значимое негативное влияние на церебральную гемодинамику, что реализуется в более тяжелое диффузное поражение головного мозга. Тем не менее состояние когнитивных функций (КФ) у таких пациентов практически не изучено.

Целью нашего исследования явилось изучение КФ у больных хронической ишемией мозга и ХСН с АГ.

В группу исследования вошли 18 человек (15 женщин, 3 мужчин), средний возраст 58,3 ± 11,7 года, с ХИМ и ХСН. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Исключались больные, у которых были выявлены гемодинамически значимые стенозы и деформации магистральных артерий головы, очаговая патология головного мозга. Степень когнитивных нарушений оценивалась при помощи теста MMSE, таблиц Шульте и исследованием P300 (когнитивных вызванных потенциалов). Была выявлена гипертоническая болезнь II ст. у 66,7 %, III ст. у 33,4 %). Хроническая сердечная недостаточность II ФК у 83,4 % и III ФК у 16,7 %.

По результатам нейропсихологического обследования, более половины исследованных пациентов (61,%) имели умеренные когнитивные нарушения, 11,1 % — легкую деменцию и у 22,2 % не было выявлено когнитивного снижения,

у всех пациентов с ХСН отмечалось снижение внимания по сравнению с контролем. Выявилась значимая корреляция показателей Р 300 и нейропсихологических тестов. Отмечалась тенденция ухудшения показателей нейропсихологического тестирования и параметров Р300 у больных с АГ и ХСН III ФК.

По всей видимости необходимо продолжение исследования в этой области, для уточнения корелляции степени функциональных нарушений при сердечной недостаточности и снижения параметров когнитивной сферы.

0117 РИСК РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН

Бурдина Е.Н., Шопин А.Н., Ховаева Я.Б., Головской Б.В., Берг М.Д.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Сердце обладает уникальной способностью за счет изменения метаболической активности и пространственно-геометрических характеристик приспосабливаться к изменяющимся условиям функционирования организма. В условиях пролонгированного воздействия факторов риска запускается процесс ремоделирования, который является характерным признаком патологического процесса и ассоциируется с увеличением сердечнососудистого риска.

Цель исследования. Изучить процесс оптимизации формы левого желудочка и вероятность последующего ремоделирования у практически здоровых лиц.

Материалы и методы. Обследовано 133 социально активных мужчин, средний возраст составил 39,6 лет (95 % ДИ 37,7 — 41,4 лет). Обследование проводилось дважды с интервалом 3 года. Все эти лица на момент включения в обследование считали себя здоровыми. Критерием включения являлось отсутствие патологии сердца, сахарного диабета, артериальной гипертензии и других хронических заболеваний. Всем обследуемым проводилось ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате SONOS-100CF (HP, США) в покое и на фоне статической нагрузки, с последующим индексированием к площади поверхности тела. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R. Devereux. При проведении УЗИ оценивалась локальная сократимость левого желудочка.

Результаты. Кластеризация объектов исследования, с использованием в качестве группирующих признаков индекса сферичности (ИС), индекса массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ) и относительной толщины стенки левого желудочка (ОТСлж), позволила выделить в группе обследованных мужчин четыре кластера, каждый из которых характеризуется устойчивым сочетанием этих показателей и высокой внутрикластерной однородностью их значений. Это свидетельствует о наличии 4-х геометрических типов ЛЖ, которые достоверно различаются по интегральному показателю геометрии ЛЖ. Интегральный показатель геометрии (ИПГ) левого желудочка рассчитывали по формуле: ИПГ = иММЛЖ* ИС/ОТС. Так ИПГ для первого геометрического типа ЛЖ составил 247,1 (95 % ДИ 233,1 — 261,2) ($p<0,001$ со всеми остальными кластерами), для второго 145,8 (95 % ДИ 140,0 — 151,5) ($p<0,001$ с 1-м и 3-м), для третьего 106,4 (95 % ДИ 100,5 — 112,3) ($p<0,001$ со всеми остальными кластерами), для четвертого 141,2 (95 % ДИ 129,5 — 153,0) ($p<0,001$ с 1-м и 3-м). Абсолютный риск выявления признаков диастолической дисфункции на фоне эхокардиографической пробы с изометрической нагрузкой в первом кластере составил 0,85, во втором — 0,33, в третьем и четвертом кластерах признаки функциональной неполноценности миокарда не наблюдались.

Выводы. Наиболее оптимальной с функциональной точки зрения является такая геометрическая модель левого желудочка при которой значение интегрального показателя не превышает 122 г/м^2. Значение интегрального показателя геометрии левого желудочка более 200 г/м^2 сочетается с признаками скрытой диастолической дисфункции и указывает на наиболее неблагоприятную геометрическую модель левого желудочка, что может быть расценено как ранний признак ремоделирования миокарда.

0118 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОЗОВ И СТЕНОЗОВ БИОПРОТЕЗОВ В ИНФРАИНГВИНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ

Бурков Н.Н., Кудрявцева Ю.А., Журавлева И.Ю., Барбараш Л.С.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: выявить метаболические предикторы тромбозов биопротезов “КемАнгиопротез” в инфраингвинальной позиции в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. За период 2006-2009 гг. было прооперировано 120 пациентов, проведено инфраингвинальное протезирование биопротезами “КемАнгиопротез” в проксимально-подколенную позицию. В госпитальном периоде летальных исходов не было. У 42 пациентов в различные сроки после операции развился тромбоз биопротеза, у 3 — нагноение протеза и у 2 — структурная дегенерация (аневризма на всем протяжении). Остальные 65 пациентов (54,2 %) с первично функционирующими биопротезами были взяты под диспансерное наблюдение с интервалом обследования 3-6 мес. Исследовали агрегацию тромбоцитов (АДФ — 2,5 мкг/мл), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), фибриноген, липидный спектр плазмы крови, тромбиновое время (ТВ), АЧТВ, ПТИ, протеин С, антитромбин III. Срок наблюдения составил 28±14 мес. Средний возраст составил 60±4,3 лет.

Результаты исследования. Анализ лабораторных данных пациентов свидетельствует о повышении уровня холестерина (ХС), фибриногена, индекса атерогенности (ИА). Пациенты были разделены на 2 группы: I группу (n = 27) составили больные с нормальными показателями, во II группу (n = 38) вошли те, у кого один или несколько показателей превышали норму. В I группе осложнение наблюдали лишь у 1 (3,7 %) пациента: через 1,5 года после операции выявлена структурная дегенерация биопротеза в виде эктазии в проксимальной трети. Во II группе у 15 (39,5 %) пациентов наблюдали стенозы зон анастомозов, из них у 8 (53,3 %) изменения были диагностированы в отсроченном периоде (через 12±3,1 мес.), у 7 (46,7 %) — в позднем периоде (через 27,4±6 мес.). У 2 (5,3 %) пациентов в позднем послеоперационном периоде была выявлена структурная дегенерация биопротеза в виде аневризмы на всем протяжении у одного и протяженной эктазии у другого. Данные лабораторных исследований демонстрируют четкую связь между развитием осложнений и нарушениями в системе гемостаза и метаболизма липидов. Несмотря на то, что всем больным после выписки был рекомендован прием дезагрегантов и статинов, у большинства пациентов II группы сохранялась гиперхолестеринемия (5,67±0,7), дислипидемия (ИА 3,9±0,15), гиперфибриногенемия (4,1±0,9), а также гиперагрегация тромбоцитов (скорость агрегации — 51,9±14 %/мин, максимум агрегации — 46,6±15 %) ($p>0,01$). При сравнении метаболических показателей пациентов II группы, отдаленный послеоперационный период которых осложнился стенозами анастомозов, очевидно, что при развитии стеноза в сроки 3-18 мес. достоверно ($p<0,05$) выше уровень фибриногена (4,7±0,5 г/л) и РФМК (10,8±1,9 мг/100мл), в то время как в сроки после 18 мес. недостоверно ($p>0,05$) выше были содержание холестерина и скорости агрегации тромбоцитов.

Выводы: Высокие показатели фибриногена и РФМК, гиперагрегация тромбоцитов являются предикторами развития стенозов и тромбозов биопротезов в отсроченном послеоперационном периоде. Гиперхолестеринемия, дислипидемия и гиперагрегация тромбоцитов свидетельствуют о прогрессировании стенозирующего атеросклероза и являются предикторами развития стенозов и тромбозов в позднем послеоперационном периоде.

0119 КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫМИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ И БЛОКАТОРАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бурмистрова Л.Ф., Шибаева Т.М., Рахматуллов Ф.К, Сисина О.Н.
Медицинский институт ПГУ, кафедра "Внутренние болезни", Пензенский институт усовершенствования врачей, курс нефрологии, Пенза, Россия

.

Целью исследования явилось изучение гипотензивной эффективности и безопасности, а также нефропротективного эффекта АК дигидропиридинового ряда (эскордикор) и блокаторов рецепторов ангиотензина II (вазотенз) у больных умеренной артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 48 больных (26 мужчин и 22 женщин) с артериальной гипертензией II-III степени (по классификации ВНОК, 2008) в возрасте от 40 до 62 лет (средний возраст 51,4±2,1 года). В исследование включались больные, у которых при монотерапии изучаемыми препаратами целевого уровня АД достичь не удалось, а также с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ): в 47,9 % случаев — концентрическая ГЛЖ и в 52,1 % случаев — эксцентрическая Лечение начинали с монотерапии одним препаратом и через 3-4 дня назначали второй препарат и в дальнейшем титровали дозу препаратов. Больным проводили суточное мониторирование АД, эхокардиографию, определяли скорость клубочковой фильтрации почек (СКФ) в исходном состоянии и на фоне лечения.

Критериями исключения из исследования являлись перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда и/или мозговой инсульт; хроническая сердечная недостаточность выше ПА стадии и II функционального класса (по классификации ОССН, 2008), беременность. Общая длительность терапии составила 24 недель.

Результаты и их обсуждение. На фоне комбинированной терапии полный гипотензивный эффект — достижение уровня диастолического АД (ДАД) 90 мм рт.ст и ниже отмечался у 39 больных (81,3 %) и частичный эффект (снижение ДАД на 10 мм рт.ст и более, но не до 90 мм рт.ст) — у 9 (18,7 %). Выраженность гипотензивного эффекта терапии оценивали исходя из динамики среднесуточных величин систолического и диастолического АД (Ср.САД и Ср.ДАД). Так, на фоне комбинированной терапии снижение Ср.САД составило в среднем 35,4±3,1 мм рт.ст ($p<0,001$) и Ср.ДАД — 17,2±2,4 мм рт.ст. ($p<0,01$). Адекватность антигипертензивного эффекта терапии подтверждается более выраженным уменьшением показателей нагрузки давлением, в частности, индекса времени — ИВ САД и ИВ ДАД, которые за сутки снизились почти в 2 раза. В результате уменьшения степени ночного снижения АД в 29,2 % случаев нормализовался циркадный ритм АД.

На фоне комбинированной терапии достоверно уменьшилась толщина стенок левого желудочка: ТЗСЛЖ в среднем на 9,4 % ($p<0,05$) и ТМЖП — на 10,0 % ($p<0,05$). а также КДР (в среднем на 7,7 %; $p<0.05$), что способствовало снижению ИММЛЖ (на 24,9±2,3г/м^2; $p<0,01$).

При комбинированной терапии эскордикором и вазотензом достоверно увеличилась скорость клубочковой фильтрации в почках, в среднем на 10,6 % ($p<0,05$).

Таким образом, комбинации антагонистов кальция дигидропиридинового ряда и блокаторов рецепторов ангиотензина II обладают достаточно выраженным гипотензивным эффектом, кардиопротективным и нефропротективным действиями, вызывая регресс ГЛЖ, а также отличаются хорошей переносимостью.

0120 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ: ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Бухонкина Ю.М., Стрюк Р.И., Шоикиемова Д.У., Брыткова Я.В., Чижова Г.В.
ГОУ ДПО "Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения" МЗ Хабаровского края, Хабаровск, Россия; ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия

Цель: проанализировать исходы беременности и родов у пациенток с нарушениями сердечного ритма (НСР) при различной степени активации симпатико-адреналовой системы (САС).

Методы исследования: обследовано 63 беременных с НСР. I группа-23 пациентки с органическими заболеваниями сердца (гипертрофическая и дилатационная кардиомиопатия, врожденные и ревматические пороки сердца), II группа-20 женщин с "идиопатическими" НСР (этиология не установлена), III группа-20 практически здоровых беременных. По основным показателям группы были сравнимы. Обследование: 24-часовое холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ на аппарате "Medılog Prıma", определение активности САС по величине β-адренорецепции мембран эритроцитов (β-АРМ) авторским методом [Стрюк Р.И., Длусская И.Г., 2003].

Результаты: средний возраст пациенток составил 26,2±4,3г. Результаты ХМ ЭКГ: наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, количественная разница НСР между I+II и III группами достоверная ($p<0,05$). Максимальные цифры β-АРМ (45,9±3,8 усл. ед., норма до 20 усл. ед.), обнаружены у беременных II группы. Уровень β-АРМ был выше на 38 % и на 31 % соответственно по сравнению с I и III группами ($p<0,05$). Средняя масса новорожденных составила 3062,6 ± 10,8 г; дети с массой тела <2500 г родились у 8,9 % пациенток I+II групп. В III группе детей с массой <2500 г не было. Патология младенцев I группы: хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) (9 %), неврологическая симптоматика (13 %) и синдром возбуждения (СВ) (14 %). У новорожденных II группы обнаружены СВ (19 %) и ХВГП (18 %). У детей III группы данных изменений не выявлено. Состояние новорожденных в баллах по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах достоверно отличалось в пользу III группы (8,6±0,17 vs 7,1±0,11, $p<0,05$). При значении β-АРМ >40 усл.ед. у женщин с НСР 55 % родов проводились путем операции кесарева сечения (ОКС). В группе контроля (уровень β-АРМ выше нормы менее, чем в 2 раза) в 90 % использовалось консервативное родоразрешение.

Выводы: повышенный уровень β-АРМ сопровождается более частой ХВГП и СВ у новорожденных. У женщин с НСР состояние новорожденных по шкале Апгар достоверно хуже, чем в группе здоровых. Гиперактивация САС сопровождается ростом частоты ОКС.

0121 ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И КАРВЕДИЛОЛА НА ИОНОРЕГУЛИРУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК КРЫС С МОДЕЛЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бучнева Н.В.
ГОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава", Оренбург, Россия

Блокаторы β-адренорецепторов 3 поколения карведилол и небиволол применяются для лечения больных с ХСН II-IV ФК NYHA, имеющих отечный синдром и другие проявления дисфункции почек. Однако действие этих лекарственных средств на почки при ХСН практически не изучено.

Цель исследования — сравнительная оценка действия небиволола и карведилола на показатели ионорегулирующей функции почек крыс с экспериментальной сердечной недостаточностью (ЭСН).

Работа выполнена на 22 белых беспородных крысах-самцах. Крысы были разделены на две группы, в которых после первоначальной оценки действия небиволола и карведилола

на почки интактных животных и периода "washout" моделировалась ЭСН и вновь изучалась реакция почек на исследуемые препараты. Для моделирования ЭСН крысам в течение 10 дней вводили подкожно 0,1 мл 1 % раствора адреномиметика фенилэфрина и подвергали 20-минутному интенсивному плаванию до полного изнеможения. В результате у животных развивалась ЭСН, подтверждаемая клиническими (тахикардия, асцит, гепатомегалия) и морфологическими (микроскопия гистологических срезов миокарда и печени) данными. Влияние лекарственных препаратов на почки оценивалось на фоне 3 % водной нагрузки с добавлением 0,6 % NaCl. В качестве показателей функции почек использовались суточный диурез, экскреция креатинина, натрия, калия и индекс натрий/калий мочи. Небиволол и карведилол вводили крысам per os в течение 3 дней соответственно в дозах 0,15 и 1 мг/кг/сут, которые соответствуют высшим суточным дозам для людей. Всего выполнено 100 экспериментов (10 серий опытов).

В результате установлено, что назначение небиволола не влияет на суточный диурез, выделение креатинина и натрия с мочой у интактных животных, но увеличивает у них на 51,8 % экскрецию калия, снижая одновременно индекс натрий/калий мочи. Введение карведилола интактным крысам не оказывало достоверного влияния ни на один из показателей ионорегулирующей функции почек. Предварительная оценка функционального состояния почек крыс с ЭСН показала, что у них формируется характерный дефект почечной обработки натрия, способствующий его задержке в организме. Введение таким животным небиволола оказывало благоприятное влияние на функцию почек, существенно улучшая их способность выводить натрий после солевой нагрузки. При действии этого препарата было отмечено увеличение суточной экскреции креатинина и достоверный прирост выделения натрия на 77, 6 %. Одновременно небиволол у крыс с ЭСН вызывал калийуретическую реакцию, хотя она была несколько менее выражена по сравнению с интактными животными. Назначение крысам с ЭСН карведилола также вызывало достоверный прирост суточной экскреции натрия на 42, 4 %, однако натрийуретическая реакция, возникавшая под влиянием этого препарата, не сопровождалась увеличением выделения почками калия.

Сделан вывод, что краткосрочное введение небиволола или карведилола улучшает обработку натрия почками крыс с ЭСН, вызванной длительным действием на сердце избыточной физической нагрузки и введением адреномиметика фенилэфрина, препятствуя его задержке в организме после солевой нагрузки. Небиволол, в отличие от карведилола, дополнительно вызывает у интактных крыс калийуретическую реакцию, которая сохраняется у животных с ЭСН.

0122 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У НЕКОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Бушкова Э.А., Климова Т.М., Федорова В.И., Балтахинова М.Е., Кривошапкин В.Г.
ФГНУ "Институт здоровья", Якутск, Россия

Цель: изучить распространенность и структуру метаболического синдрома (МС) у некоренного населения Республики Саха (Якутия).

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужила случайная репрезентативная выборка из неорганизованного населения Республики Саха (Якутия) в возрасте 25-64 лет. В исследовании приняли участие 227 человек — представители некоренного населения, из них 75 мужчин и 152 женщины. Средний возраст обследованной популяции — 46,6±9,0 лет. Исследование проведено с применением стандартизованных эпидемиологических методов. МС диагностировали по критериям, предложенным Международной Федерацией диабета (IDF, 2005 г.). Статистическая обработка данных проводилась в пакете прикладных программ STATISTICA 8.0. При расчете стандартизованных по возрасту показателей (СПВП) за стандарт принималась возрастная структура населения мира (ВОЗ, 2001).

Результаты исследования. СПВП распространенности МС среди некоренного населения республики 25-64 лет составил 26,3 %, при этом частота выявления МС зависела от возраста обследованных. Так, у лиц в возрасте 25-44 лет МС был диагностирован в 17,8 % случаев, в 45-64 года — в 39 % ($p<0,005$). Средний возраст лиц с МС составил 49,2±7,4 лет. СПВП распространенности МС у мужчин составил 32,8 %, у женщин — 23 %.

У 68,5 % обследованных с МС выявлено 3 компонента синдрома, у 27,4 % — 4 компонента, у 4,1 % — все 5 компонентов по критериям IDF (2005г). При оценке распространенности различных вариантов клинической манифестации МС выявлено, что в данной популяции наиболее часто (в 53,4 % случаев) отмечается сочетание абдоминального ожирения (АО) с повышенным уровнем артериального давления (ПАД) и дислипидемией (ДЛП). Сочетание АО с ПАД, ДЛП и гипергликемией натощак/сахарным диабетом (ГГН/СД) выявляется в 19,2 %; АО с ДЛП — в 15,1 % случаев. Наиболее редкими вариантами МС являются сочетания АО с ДЛП и ГГН/СД (8,2 %) и АО с АГ и ГГН/СД (4,1 %). Частота выявления того или иного варианта клинической манифестации МС не зависела от возраста и пола обследованных. Таким образом, у некоренного населения республики ПАД является одним из компонентов МС в 68,9 % случаев, гипертриглицеридемия (ГТГ) — в 84,8 %, снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) — в 52,2 %, нарушения углеводного обмена — в 31,2 %. Частота выявления этих компонентов у лиц с МС не зависела от возраста. ГТГ и ГГН/СД статистически значимо чаще диагностировались у мужчин с МС, чем у женщин ($p<0,05$). Между тем, у женщин с МС чаще, чем у мужчин, выявлялось снижение уровня ХС ЛПВП ($p<0,005$).

Выводы. Стандартизованная по возрасту распространенность МС, диагностируемого по критериям IDF (2005 г.), у некоренных жителей Республики Саха (Якутия) в возрасте 25-64 лет составила 26,3 %, при этом наиболее частым вариантом клинической манифестации синдрома являлось сочетание АО с ПАД и нарушениями липидного обмена.

0123 КОРРЕКЦИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СО СТАРТА БЕЗ УЧЕТА ИСХОДНОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Бушмакина А.В., Ковалевская Н.А., Козиолова Н.А.
ГОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А.Вагнера Росздрава", Пермь, Россия

Цель: изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии со старта без учета исходного уровня АД на коррекцию субклинического поражения артерий у больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста.

Методы исследования: обследовано 42 больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста без признаков клинического поражения органов-мишеней. Средний возраст больных составил 43,7±5,9 года. Средний стаж гипертонии 1,9±1,1 лет. Субклиническое поражение артерий определялось до и после лечения по данным объемной сфигмоплетизмографии с помощью прибора VaSera VS-1000 (Fucuda Denshi, Япония). Определялись скорость распространения пульсовой волны справа и слева в плече-лодыжечном сегменте (R-PWV, L-PWV), скорость распространения пульсовой волны в каротидно-феморальном сегменте (СПВ КФС), сердечно-лодыжечно-сосудистый индекс (CAVI1), скорость распространения пульсовой волны аорты (PWV) и сонной артерии (C-PWV), индексы усиления систолического АД (R-AI; C-AI), плече-лодыжечного индекса справа и слева (R-ABI, L-ABI). В зависимости от выбора и тактики антигипертензивной терапии больные были разделены на две группы. Первая группа (n=22) получала фиксированную комбинацию эпросартана мезилат

и гидрохлортиазида в один прием независимо от уровня АД и группы сердечно-сосудистого риска со старта. Во второй группе (n=20) антигипертензивная терапия назначалась в зависимости от уровня АД и группы риска сердечно-сосудистых осложнений: монотерапия эналаприлом или нефиксированная комбинация эналаприла и гидрохлортиазида. Длительность терапии составила 6 месяцев. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, исходным уровням офисного АД и показателям объемной сфигмоплетизмографии, сопутствующей патологии, потребности в дополнительной антигипертензивной терапии.

Результаты: на фоне шестимесячного антигипертензивного лечения выявлена достоверная положительная динамика субклинического сосудистого ремоделирования более выраженная в первой группе. PWV аорты в первой группе в конце лечения была достоверно ниже, чем во второй группе и составила 5,7±0,9 м/с против 8,1±2,2 м/с соответственно (p<0,001). Индекс CAVI1 в конце лечения в первой группе был достоверно ниже, чем во второй — 7,4±0,5 м/с и 8,1±0,6 м/с — соответственно (p<0,001). В первой группе R-AI составил 0,9±0,4, во второй — 1,2±0,4 (p=0,020), C-AI в первой и второй группе был — 0,7±0,3 и 1,3±0,4 соответственно (p<0,001). Достоверных различий между группами по динамике СПВ КФС, R-PWV, L-PWV, R-ABI, L-ABI не было выявлено.

Выводы: на фоне шестимесячной антигипертензивной терапии регресс субклинического ремоделирования артерий у больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста без клинически выраженного поражения органов-мишеней был достоверно более значим по динамике показателей сфигмоплетизмографии (PWV в аорте, CAVI1, индексы усиления АД) на фоне фиксированной комбинированной терапии со старта независимо от уровня АД и сердечно-сосудистого риска в сравнении с лечением, определяемым исходной степенью повышения АД и сердечно-сосудистым риском.

0124 ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ДЕГРАДАЦИИ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТРИКСА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ БЕЗ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Бушмакина А.В., Ковалевская Н.А., Козиолова Н.А.
ГОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава", Пермь, Россия

Цель: изучить динамику маркеров деградации коллагенового матрикса миокарда у больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста без гипертрофии левого желудочка на фоне комбинированной антигипертензивной терапии.

Методы исследования: проведен фрагмент клинического исследования. Обследовано 12 больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста без гипертрофии левого желудочка, оцениваемой по данным допплеграфической эхокардиоскопии с использованием показателя — индекс массы миокарда левого желудочка. В исследование не включались пациенты с клиническим поражением других органов-мишеней. Средний возраст больных составил 42,9±5,6 года. Средний стаж гипертонии 2,2±1,1 лет. Пациенты в качестве антигипертензивной терапии получали фиксированную комбинацию (эпросартана мезилат в средней суточной дозе 450±150 мг, гидрохлортиазид в средней суточной дозе 9,375±3,125 мг) в один прием независимо от уровня АД и группы риска сердечно-сосудистых осложнений со старта. Длительность наблюдения и терапии составила 6 месяцев. Пациентам до и после лечения был проведен на стриповом иммуноферментном анализаторе Stat Fax 303 ("Awareness Technology", США) твердофазовый иммуноферментный анализ (ELISA) плазмы крови с помощью оригинального диагностического набора "Bio Source Europe S.A." (Бельгия) для количественного определения человеческого тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ (hTIMP-1) и оригинального диагностического набора "Diagnostics" (Дания) С-терминального теллопептида, образующегося при деградации коллагена I типа (CITP).

Результаты: на фоне комбинированной антигипертензивной терапии в течение 6 месяцев уровень офисного систолического АД достоверно снизился на 10,1±4,2 % (p<0,001), уровень офисного диастолическое АД — на 5,5±4,9 % (p=0,03), уровень пульсового АД — на 12,8±10,1 % (p=0,008). У 83,3 % больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста без признаков гипертрофии левого желудочка отмечено увеличение hTIMP-1, у 66,7 % — снижение CITP. В ходе 6-месячного антигипертензивного лечения у пациентов выявлено достоверное снижение hTIMP-1. Исходно hTIMP-1 составил 179,0±40,0 нг/мл, на фоне проводимой терапии — 145,0±30,2 нг/мл (p=0,028). На фоне комбинированной антигипертензивной терапии отмечен рост CITP с 0,5±0,2 нг/мл до 0,6±0,3 без достоверных различий (p=0,309). Между динамикой hTIMP и офисного САД отмечена достоверная корреляционная прямая зависимость сильной степени (r=0,63, p=0,006). Между hTIMP и пульсовым АД отмечена достоверная корреляционная обратная зависимость средней степени (r=0,57, p=0,04).

Выводы: фиксированная комбинированная терапия (эпросартанмезилат + гидрохлортиазид) в течение 6 месяцев у больных гипертонической болезнью без гипертрофии левого желудочка обеспечивает положительную динамику маркера деградации коллагенового матрикса миокарда (hTIMP-1), что достоверно коррелирует со снижением систолического и пульсового АД.

0125 КРОВЕПАРАЗИТАРНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ИНДУКТОР НОВЫХ ПРОБЛЕМ В КАРДИОЛОГИИ

Бушманова Г.М.[1], Непомнящих Л.М.[1], Терлецкий А.В.[2], Ахмерова Л.Г.[2], Гусева И.А.[3]
[1]ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия; [2]УРАН Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Отдел молекулярной и клеточной биологии, Новосибирск, Россия; [3]Новосибирский государственный медицинский университет, кафедра терапии ФПК И ППВ, Новосибирск, Россия

В настоящее время ССЗ вызывают тревогу в связи с эпидемически высокой частотой встречаемости кардиальной патологии в популяции, прогрессирующим ростом смертности, несмотря на активно предпринимаемое медикаментозное и кардиохирургическое лечение. Одним из серьёзных заболеваний этой группы является инфекционный эндокардит. Многолетнее изучение первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ) позволяет рассматривать его как новый клинический феномен XX-XXI веков и как одну из основных причин формирования ППС. Установлена эпидемически высокая частота встречаемости болезни, изученной к настоящему времени на всех этапах её развития в процессе долгосрочного проспективного наблюдения больных исходно ранними стадиями. Исследование, проведенное на рандомизированная выборке добровольцев, показало наличие трофозоитов бабезий в эритроцитах крови у 92 % обследованных. При проведении исследований крови гистохимическим методом у больных П-ХСЭ были выявлены внутриклеточные инфекции крови: бабезии — у 100 % обследованных со средней паразитемией 39.4 %, бартонеллы — у 86.5 % и риккетсии в клетках белой крови — у 35.5 % обследованных больных. Бабезии, бартонеллы и риккетсии, как правило, встречаются как микст-инфекция. Ранее нами были выявлены причинно-следственные взаимоотношения между П-ХСЭ, НСРиП и кровепаразитарными инфекциями. Выявление высокой инфицированности населения и нарастающий с годами в динамике процент сочетания П-ХСЭ и МА развития сердца, обусловленные недифференцированной МД, указывают на необходимость изучения роли кровяных протозойно-бактериальных внутриклеточных инфекций у пациентов с кардиологическими проблемами — Ас, ИБС, ГБ, КМП. В связи с этим возникает необходимость

изучения влияния указанных патогенов на развитие П-ХСЭ и вызываемых им ППС, тяжёлых НСРиП, нередко требующих имплантации ЭКС. Терапия П-ХСЭ с учетом наличия кровепаразитарных инфекций сопровождалась во всех случаях позитивными результатами, включая данные ЭхоКГ и ХМ ЭКГ. Выявление кровепаразитарных инфекций и проведение этиопатогенетической терапии должно отразиться на характере течения болезни и её прогнозе.

0126 "ВОЗВРАЩЕНИЕ" ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СЕПСИСА, ВЫНЕСЕННОГО ЗА СКОБКИ ПРОБЛЕМ РЕВМАТИЗМА И СЕПТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА

Бушманова Г.М., Непомнящих Л.М.
ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Проблема взаимоотношений ревматизма и септического эндокардита остаётся актуальной до настоящего времени. Выделенные в своё время А.И. Струковым, известные четыре периода изучения ревматизма, дополненные С.Ф. Олейником (1967) пятым периодом, в основу которого легли работы Н.Д. Стражеско, В.Т. Талалаева, И.А. Кассирского, позволившие говорить о хрониосептической природе болезни, вскоре сменились признанием строгой нозологической самостоятельности болезней (6 период). Это представление сохранилось до наших дней, несмотря на восприятие хрониосепсиса и хронического септического эндокардита как некого анахронизма на фоне оптимистической веры в могущество антибиотиков. Многие положения проблемы, так и не нашедшие объяснения, были преданы забвению. Отказ Клемперера от понятия коллагенозов с заменой его понятием диффузных заболеваний соединительной ткани, по-видимому, можно отнести к седьмому периоду развития представлений о ревматизме, рассматриваемому ранее как малый коллагеноз. Появление и развитие взглядов, соответствовавших выделенным периодам, происходило не последовательно, а скорее параллельно, порой наслаиваясь друг на друга. Так, например, сохраняющиеся воззрения о строгой нозологической самостоятельности ревматизма и СЭ уже более четверти века существуют на фоне представлений, возникших в результате длительного изучения феномена первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ). Поэтому обе болезни следует рассматривать в рамках единой нозологии как П-ХСЭ. Доказательства получены с использованием всех доступных современной кардиохирургии и патоморфологии методов верификации клинического диагноза прямым способом на уровне субстрата поражения, а также с учётом результатов долгосрочного проспективного наблюдения 96 больных исходно ранними стадиям П-ХСЭ за период с (1982-1999 г.г.) по (1996-2010г.г.). Речь идёт о хрониосептической природе болезни, именуемой ревматизмом, но, в силу выявленных особенностей в виде колонизации микробами эндокарда, заслуживающей название СЭ. Выявление клинических патогномоничных микросимптомов П-ХСЭ при наблюдении больных с исходно ранними стадиями болезни позволило увидеть прогрессию хрониосептического процесса во времени. Информативный рейтинг проблемы П-ХСЭ в последние годы возрос за счёт выявления у больных высокого процента внутриклеточных кровепаразитов: бабезий (100 % больных), бартонелл (86,5 %), риккетсий (35,5 %). Возвращение истории "на круги своя" на новом методическом уровне с углублением, дополнением и некоторой коррекцией прежних положений является изменением воззрений на основной патологический процесс, ответственный за формирование ППС.

0127 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА

Вайханская Т.Г., Кузнецова Н.И., Островский А.Ю., Геворкян Т.Т., Юдина О.А.
РНПЦ "Кардиология", Минск, Беларусь

Первый опыт ортотопической пересадки сердца в нашем центре побудил нас к поиску неинвазивных критериев, позволяющих оценить электрофизиологические функции трансплантированного сердца.

Материал и методы. В 2009 году в нашем центре выполнено 11 успешных операций ортотопической трансплантации сердца (10 мужчин и 1 женщина от 22 до 57 лет, средний возраст 38,7 ±12,3 лет). Данные серийных ЭКГ и ХМ-ЭКГ исследований, выполненных на 48-24 часов заранее, сопоставили с данными эндомиокардиальных биопсий (ЭМБ) за период от 9 до 15 месяцев наблюдения. Выраженность реакции острого отторжения оценивали по классификации ISHLT (International Society for Heart and Lung Transplantation,1990). В различные сроки наблюдения легкая степень выраженности острой клеточной реакции отторжения 1R выявлена в 9 серийных биопсийных образцах, в 16 ЭМБ гистологические признаки реакции острого отторжения (РОТ) отсутствовали — 0R.

Результаты. По данным ЭКГ и ХМ у 10 пациентов наряду с синусовым ритмом донорского сердца отчетливо регистрировались потенциалы остаточных отделов предсердий реципиента в виде дополнительного предсердного зубца Pr и у 1 больного сохранялись волны фибрилляции в предсердиях реципиента и адекватный синусовый ритм донорского сердца. У 4-х пациентов регистрировалась полная блокада правой ножки пучка Гиса. Хронотропная несостоятельность синусового узла трансплантированного донорского сердца выявлена у 4-х больных, 3-ем из них потребовалась имплантация двухкамерного электрокардиостимулятора в режиме DDDR (вариант ApVs). При анализе результатов ХМ у всех пациентов после ОТС выявлена закономерно низкая ВСР (т. к. трансплантированное сердце — денервированный орган), показатель SDNN в среднем составил 34,4±2,94 мс. и патологическая ТСР (HRTO≥0 %). Однако, результаты ХМ пациентов с реакцией отторжения (1R, n=9) достоверно отличались по параметрам ТСР, удлинения и дисперсии QTc с показателями пациентов без гистологических признаков отторжения (0R, n=16). Так, начало турбулентности (показатель HRTO) при РОТ -1R составил 1,62±0,13(%), в сравнении с 0,03±0,07(%) при РОТ-0R ($p<0,01$), удлинение QTc>450мсв%/сут,соответственно77,8±13,1(%)и26,7±11,4(%), и дисперсия QTcd 75±9,4 (мс) и 16,2±9,61(мс) соответственно при РОТ-1R и РОТ-0R ($p<0,05$). Пароксизмы неустойчивой ЖТ, интермиттирующие нарушения SA- и AV-проводимости регистрировались при ХМ у пациентов после ОТС с признаками РОТ-1R в 66,6 %.

Выводы. Таким образом, патофизиология трансплантированного сердца с РОТ характеризуется и комплексом электрокардиографических изменений: нарушениями ритма и проводимости, изменениями характеристик ВСР и ТСР, удлинением и дисперсией корригированного интервала QTc. Проведенное нами исследование показало необходимость использования этих электрокардиографических критериев при ХМ в комплексе неинвазивных методик для раннего выявления реакции отторжения и выработки диагностической и лечебной тактики.

0128 АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Валеев И.Г., Закирова А.Н., Берг А.Г., Руденко В.Г., Нуртдинова Э.Г., Червякова К.В.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет", Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить значение атеросклероза сонных артерий как показателя риска развития ишемической болезни сердца у больных артериальной гипертонией.

Методы исследования. Обследовано 42 больных гипертонической болезнью с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах. Для диагностики атеросклеротического поражения сонных артерий проводилось ультразвуковое

исследование на аппарате PHILIPS iE 33. Атеросклероз сонных артерий диагностировался при выявлении утолщения комплекса интима-медиа более 0,9 мм с признаками уплотнения, гранулирования и/или нарушения дифференциации на слои или наличие атеросклеротической бляшки. Диагноз ишемической болезни устанавливался при наличии инфаркта миокарда в анамнезе и/или изменений на электрокардиограмме, свидетельствовавших о перенесенном инфаркте миокарда и/или выявлении локальных нарушений сократимости по данным эхокардиографического исследования. Диагноз стенокардии устанавливался при наличии патогномоничных жалоб и выявлении изменений на электрокардиограмме при пробе с физической нагрузкой или во время холтеровского мониторирования. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа — 23 больных с атеросклерозом сонных артерий (средний возраст 62,3±1,9 лет), 2 группа — 19 больных без атеросклероза сонных артерий (средний возраст 50,2±2,3 лет),

Полученные результаты. У больных 1 группы (с атеросклерозом сонных артерий) диагноз ишемической болезни сердца был установлен у 18 больных (у 78 % больных данной группы) — стенокардия у 8 больных, признаки перенесенного инфаркта миокарда у 5 больных, стенокардия и признаки перенесенного инфаркта миокарда у 5 больных. У больных 2 группы (без атеросклероза сонных артерий) диагноз ишемической болезни был установлен у 5 больных (26 % больных данной группы, $p< 0,05$ по сравнению с 1 группой) — 3 больных стенокардией и 2 перенесли острый инфаркт миокарда.

Выводы. Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о более частой выявляемости ишемической болезни сердца у больных артериальной гипертонией с атеросклерозом сонных артерий. Ультразвуковое исследование сонных артерий позволяет не только диагностировать развитие атеросклероза в самих артериях, но и позволяет получить представление о распространенности атеросклеротического процесса во всей сердечно-сосудистой системе.

0129 ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ: ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ

Валиахметов М.Н., Веневцева Ю.Л., Мельников А.Х., Гомова Т.А.
Медицинский институт ГОУ ВПО “Тульский государственный университет”, Тула, Россия

Инфаркт миокарда (ИМ), осложняющий течение ИБС у лиц молодого возраста, является одним из факторов, снижающих качество и продолжительность предстоящей жизни.

Проанализированы 30 случаев нефатального ОИМ с подъемом ST (2 женщины) у лиц молодого (44,8±0,61 года, 37-49 лет, 1 группа) и 23 случая (2 женщины) у пациентов старшего возраста (74,0±1,6 года, 61-91 год, 2 группа).

Среди молодых пациентов преобладали лица с ожирением: ИМТ >30 кг/м^2 был у 46,7 % в 1 и у 21,7 % лиц 2 группы, курили 93,3 % пациентов 1 группы и только 69,6 % ($P<0,05$) — 2 группы. У 73,3 % лиц 1 и 87 % — 2 группы отмечена АГ. Нарушение толерантности к углеводам или СД выявлены соответственно у 16,7 % и у 26,3 % пациентов. Повторным данный ИМ был у 2 (6,7 %) пациентов 1 и у 5 (26,3 %) — 2 группы. Если у молодых пациентов незначительно преобладала задняя (нижняя) локализация (60 %, в том числе у 11,1 % ИМ распространился на боковую стенку), чем передняя (40 %, в том числе у 92 % с поражением боковой стенки), то во 2 группе наблюдалось обратное соотношение: 65,2 % составил передний и 34,8 % — задний ИМ. В обеих группах подтвержден утренний пик возникновения ОКС (36,6 и 39,1 %).

В острейшем периоде ИМ (до 12 часов) гипергликемия наблюдалась одинаково часто — у 66,6 % 1 и у 88,8 % пациентов 2 группы, как и сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов, соответственно у 59,1 и 42,9 % лиц. Однако реакция “острый стресс” по Л.Х.Гаркави (уменьшение лимфоцитов в лейкоцитарной формуле ниже 20 %) отмечалась в 1 группе реже (в 57,1 %), чем во 2 (78,6 %, тенденция к достоверности).

По данным ЭхоКГ, проведенной на 10-14 день, в 1 группе достоверно реже наблюдалось расширение корня аорты свыше 36 мм (6,9 % и 33,3 %) и увеличение правого желудочка (65,5 и 100 %). Не было найдено различий в частоте дилатации КДР ЛЖ и левого предсердия, гипертрофии МЖП и ЗСЛЖ (34,0 и 41,7 %), однако у пожилых выраженность гипертрофии была выше. Частота легочной гипертензии по данным ЭхоКГ также была достоверно выше во 2 группе (75 %) по сравнению с 1 (17,4 %, $P<0,01$). Нарушение диастолической функции ЛЖ выявлено у 51,7 % лиц 1 и у 83,3 % — 2 группы. У 10,3 % лиц 1 группы фракция выброса (ФВ) ЛЖ была повышена и у 20,7 % — снижена, в то время как у 50 % пациентов 2 группы ФВ была снижена.

Обращает на себя внимание более частое выявление незначительной и умеренной клапанной регургитации во 2 группе: на МК — в 58,6 и 83,3 %, на ТК — в 41,4 и 91,7 % ($P<0,01$), на аортальном — в 10,3 и 66,7 % ($P<0,01$) и легочном клапане — в 3,4 и 8,3 %. Это указывает на большую выраженность гемодинамических нарушений во 2 группе, в которой чаще визуализировались аневризмы (3,4 и 26,6 %, $P<0,05$).

Таким образом, нефатальный ИМ у курящих лиц молодого возраста с АГ и ожирением является серьезным поводом для коренного изменения стиля жизни, в том числе психологического статуса, для предупреждения стратификации.

0130 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Варгина Т.С., Королева Т.В., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель. Выявить взаимосвязи между показателями сократительной функции миокарда и длительностью сахарного диабета у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы. В исследование было включено 70 больных ИБС и СД 2 типа. Средний возраст больных составил 62,7±8,6 лет, среди этих больных было 21(30 %) мужчин и 49 (70 %) женщин. Длительность СД у больных данной группы в среднем составила 8±3,6 лет. Изучение показателей сократительной функции миокарда проводилось методом равновесной радионуклидной вентрикулографии (РРВГ). Для определения основных характеристик систолической и диастолической функции левого (ЛЖ) и правого (ПЖ) желудочков исследовались следующие показатели: фракция выброса (ФВ), наполнение за 1/3 диастолы, выброс за 1/3 систолы, максимальная скорость изгнания, максимальная скорость наполнения, конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО). Больным ИБС и СД 2 типа РРВГ проводилась в период компенсации углеводного обмена.

Результаты. Для выявления взаимосвязей между показателями сократительной функции миокарда и длительностью сахарного диабета у больных ИБС и СД 2 типа был проведен регрессионно-корреляционный анализ. Длительность сахарного диабета имела достоверные корреляции слабой и умеренной силы с показателями сократительной функции левого желудочка: ФВ ЛЖ ($r =-0,19$; $p =0,017$), выбросом за 1/3 систолы ЛЖ ($r =-0,27$; $p =0,045$), КДО ЛЖ ($r = 0,34$; $p =0,02$) и КСО ЛЖ ($r =0,28$; $p =0,048$). Аналогичная корреляционная связь слабой и умеренной силы была отмечена между показателями сократительной функции миокарда и длительностью сахарного диабета и в правом желудочке: ФВ ПЖ ($r =-0,33$; $p =0,02$), наполнение за 1/3 диастолы ПЖ ($r =-0,19$; $p =0,047$), выбросом

за 1/3 систолы ПЖ (r = -0,48; p =0,0004), максимальной скоростью наполнения ПЖ (r = -0,22; p =0,03), КДО ПЖ (r =0,23; p =0,046) и КСО ПЖ (r =0,36; p =0,01).

Выводы. Таким образом, прогрессирование сахарного диабета у больных ИБС и СД 2 типа сопровождается уменьшением ФВ, ухудшением показателей диастолической функции (уменьшением максимальной скорости наполнения и наполнения за 1/3 диастолы, увеличением КДО) и систолической функции (уменьшением выброса за 1/3 систолы и увеличением КСО). Ремоделирование у больных ИБС и СД 2 типа протекает в миокарде обоих желудочков сердца, отражая процессы бивентрикулярного ремоделирования.

0131 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА

Василенко В.М., Аттаева М.Ж., Джаппуева С.К., Шугушев Х.Х.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Учитывая высокую частоту желудочковых аритмий среди больных с диастолической дисфункцией миокарда левого желудочка (ЛЖ), необходимы надежные критерии, позволяющие выявить пациентов с электрической нестабильностью миокарда, т. е. с повышенным риском внезапной смерти.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния диастолической дисфункции миокарда ЛЖ на показатели вариабельности ритма сердца (ВРС), а также их сопряженность с частотой желудочковых аритмий различных градаций.

Материал и методы: В исследование включены 105 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Возраст обследованных больных 32-68 лет. Среди них 65 мужчин и 40 женщин. Всем больным были проведены: эхокардиография с оценкой массы и диастолической функции миокарда ЛЖ по стандартной методике, суточное мониторирование ЭКГ с анализом вариабельности ритма сердца.

Полученные результаты: Анализируя данные о влиянии диастолической дисфункции миокарда ЛЖ на показатели вариабельности ритма, мы обнаружили достоверную взаимосвязь между ними. При увеличении степени выраженности дисфункции миокарда ЛЖ происходит уменьшение стандартного отклонения интервала RR. Данная тенденция подтверждается и при проведении корреляционного анализа, выявившего обратную зависимость между массой ЛЖ, степенью выраженности дисфункции миокарда и стандартным отклонением RR: с увеличением индекса массы ЛЖ, степени дисфункции миокарда вариабельность ритма существенно снижается (r=-0,83; p<0,001). Кроме того у больных с диастолической дисфункцией миокарда ЛЖ было отмечено и неблагоприятное изменение частотных показателей ВРС: увеличение мощности низкочастотных и снижение высокочастотных колебаний. Снижение стандартного отклонения RR сопровождалось повышением средней частоты сокращений желудочков. При анализе взаимосвязи параметров ВРС и желудочковых аритмий, была выявлена их тесная сопряженность. Снижение стандартного отклонения RR менее 60 мс сопровождалось существенным возрастанием частоты парных и групповых желудочковых экстрасистол. Эпизоды желудочковой тахикардии зарегистрированы только у больных с минимальными показателями вариабельности ритма — менее 40 мс.

Выводы: увеличение массы миокарда и диастолическая дисфункция ЛЖ сопровождаются достоверными изменениями показателей ВРС, которые проявляются уменьшением стандартного отклонения интервала RR и нарушениями частотных показателей ВРС. Уменьшение стандартного отклонения RR у пациентов с увеличенной массой миокарда, диастолической дисфункцией левого желудочка тесно коррелирует с наличием желудочковых аритмий высоких градаций, что позволяет использовать их в качестве маркеров электрической нестабильности миокарда в данной группе больных.

0132 ОЦЕНКА КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ВАРИАНТОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Секисова М.А., Цветкова Е.Ю., Лысцова Н.Л.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Показатели микроциркуляции (МЦ) характеризуются выраженными отклонениями индивидуальных значений. Абсолютные величины показателей МЦ различаются в 3-10 раз. Исходя из высокой вариабельность параметров периферического кровотока, возникла необходимость выделения гемодинамических типов микроциркуляции ГТМ).

Целью настоящей работы явилось изучение различных гемодинамических вариантов периферической гемоциркуляции у больных АГ и оценка их клинико-прогностического значения.

Материал методы. В исследовании приняли участие 78 больных АГ и 29 практически здоровых лиц обоего пола. Микроциркуляцию исследовали методом лазерной допплеровской флоуметрии на аппарате “ЛАКК-02”. В своей работе мы использовали классификацию В.И. Маколкина с соавт. с выделением нормоциркуляторного (Н), гиперемического (Г), спастического (С) и застойного (З) ГТМ. Всем пациентам определяли липидный спектр крови и оценивали выраженность микроальбуминурии.

Результаты исследования. В группе здоровых преобладали лица с НГТМ (38,5 %). Реже встречались СГТМ и ГГТМ (26,9 % и 15,4 %). ЗГТМ был выявлен у 19,2 % лиц. Среди больных АГ самым частым ГТМ явился застойный, который был диагностирован у 33,7 % исследуемых. Реже всего встречался НГТМ (10,4 %). С и Г типы выявлены у 24,7 % и 31,2 % больных. Принято считать, что НГМТ, чаще наблюдаемый у здоровых лиц, является наиболее благоприятным, а застойный вариант гемодинамики свидетельствует о выраженных структурно-функциональных сдвигах микрососудистого русла. У пациентов со спастическим и, особенно, застойно-стазическим ГТМ выявлены наиболее выраженные признаки дислипидемии, характеризующиеся гиперхолестеринемией, гипертриглицеридемией, повышенным уровнем ХС ЛПНП и снижением содержания ХС ЛПВП в крови. Так, уровень общего холестерина у больных с СГТМ составил 6,38±0,26 ммоль/л, у больных с ЗГТМ 6,22±0,22 ммоль/л против 5,46±0,26 ммоль/л у больных с НГТМ (p<0,05). Уровень ХС ЛПВП у больных с ЗГТМ снижен на 13,6 %. Рост содержания атерогенных липидов сопровождается еще большим нарастанием эндотелиальной дисфункции, прогрессированием нарушений МЦ, поражением органов-мишеней. Так, несмотря на одинаковую продолжительность клинических признаков АГ в исследуемых группах больных, гипертрофия миокарда левого желудочка сердца реже встречалась у пациентов с НГТМ. У исследуемых лиц с данным ГТМ выявлены также более низкие значения микроальбуминурии. В то же время у больных с СГТМ и ЗГТМ этот показатель был вдвое выше, что свидетельствует о более выраженных явлениях эндотелиальной дисфункции и, безусловно, ухудшает прогноз заболевания. Кроме того, ИБС и наличие перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе чаще встречается у больных с СГТМ и ЗГТМ и значительно реже у пациентов с НТГМ.

Выводы. Таким образом, типы ГТМ имеют различное клинико-прогностическое значение. Из них спастический и застойно-стазический варианты отличаются наиболее выраженным негативным влиянием на органы-мишени и прогноз.

0133 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У АБОРИГЕНОВ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА: ВЛИЯНИЕ ТИПОВ ПИТАНИЯ НА ЕГО ФОРМИРОВАНИЕ

Василькова Т.Н., Матаев С.И.
ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия Росздрава", Тюмень, Россия; ФГУ НЦ профилактического и лечебного питания СО РАМН, Тюмень, Россия

До недавнего времени в литературе существовало официальное мнение о том, что коренным народам Севера не присущи болезни цивилизации. Однако, с освоением территорий Крайнего Севера, ростом урбанизации, и, соответственно, сменой кочевого образа жизни на оседлый, происходит радикальное изменение питания с полярного на углеводный тип.

Цель исследования: оценить распространенность кластеров метаболического синдрома (МС) — ожирения и АГ у коренных жителей Крайнего Севера в зависимости от уклада жизни (кочевой, полукочевой, оседлый) и типа питания.

Материалы и методы: Обследовано 98 мужчин-ненцев 18-60 лет. Все обследуемые были разделены на 3 группы: 1-я группа — кочующие, постоянно живут в тундре; 2-я — ведут полукочевой образ жизни; 3-я — оседлые, постоянно живут в поселках. МС верифицировали согласно критериям ВНОК, пересмотр 2008г. Степень ожирения вычисляли с помощью формулы Кетле. Фактическое питание пациентов проводили частотным методом с использованием компьютерной программы "Анализ состояния питания человека" (версия 1,2 ГУ НИИ питания РАМН, 2003-2005). Данные обработаны статистически с помощью пакета прикладных программ "SPSS" (версия 12,0).

Результаты обследования: Выявлено, что лица, ведущие кочевой образ жизни, имеют традиционный белково-жировой тип питания, где соотношение основных макронутриентов (белки: жиры: углеводы) составило 1,8:1:3,4 против 1:1,1:2,7 — во 2-й и 1:1,09:3,2 — в 3-й группе. Во 2-й и 3-й группах ИМТ превышал нормативные значения и соответствовал ожирению I степени (31,5±1,3) в третьей группе и избыточной массе тела во второй группе (28,5±2,2), тогда как у кочевого населения, сохранившего традиционный образ жизни и привычки питания, выявлен нормальный ИМТ (23,1±1,2). Соответственно 1-й и 3-й группам потребление белка, общих жиров, насыщенных жирных кислот (НЖК) составило 204 % и 102 %, ($p<0,5$), 2 % и 28 %, ($p<0,001$), 12 % и 47 %, ($p<0,001$). Обращает на себя внимание, что у лиц, ведущих оседлый образ жизни, выявлен европейский тип питания с дефицитом белка и избытком общих жиров, что и объясняет у них развитие ожирения. Потребность в ПНЖК, поступающих с рыбой, у аборигенов Севера превышает аналогичные показатели европейцев на 15 %, поэтому при сломе традиционного типа питания наблюдается и больший дефицит в данных веществах. Показатели распространенности АГ оказались наиболее высокими также в 3-й группе (37,5 %) с преобладанием III степени АГ, против 9,7 %, ($p<0,01$) в 1-й группе, где у всех больных выявлена I степень АГ. Во 2-й группе распространенность АГ составила 17,8 %, при этом в 73,7 % случаев верифицирована II степень, в 26,3 % — III степень АГ.

Заключение. При смене традиционного типа питания со снижением доли пластического материала (белка) и увеличением доли общих жиров и НЖК у аборигенов Севера происходит слом генетически детерминированных адаптивных процессов, приводящий к метаболическим нарушениям.

0134 ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Василькова Т.Н., Матаев С.И.
ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия Росздрава", Тюмень, Россия; ФГУ НЦ профилактического и лечебного питания СО РАМН, Тюмень, Россия

В настоящее время наблюдается неуклонный рост числа больных метаболическим синдромом (МС), который в популяции приобретает характер пандемии. На сегодняшний день распространенность МС составляет 15-25 %. Многие авторы в последние годы включают в данный комплекс синдрома и гиперурикемию (ГУ). При этом отмечают корреляции между уровнем мочевой кислоты (МК) и триглицеридемией, а так же гипертрофией миокарда левого желудочка. Все компоненты МС имеют общие патогенетические механизмы, ведущие к активации системного субклинического воспаления, которое поддерживается еще и иррациональным питанием с дисбалансом потребления важнейших цито- и органопротекторных веществ.

Цель: изучить пищевой статус у больных при сочетании МС и ГУ.

Материалы и методы: обследовано 90 больных мужского пола среднего возраста с проявлениями МС. МС устанавливали на основании критериев ВНОК (2008г), гиперурикемию — при концентрации МК более 420 мкмоль/л. Фактическое питание оценивали частотным методом с использованием компьютерной программы "Анализ состояния питания человека" (версия 1,2 ГУ НИИ питания РАМН, 2003-2005г). Данные обработаны статистически с помощью пакета прикладных программ "SPSS" (версия 12,0).

Результаты: Все больные в зависимости от наличия ГУ были разделены на 2 группы: 1-я (27 больных) — МС с ГУ, 2-я (63 больных) — МС с нормальным уровнем МК. Средний возраст обследованных в первой группе составил 49,3 года, во второй — 55,1 год, что свидетельствует о более раннем формировании МС при наличии ГУ. Немаловажное значение при этом принадлежит фактическому питанию. В результате оценки пищевого рациона установлен наиболее разбалансированный его характер у больных с МС и ГУ. Кроме этого в 1-й группе выявлено достоверно большее потребление общего жира (43,6±4,7 % в 1-ой и 32,2±4,1 % — во 2-ой группе, $p<0,5$) и НЖК, избыток которых соответственно группам составил 44±5,2 % и 31,1±3,9 % ($p<0,5$). К тому же, в обеих группах был выявлен дефицит не только ПНЖК в целом, но и их фракций: ω-6-ПНЖК и ω-3-ПНЖК. Однако выраженный недостаток этих веществ был достоверно выше в 1-ой группе, где общее количество ПНЖК составило 36,5±4,6 % против 21,4±3,9 % во 2-ой группе. При анализе потребления витаминов выявлен выраженный дефицит в рационе витаминов группы В, достоверно преобладающий в 1-й группе. Для витаминов В1, В2 в 1-ой группе он составил 18±3 %, 28,5±5,7 % против 7,1±4,1 %, 11,4±4,3 % во 2-ой группе ($p<0,5$). Являясь коферментами дыхательной цепи, эти витамины при их недостатке в рационе способствуют недостаточному окислению НАДФ-Н, что ведет к образованию рибозо-5-фосфата, который представляет промежуточный продукт, из которого осуществляется синтез пуринов.

Выводы: Выявлено более раннее формирование МС при наличии ГУ, что поддерживается неадекватным питанием с избытком НЖК и дефицитом ПНЖК и важнейших витаминов.

0135 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ПРИ АССОЦИАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ХОБЛ

Василькова Т.Н., Попова Т.Н., Сорокин Д.В.
ГОУ ВПО "ТюмГМА Росздрава", Тюмень, Россия; ФГУ НЦ профилактического и лечебного питания СО РАМН, Тюмень, Россия

В настоящее время наблюдается рост артериальной гипертонии (АГ), являющейся компонентом метаболического синдрома (МС), и ХОБЛ, которые обуславливают и нарушения цитокинового каскада. Течение АГ, взаимосвязь с нарушениями в системе цитокинов у больных при сочетании МС и ХОБЛ практически не изучены.

Цель исследования. Оценить течение артериальной гипертонии, ее взаимосвязь с профилем интерлейкинов у больных при сочетании МС и ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 119 больных мужского пола с наличием МС. Все больные разделены на 2 группы: 1-я (60 человек) больные с изолированным МС, 2-я (57 человек) — больные с ассоциацией МС и ХОБЛ (средней степени

тяжести, фаза ремиссии). МС верифицировали согласно критериям ВНОК (2008г), АГ — ВНОК (2004г), ХОБЛ — ATS и ERS (2005г). Профиль интерлейкинов определяли в сыворотке крови методом ИФА. Состав тела оценивали методом биоимпедансометриии (АВС-01 "Медас", Россия). Данные обработаны статистически ("SPSS", версия 12,0) и выражены как M±m. Степень достоверности различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. Установлено, что у больных с ассоциацией МС и ХОБЛ преобладала распространенность тяжелой АГ — АГ III степени, наличие которой выявлено у 39,1 % в сравнении с больными с изолированным МС — 18,75 %, (p<0,05). При этом наличие АГ I степени оказалось наименьшим у больных с МС и ХОБЛ — 12,5 % против 15,7 %, (p<0,05) у больных с изолированным МС. Известно, что с увеличением степени ожирения наблюдается более тяжелое течение АГ. Оценка ИМТ выявила преобладающие значения у больных с сочетанной патологией, где выявлено ожирение I степени — 33,7±2,1 кг/м^2 против 28,5±3,4 кг/м^2, соответствующего избыточной массе тела. Следует отметить, что ИМТ был обусловлен ростом жировой массы (ЖМ) на фоне дефицита тощей массы (ТМ), что подтверждено в ходе биоимпедансометрии. Так, содержание ЖМ у больных с МС и ХОБЛ составило 54,9 %, тогда как при изолированном МС — 45,1 %, (p<0,05), а ТМ — 38 % и 62 %, (p<0,05) соответственно. Жировая ткань является источником гиперпродукции провоспалительных цитокинов, в частности, ФНО-α (r= 0,972, p<0,01) и обуславливает снижение выработки противовоспалительного ИЛ-4 (r= — 0,787, p<0,01). Сывороточный уровень данных цитокинов соответственно 1-й и 2-й группам составил 1,2±0,06 пг/мл и 9,4±2,9 пг/мл, (p<0,001), 1,43±0,2 пг/мл и 1,09±0,18 пг/мл, (p<0,05). В ходе корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между уровнем АД и содержанием ФНО-α (r= 0,937, p<0,01), ИЛ-4 (r= — 0,864, p<0,05). Наряду с этим установлено, что уровень АД возрастает не только при увеличении жировой массы в организме (r= 0,957, p<0,01), но и при редукции эндогенного пула белка, представленного тощей массой (r= -0,812, p<0,05).

Выводы. Течение артериальной гипертонии при сочетании метаболического синдрома и ХОБЛ характеризуется более тяжелым течением, что связано с выраженным дисбалансом компонентного состава тела у больных с сочетанной патологией, обуславливающим значимый дисбаланс цитокинового профиля.

0136 ТЕЧЕНИЕ ИБС У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Василькова Т.Н., Попова Т.Н., Антипина А.Н.
ГОУ ВПО "ТюмГМА" Росздрава, Тюмень, Россия; ФГУ НЦ профилактического и лечебного питания СО РАМН, Тюмень, Россия

По данным проспективных исследований, ИБС страдают около 18-24,5 % мужчин в возрасте от 45 до 69 лет. В современной медицинской науке ИБС рассматривается как один из кластеров метаболического синдрома (МС), при этом на течение ИБС значимое влияние оказывает и наличие гиперурикемии (ГУ).

Цель исследования: изучить течение ИБС у больных МС с ГУ.

Методы исследования. Обследовано 117 мужчин среднего возраста, больных МС. В зависимости от наличия ГУ сформировано 2 группы: 1-ая (60 больных) — больные изолированным МС без ГУ, 2-ая (57 больных) — больные МС с ГУ. Диагноз ИБС, включая класс стенокардии (СН), устанавливали в соответствии с критериями ВКНЦ АМН СССР (1984). ГУ диагностировали при концентрации мочевой кислоты в крови свыше 420 мкмоль/л. Данные обработаны статистически ("SPSS", версия 12,0) и выражены как M±m. Степень достоверности различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Степень взаимосвязей параметров оценивали по критерию корреляционных связей Пирсона.

Результаты. У больных 2-1 группы верифицирована распространенность тяжелых классов стенокардии напряжения. Так, у больных МС с наличием ГУ частота встречаемости СН ФК III составила 35,7 % против 12,3 %, (p<0,01) у больных МС без ГУ, тогда как наличие СН ФК I достоверно преобладало у больных без нарушений обмена мочевой кислоты, составив 31,8 % в сравнении с 17,4 % у больных МС с ГУ. Следует отметить, что у больных 2-й группы наличие постинфарктного кардиосклероза верифицировано у 15,2 % против 6,7 % (p<0,05) у больных 1-й группы.

Данные изменения во многом были обусловлены тем, что повышение сывороточной концентрации мочевой кислоты индуцирует развитие дислипидемии II Б, в частности, за счет индукции синтеза триглицеридов (кк= 0,915, p<0,01) и ЛПНП (кк= 0,857, p<0,05). В ходе исследования дислипидемия II Б типа диагностирована у всех больных, однако преобладающие нарушения липидного обмена обнаружено у больных с МС и ГУ, где уровень триглицеридов составил 2,5±0,2 ммоль/л против 1,0±0,07 ммоль/л, (p<0,05) у больных МС без ГУ, а уровень ЛПНП — 3,8±0,04 ммоль/л и 3,4±0,3 ммоль/л, (p<0,05) соответственно. В результате корреляционного анализа также установлены сильные положительные связи между функциональным классом ИБС и уровнем гипертриглицеридемии (кк= 0,798, p<0,05), концентрацией мочевой кислоты (кк= 0,827, p<0,05).

Выводы. Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что течение ИБС у больных метаболическим синдромом при наличии гиперурикемии характеризуется более тяжелым течением в виде значимо преобладающей распространенности стенокардии напряжения ФК II, а также постинфарктного кардиосклероза в сравнении с больными метаболическим синдромом без гиперурикемии, что во многом обусловлено индукцией нарушений липидного обмена при наличии нарушений обена мочевой кислоты.

0137 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕДУДОЧКА КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Шевелёк А.Н.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель исследования — изучить роль ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) как фактора риска рецидивов фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Обследованы 68 пациентов (42 мужчины и 26 женщин, средний возраст 54,7 ± 10,5 лет) со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), мягкой или умеренной артериальной гипертензией (АГ) и компенсированной хронической сердечной недостаточностью, имевших пароксизмы ФП в анамнезе и синусовый ритм на момент начала исследования. Все пациенты принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, статины, антитромбоцитарные и антиаритмические препараты III класса. Исходно больным выполнялась эхокардиография по стандартной методике на ультразвуковом аппарате "Acuson-Aspen" (США) с помощью датчика 2,5 МГц с углом секторальной развертки 75° в положении больного на спине или левом боку. При этом определяли толщину задней стенки ЛЖ, межжелудочковой перегородки, относительную толщину стенок (ОТС) и индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ, который вычисляли формуле Devereux R.B. Наличие гипертрофии ЛЖ определяли на основании показателя ИММ ≥125 г/м^2 — для мужчин и ≥110 г/м^2 — для женщин. Согласно классификации Ganau A. на основании величин ОТС и ИММ ЛЖ определяли наличие или отсутствие ремоделирования ЛЖ и его геометрическую модель. При отсутствии ГЛЖ геометрию ЛЖ расценивали как нормальную (ОТС ЛЖ <0,45) либо как его концентрическое ремоделирование (ОТС ЛЖ >0,45); при наличии ГЛЖ диагностировали эксцентрическую (ОТС ЛЖ <0,45) либо концентрическую (ОТС ЛЖ >0,45) гипертрофию ЛЖ. В течение последующих 6 мес оценивали наличие рецидивов ФП.

Результаты исследования. На протяжении 6 мес у 38 (56 %) пациентов (1-я группа) были зафиксированы пароксизмы ФП, у 30 (44 %) (2-я группа) — сохранялся синусовый ритм. Существенных различий по полу, возрасту и клинической характеристике пациентов между группами не было. У больных 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно ($p<0,05$) больше были толщина задней стенки, ОТС и ИММ ЛЖ. Толщина межжелудочковой перегородки существенно не различалась между группами. Частота выявления ремоделирования ЛЖ была значимо ($p<0,05$) выше в 1-й группе по сравнению со 2-й (64 % и 27 % соответственно). При этом среди пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й значительно чаще выявлялась концентрическая гипертрофия ЛЖ (32 % против 7 %, $\chi^2=5,24$, $p=0,026$), тогда как распространенность остальных типов ремоделирования ЛЖ достоверно не различалась. Наличие ремоделирования ЛЖ, и в особенности его концентрической гипертрофии, ассоциировались с существенным ($p<0,05$) возрастанием риска развития рецидивов ФП (отношение шансов 4,7 и 6,5 соответственно).

Выводы. У пациентов со стабильной ИБС и АГ ремоделирование миокарда ЛЖ, в особенности его концентрическая гипертрофия, является фактором риска развития рецидивов ФП в ближайшие 6 мес.

0138 ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Вахрушева Ю.В., Миролюбова О.А., Яковлева А.С.
Северный государственный медицинский университет, МУЗ "Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич" Архангельск, Россия

Цель: Оценить влияние пола на качество жизни пациентов спустя год после острого инфаркта миокарда.

Методы: Были проанализированы анкеты качества жизни, заполненные пациентами через год после острого инфаркта миокарда (2008-2009гг), пролеченного в МУЗ "Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич" г. Архангельска. В исследование включен 71 пациент, 51 мужчина и 20 женщин. Возраст мужчин — 55,3±9,9 года, возраст женщин — 66,2±13,2 года. Различие 10,8 года [95 % ДИ 16,3 — 5,4 года], $p<0,001$. Качество жизни оценивалось по 5 параметрам: возможность выполнения физических нагрузок, способность к самообслуживанию, возможность осуществления обычной активности (работа, учеба, работа по дому, семейные обязанности), наличие и выраженность боли/дискомфорта, наличие и выраженность беспокойства/депрессии. Каждый критерий имел 3 градации. Математическая обработка данных выполнена с использованием SPSS 17.0 для Windows.

Результаты: на ограничения при выполнении физической нагрузки (прогулки) указали 27,5 % мужчин и 60 % женщин ($\chi^2=7,653$; $p=0,022$). Проблемы с самообслуживанием имели только 3,9 % мужчин и 10 % женщин, различие недостоверно ($\chi^2=0,998$; $p=0,319$). Ограничения обычной активности отметили 17,6 % мужчин и 50 % женщин ($\chi^2=7,690$; $p=0,021$). Наличие болей/дискомфорта имели 52,1 % мужчин и 90,0 % женщин ($\chi^2=12,225$; $p=0,002$). Указали на умеренную или выраженную тревогу и беспокойство 31,4 % мужчин и 55,0 % женщин ($\chi^2=7,152$; $p=0,028$). Выявлена зависимость между качеством жизни и полом пациентов по всем анализируемым параметрам, за исключением самообслуживания. Самая сильная связь оказалась между наличием и выраженностью болевого синдрома и полом (Cramer's V 0,415; $p=0,002$). Менее сильные связи отмечены между возможностью выполнения обычной активности и полом (Cramer's V 0,329; $p=0,021$), между наличием и выраженностью депрессии и полом пациентов (Cramer's V 0,317; $p=0,028$). Различий в частоте мужчин и женщин, прошедших реабилитационные мероприятия, не выявлено ($p=0,249$). Анализ медикаментозной терапии показал, что не было достоверных различий в частоте приема аспирина, клопидогреля, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов, однако диуретики чаще получали женщины (Fisher's test, $p=0,042$). Выявлена зависимость между наличием и тяжестью хронической сердечной недостаточности и полом пациента (Cramer's V 0,366; $p=0,047$). Регрессионный анализ зависимости качества жизни от пола и возраста показал, что только пол является независимым предиктором, влияющим на показатели качества жизни в данной группе пациентов.

Заключение. Выявлена зависимость между качеством жизни через год после острого инфаркта миокарда и полом пациентов. В данном исследовании качество жизни женщин оказалось хуже, чем мужчин. Различий в частоте назначения основных медикаментозных препаратов и проведения реабилитации не выявлено.

0139 ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Сухенко И.А.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: исследовать реакцию артериального давления на холодовой стресс при различных вариантах вегетативного обеспечения стресса у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: обследованы 36 мужчин (средний возраст 49,34±1,6) и 41 женщина (средний возраст 50,1±1,2 лет) больные АГ II степени (ЕОК/ЕОАГ 2007). В исследовании использованы метод вариационной интервалометрии с расчетом показателя индекс напряжения (ИН), отражающего активность симпатического отдела вегетативной нервной системы и напряженность регуляторных механизмов. Обследование проводилось в покое и при холодовой пробе (ХП), которая проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 мин. Всем пациентам измерялось АД в покое и при ХП, рассчитывался показатель среднего АД (АДср).

Результаты исследования показали, что в общей группе больных АГ мужчин, независимо от исходного вегетативного профиля в 55,6 % случаев при ХП отмечалась ваготоническая реакция со снижением показателя ИН на 10 % и более, причем у трети больных (35 %) она сопровождалась значительным снижением АД (на 5 % и более). У больных АГ мужчин "симпатотоников" при ХП ваготоническая реакция отмечалась в 78,6 %, в том числе у 28,6 % больных ваготоническая реакция сочеталась со снижением АД на 5 % и более. В группе больных АГ мужчин "нормотоников" ваготоническая реакция встречалась в 45,8 % случаев, в том числе у 11,1 % больных в сочетании со снижением АД на 5 % и более. У больных АГ мужчин "ваготоников" в 36,4 % случаев при холодовом стрессе отмечалось нарастание ваготонических влияний, в том числе у 9,2 % больных сопровождавшееся выраженной гемодинамической реакцией со снижением АД на 5 % и более.

В общей группе больных АГ женщин ваготоническая реакция на холодовой стресс (снижение показателя ИН на 10 % и более) регистрировалась в 39,0 % случаев. В 12,5 % случаев ваготоническая реакция на холодовой стресс у больных АГ женщин сопровождалась снижением АД на 5 % и более. У больных АГ женщин "ваготоников" в 30 % случаев наблюдалась выраженная ваготоническая реакция, однако она не реализовывалась гемодинамически — снижения АД не отмечалось. В группе больных АГ женщин "нормотоников" ваготоническая реакция встречалась несколько чаще — в 40 % случаев, но только в одном случае ваготоническая реакция сопровождалась снижением АДср на 9,01 %. У больных АГ женщин "симпатотоников" в 35 % случаев также отмечалась ваготоническая реакция на холодовой стресс и у одной больной она сопровождалась выраженным снижением АДср на 20 %).

Таким образом, у части больных АГ мужчин и женщин отмечается выраженная ваготоническая реакция на холодовой стресс, сопровождающаяся значительным снижением АД, что можно расценить как неблагоприятную гемодинамическую реакцию на стресс.

0140 СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Прошина Л.Г., Бондаренко В.С.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

При острых состояниях в клинике внутренних болезней нередко используются кортикостероиды. Значительный интерес для практики представляет исследование влияния преднизолона на миокард в первые часы после введения препарата.

Цель исследования: исследовать структурные изменения в миокарде левого желудочка сердца крыс линии Вистар под влиянием преднизолона.

Материал и методы: крысам-самцам линии Вистар однократно интраперитонеально вводился преднизолон из расчета 3 мг/кг. Через 2 часа после однократного введения препарата под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) в каждой серии эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности кардиомиоцитов (КМЦ), коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства (ВКП).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что через 2 часа после введения преднизолона плотность КМЦ в ЛЖ значительно уменьшилась (с 79,13±1,09 об.% в контроле до 70,32±1,74 об.% через 2 часа после введения, $p<0,05$). При этом значительно увеличилась плотность коллагена (с 7,06±0,63 об.% в контроле до 14,55±1,22 об.% через 2 часа после введения, $p<0,05$) и объем внеклеточного пространства (с 8,6±0,56 об.% в контроле до 13,21±1,19 об.% через 2 часа после введения, $p<0,05$). Плотность сосудов в миокарде ЛЖ через 2 часа после введения преднизолона значительно уменьшилась с 5,25±0,84 об.% в контроле до 1,93±0,43 об.%.

Таким образом, через 2 часа после введения преднизолона развиваются выраженные структурные изменения в миокарде левого желудочка крыс линии Вистар, проявляющиеся уменьшением плотности кардиомиоцитов и сосудов и увеличением плотности коллагена и объема внеклеточного пространства, свидетельствующих о выраженном интерстициальном отеке миокарда под влиянием преднизолона, что в клинике может привести к развитию дисфункции левого желудочка.

0141 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАМИПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Велижанина И.А., Рудаков А.В., Велижанина Е.С., Бондаренко Т.С.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель работы. Оценить эффективность и безопасность рамиприла в лечении пациентов с высоким и очень высоким риском сердечно — сосудистых осложнений.

Методы исследования. Проведено открытое неконтролируемое несравнительное многоцентровое исследование IV фазы ОПТИМИСТ. В нем принимали участие 44 врача из городов Тюмень, Омск, Челябинск, Пермь. Обследовано 998 пациентов, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью, из них 424 мужчины (42,5 %) и 574 женщин (57,5 %). Средний возраст составлял 57,47±0,42 года. У 959 пациентов (96,1 %) из всей группы была диагностирована артериальная гипертония (АГ). У 39 пациентов (3,9 %) был верифицирован диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с высоким нормальным давлением. Лечение начиналось с назначения препарата рамиприл (Хартил, Egıs) в дозе 5 мг в сутки или в дозе 10 мг в сутки Модификацию других компонентов предшествующей антигипертензивной терапии за период лечения не проводили. Визиты пациентов осуществлялись исходно, затем через 4 недели и через 8 недель. На последующих визитах, в зависимости от степени достижения целевого уровня артериального давления (АД) проводилось титрование, коррекция дозы рамиприла. Параметрами эффективности явилось достижение целевого уровня артериального давления (АД) для пациентов высокого и очень высокого риска — ниже 130/80 мм рт.ст. Учитывалось количество пациентов, достигших целевого уровня АД. Для статистической обработки была использована программа SPSS 10.0 for Windows.

Результаты исследования. Антигипертензивные препараты ранее принимали 790 (82,1 %) пациентов с артериальной гипертонией. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента получали ранее 675 (85,4 %) пациентов, бета — блокаторы 435 (55 %) пациентов, антагонисты кальция 230 (29,1 %) человек, диуретики 420 (53,2 %) пациентов, антагонисты рецепторов ангиотензина II 28 (3,5 %) пациентов. При оценке эффективности предшествующей исследованию терапии, было выявлено, что лишь 11,5 % пациентов при ее применении достигли целевого уровня АД. Через 4 недели после назначения рамиприла было отмечено статистически значимое снижение как систолического, так и диастолического артериального давления. У всех пациентов с высоким нормальным давлением и ИБС, была отмечена его нормализация. После назначения рамиприла в качестве компонента комбинированной терапии у пациентов с АГ целевой уровень АД через 8 недель был достигнут у 69,4 % пациентов с высоким и у 64,8 % пациентов с очень высоким кардиоваскулярным риском. Отмечена высокая приверженность к лечению — из группы пациентов, страдающих АГ, завершили исследование, согласно протоколу 943 пациента (98,3 %). Нежелательные явления были отмечены лишь у 11 пациентов (1,1 %), в виде сухого кашля на фоне приема препарата.

Заключение. Включение ингибитора ангиотензин-превращающего фермента рамиприла в состав терапии у пациентов с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском позволяет значительно повысить ее эффективность.

0142 ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ НАРУШЕНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Веневцева Ю.Л., Гомова Т.А., Мельников А.Х., Дятлов А.А., Казидаева Е.Н.
Медицинский институт ГОУ ВПО “Тульский государственный университет”, Тула, Россия

Пятилетняя динамика внутренних фенов недифференцированного нарушения соединительной ткани (ННСТ), в частности, сердца, изучена по данным кардиологического отделения Тульской областной клинической больницы, где в 2004 году было обследовано 123, а в 2009 году — 62 юноши 16-23 лет с проведением ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ, ЧПЭС и холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ).

Наиболее часто в оба периода у пациентов встречалось такое сочетание жалоб, как сердцебиение, боли в грудной клетке и одышка при физической нагрузке — в 17 и 17,7 %. Жалобы на головокружение предъявляли 7 и 1,6 %, на сочетание головокружения с сердцебиением 4 и 1,6 % обследованных.

Если на ЭхоКГ в 2004 году преобладал ПМК без регургитации (30,8 %), а ПМК с регургитацией составил 15,8 %, то в 2009 году число случаев ПМК с регургитацией не изменилось (16,1 %), а число ПМК без регургитации снизилось до 6,5 %. В то же время стало чаще выявляться сочетанное пролабирование обоих створчатых клапанов (ПМК+ПТК) — 14,2 и 19,3 %. Сочетание ПМК+пролапс аортального клапана встретилось в 2,5 и 3,2 %, ПМК+хорда — в 28,3 и 16,1 %, ПМК+ПТК+хорда в 5,0 и 6,5 %. Только хорда наблюдалась в 5,0 и 8,1 %, две и более хорд — в 3,3 и 8,1 % случаев.

В группе ПМК+ПТК блокада правой ножки пучка Гиса на ЭКГ выявлена у 11,1 % в 2004 и у 28,6 % в 2009 году; синдром ранней реполяризации желудочков в 14,3 % при отсутствии ранее; наджелудочковая ЭС — в 11,1 и 14,3 %. При ЧПЭС в 28,6 % зарегистрирована пароксизмальная тахикардия и в 28,6 % — синдром WPW, что ранее в этой группе не выявлялось.

При ХМ стал чаще встречаться синдром WPW: в 25 % в группе ПМК без регургитации, в 10 % в группе ПМК+хорда (ранее — 6,3 %). У пациента с выявленным в 2004 году ПМК без регургитации, синдромом WPW и с пароксизмом фибрилляции предсердий (ФП) при проведении ЧПЭС через 5 лет при ХМ зарегистрировано 11500 ЖЭС.

В целом за 5 лет по данным ХМ возросла выявляемость пароксизмальной тахикардии (16,7 и 24,2 %), миграции водителя ритма по предсердиям (с 14,5 до 19,4 %) и синдрома WPW (11,7 и 14,5 %). Несколько уменьшилось число юношей с НЖЭС и ЖЭС, СА-блокадой 2 степени (20,8 и 14,5 %), а также с ФП при ЧПЭС (5,8 и 1,6 %).

С клинической точки зрения представляется весьма важным, что в 14,2 % случаев в 2004 и в 11,3 % в 2009 году пациенты не предъявляли никаких жалоб и были направлены на обследование в связи с наличием шума при аускультации и/или изменениями на ЭКГ. Из этой группы пациентов при комплексном обследовании в 47,5 % случаев в 2004 и в 39,4 % в 2009 году обнаружена патология.

Таким образом, среди лиц призывного возраста в период с 2004 по 2009 год возросла частота симпатозависимых нарушений ритма и проводимости — синдрома WPW и пароксизмальной тахикардии, а также сочетанного пролабирования створчатых клапанов.

0143 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД И НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Веркошанская Э.М., Баштанова Т.Б., Слепынина Ю.С., Поликутина О.М.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Целью проведенного исследования явилось определение корреляционных связей показателей суточного мониторирования артериального давления (АД), биохимических показателей крови и некоторых показателей соматического статуса.

Материалы и методы. Провели амбулаторное обследование 164 пациентов в возрасте от 21 до 60 лет (средний возраст 39,3±0,77 лет), из них 34 женщины (21 %) и 130 мужчин (79 %). Все пациенты, включенные в исследование, в момент обследования не получали регулярной антигипертензивной терапии.

Оценивали: индекс массы тела (ИМТ), индекс талия/бедро (ИТБ), биохимические показатели крови: глюкозу крови натощак, общий холестерин, α-липопротеины, β-липопротеины, триглицериды, индекс атерогенности (ИА), показатели суточного мониторирования АД. Степень АГ определяли в соответствии с рекомендациями ВОЗ/МОГ и экспертов Всероссийского научного общества кардиологов, с учетом данных суточного мониторирования АД.

Результаты. У 21 пациента (13 %) выявлена артериальная гипертензия (АГ) "белого халата". У 67 человек (41 %) диагностировали АГ 1 степени, у 27 человек (16 %) АГ 2 степени, у 15 человек (9 %) АГ 3 степени. 34 (21 %) обследованных составили группу сравнения. Средний возраст обследованных в группе здоровых лиц составил 39,08±4,25 лет, в группе пациентов с АГ "белого халата" — 41,80±3,54 лет, АГ 1 ст. — 42,20±3,28 лет, АГ 2 ст. — 49,38±4,21 лет, АГ 3 ст. — 50,30±2,54 лет. Статистически значимых различий по возрасту между группами не выявлено. Выявлены статистически значимые ($p<0,05$) корреляционные связи возраста пациентов с суточным индексом (СИ) систолического артериального давления (САД) (-0,51), СИ диастолического артериального давления (ДАД) (-0,36), средними значениями САД ночью (0,45), средними значениями ДАД ночью (0,31); индексом времени гипертензии (ИВ) САД ночью (0,41), ИВ ДАД ночью (0,33), вариабельностью САД днем (0,37) и вариабельностью САД ночью (0,43), максимальной величиной САД за сутки (0,34). ИМТ коррелировал с СИ САД (-0,39), СИ ДАД (-0,37), средними значениями САД ночью (0,32), средними значениями ДАД ночью (0,31). Выявлена статистически значимая положительная корреляционная связь уровня гликемии натощак с ночными показателями вариабельности САД и ДАД — 0,59 и 0,48 соответственно, а также связь уровня триглицеридов крови с вариабельностью ДАД ночью — 0,36. Величина индекса атерогенности прямо коррелировала со средним значением ДАД днем (0,31), ИВ ДАД ночью (0,31), максимальным значением ДАД за сутки (0,37).

Выводы. Таким образом, зарегистрированы положительные корреляционные связи индекса атерогености и уровня триглицеридов крови с показателями диастолического АД, уровня гликемии натощак с вариабельностью АД ночью. Более информативными оказались корреляционные связи показателей суточного мониторирования АД с возрастом пациентов и индексом массы тела.

0144 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ — МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ: ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Вершинина А.М., Гапон Л.И., Бусарова Е.С., Молотилова С.А., Попова С.Н., Плюснин А.В.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель работы: Изучить особенности поражения органов — мишеней и оценить органопротективный эффект комбинированной гипотензивной терапии у больных артериальной гипертонией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) по данным проспективного наблюдения (4, 12 месяцев).

Материалы и методы: Исследование выполнено у 120 пациентов АГ 1-11 стадии, имеющих критерии МС, сопоставимых по возрасту и полу. Пациенты были рандомизированы на три группы — основную и 2 группы сравнения. В основной группе 60 человек (50 %) получали фозиноприл в дозе 10-20 мг в сутки в сочетании с гидрохлортиазидом (ГХТЗ) в дозе 12,5 мг/с; в 1-ой группе сравнения 40 человек (33,3 %) — назначалась монотерапия фозиноприлом; группа сравнения № 2 представлена больными АГ без признаков МС (16,7 %). Всем пациентам проводилось измерение офисного АД, СМАД по стандартной методике. Изучение центральной гемодинамики проводилось на эхокардиографе ALOKA Echo- CAMERA SSD — 650. Исследование толщины интима — медия (ТИМ) сонных артерий проводилось на аппарате GE "Vivid 4". Изучение динамики сердечно — сосудистого индекса (CAVI) и плече-лодыжечной скорости распространения пульсовой волны (PWV) проводили на сфимографе Vasera VS-1000 Series (Fukuda Denshi, Япония). Определение уровня МАУ проводилось иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты исследования: В основной группе, по данным СМАД, фозиноприл + ГХТЗ в течение 12 месяцев достоверно снижал среднесуточное САД со 145,34±1,38 до 128,92±1,88 м м рт.ст. (p<0,001) и среднесуточное ДАД с 86,09±1,13 до 76,58 ±1,17 мм рт.ст. (p<0,001), достигая целевого уровня АД; отмечено достоверное (p=0,042) увеличение количества лиц с нормальным суточным профилем САД и ДАД; выявлено достоверное уменьшение ММЛЖ и ИММЛЖ (p=0,009), КСР (p<0,001) и КДР ЛЖ (p=0,049); возросло число лиц с нормальной геометрией ЛЖ, уменьшилось количество больных с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ. Показатели ТИМ при МС коррелировали положительно с уровнем САД и стажем АГ (p< 0,05); носили более выраженный характер в сравнении с пациентами АГ без признаков МС. Отмечено уменьшение ТИМ в основной группе (p <0,05) в результате длительной комбинированной терапии. Показатели МАУ носили более выраженный характер и проявлялись уже на ранних стадиях АГ при наличии МС. Отмечено достоверное снижение МАУ с 21,32±1,19 до 11,07±0,81 мг/с (p< 0,01). На фоне комбинированной терапии регистрировалось достоверное снижение CAVI до 7,23±0,25 (на 5,5 %) и уменьшение PWV до 12,48±0,29 м/с (на 5,38 %). В группе сравнения № 1 полученный органопротективный эффект был менее выраженным по указанным параметрам.

Заключение: Выявлены более ранние и выраженные поражения органов — мишеней у больных АГ при МС, в сравнении с пациентами АГ без признаков МС. Применение комбинированной гипотензивной терапии оказывает не только устойчивое гипотензивное действие, но и обеспечивает отчетливый органопротективный эффект относительно процессов ремоделирования миокарда ЛЖ, сосудистого ремоделирования, нефропротекторного влияния у больных АГ при МС.

0145 ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ С БРАДИАРИТМИЯМИ

Вершинина Е.О., Репин А.Н., Попов С.В., Филиппова Т.А.
НИИ Кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить динамику показателей ультразвукового обследования сердца после имплантации постоянного электрокардиостимулятора (ЭКС) у пациентов с брадисистолическими нарушениями ритма сердца.

Методы: наблюдались 73 пациента с имплантированным постоянным ЭКС, средний возраст обследованных 67,5 ±12,7 года, из них 49 % были мужчины, 51 % — женщины. У 48 больных основным заболеванием была ИБС, у 15 — гипертоническая болезнь, у 4 — постмиокардитический кардиосклероз, 2 человек страдали ревматизмом, по 1 — вторичной тромбофилией, врождённым нарушением ритма, состоянием после лучевой терапии опухоли средостения, тиреотоксическим поражением сердца. Сахарный диабет 2 типа диагностирован у 10 человек, нарушение толерантности к глюкозе — у 20. Показания для имплантации постоянного ЭКС у 20 больных была атрио-вентрикулярная блокада II — III ст., у 26 — СССУ I — II типов, у 3 — бинодальная болезнь, у 6 — эпизоды брадисистолии при хронической форме фибрилляции предсердий. У 15 пациентов ЭКС был установлен перед радиочастотной аблацией (РЧА) АВ соединения по поводу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. Отечественные ЭКС были имплантированы 32 пациентам (44 %). У 38 пациентов (52 %) проводилась стимуляция в режиме VVIR, у 5 (7 %) — AAIR, у 30 (41 %) — в режиме DDDR. Пациентам исходно, через 6 и 16 месяцев после операции имплантации постоянного ЭКС проводилось ультразвуковое обследование сердца по стандартным протоколам с использованием М, В и допплеровского режимов ЭхоКГ.

Результаты: постоянная трансвенозная ЭКС, выполненная по абсолютным показаниям при наличии клинической симптоматики, в целом сопровождалась улучшением насосной и сократительной функции миокарда. Однако при этом происходили отсроченные отрицательные изменения показателей ЭхоКГ. Через 16 месяцев после имплантации ЭКС мы наблюдали достоверное увеличение массы миокарда ЛЖ и индекса ММ (на 8 % и 5,5 %, соответственно) по сравнению с исходными значениями, существенное нарастание КСИ (на 5,8 %) и снижение ФВ ЛЖ (В) (на 5,1 %), что свидетельствует о снижении глобальной сократительной функции ЛЖ. Кроме сохраняющегося снижения величины пикового градиента на АК (на 21,6 %), было выявлено расширение ФК АК (с 21,4±2,1 мм до 22,6±2,3 мм, p=0,001). Мы наблюдали тенденцию к увеличению СДПЖ (с 28,3±10,6 мм рт.ст. до 33,6±9,5 мм рт.ст., p=0,079) и градиента регургитации на ТК (с 22,0±8,7 мм рт.ст. до 26,6±7,9 мм рт.ст., p=0,097). Отмечалось нарастание дилатации обоих предсердий: объём ЛП увеличился с 25,5±8,0 мл до 27,0±6,8 мл, p=0,07, а ПП с 22,2±6,3 мл до 24,2±5,9 мл, p=0,022. К концу срока наблюдения кроме дилатации обоих предсердий выше нормальных значений стала и среднегрупповая величина СДПЖ, чего не было исходно.

Вывод: широко используемые в клинической практике одно и двухкамерные режимы стимуляции сопровождаются некоторым ухудшением структурных и функциональных показателей работы сердца, что является, вероятнее всего, следствием нарушения биомеханики сердечных сокращений.

0146 ЭПИКАРДИАЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ ТКАНЬ КАК ФАКТОР РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Веселовская Н.Г. [1,3]***, Чумакова Г.А.*** [2,3]***, Козаренко А.А.*** [2,3]
Алтайский краевой кардиологический диспансер[1], Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет[2], Барнаул, Россия; НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[3], Кемерово, Россия

Важным предиктором развития ишемической болезни сердца (ИБС) ее тяжести и прогрессирования является метаболический синдром, основным компонентом которого является висцеральное ожирение. Известно, что важную роль может иметь и эпикардиальная жировая ткань.

Цель исследования: Изучить взаимосвязь локальных жировых депо с тяжестью и прогнозом тяжелой стенокардии

Материалы и методы: В исследование было включено 140 пациентов с хронической ИБС, средний возраст пациентов составил 54,3±1,3 года. Все пациенты имели стенокардию напряжения II-III ф кл, подтвержденную результатами нагрузочных тестов, 50 % пациентов имели в анамнезе острый инфаркт миокарда. 98 пациентов имели метаболический синдром. Аорто-коронарное шунтирование (АКШ) было проведено у80 пациентов, стентирование одной или двух коронарных артерий у 60 пациентов. Всем пациентам проводилась оценка эпикардиального жира с помощью ЭхоКГ. Кроме того, определялся липидный спектр крови, уровни основных адипокинов, продуцируемых белой жировой тканью, в том числе эпикардиальной (лептин, адипонектин, резистин) оценивались с помощью иммунноферментного анализа. Определялись индекс массы тела (ИМТ) и объем талии (ОТ) по стандартным методикам.

Результаты: У 40 % пациентов с метаболическим синдромом (n=39) было выявлено трехсосудистое поражение коронарного русла, у 40 % двухсосудистое и 20 % (n=20) имели стенозирующий атеросклероз одной коронарной артерии. У пациентов с метаболическим синдромом и трехсосудистым поражением средние показатели эпикардиального жира составили 10,1±1,34 мм. При двухсосудистом поражение эти значения были несколько ниже и составили 7,8±1,22 мм, что статистически значимо отличалось от группы пациентов с поражением одной коронарной артерии 5,6±1,05 мм (p<0,05). Причем самые высокие показатели эпикардиального жира от 11 до 17 мм определялись в группе с метаболическим синдромом и окклюзией всех трех основных коронарных артерий. Кроме того, была выявлена положительная корреляция между

количеством эпикардиального жира и абдоминальным жиром по величине ОТ (r=0,003, p<0,05). Корреляции между эпикардиальным жиром и ИМТ получено не было (r=0,13, p>0,05). Показатели эпикардиального жира коррелировали положительно с уровнем триглицеридов плазмы (r=0,006, p<0,05), уровнем лептина (r=0,03, p<0,05) и резистина (r=0,003, p<0,05).

Таким образом, у пациентов с метаболическим синдромом увеличение и гормональная активность эпикардиального жира может быть одним из ключевых звеньев прогрессирования атеросклероза коронарных артерий, а также могут явиться важным фактором риска рестенозов и тромбозов шунтов, а также прогрессирования атеросклероза коронарных артерий другой локализации.

0147 ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ.

Ветошкин А.С., Шуркевич Н.П., Гапон Л.И., Губин Д.Г., Белозерова Н.А., Пермяков В.Б.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия; МСЧ ООО "ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ", пос. Ямбург, Россия

Цель: Изучить изменения хронобиологических параметров ритмов АД у лиц с исходно нормальным АД в течение годичного наблюдения в условиях заполярной вахты.

Методы исследования: Обследовано 368 лиц мужского пола в возрасте 30-59 лет, работников заполярной вахты. Из них 104 человека с исходно нормальными цифрами АД наблюдались в течение года с интервалом 1 раз в 3 -4 месяца. Им было проведено 5 СМАД. Кроме стандартного анализа, был проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипа АД. На основании хронобиологических нормативных коридоров (хронодезмов) выделены 3 хронотипа артериального давления (АД): 1 — истинная нормотензия (МЕЗОР — норма, амплитуда — норма, акрофаза — норма); 2. — изонормотензия (МЕЗОР — норма, амплитуда низкая, акрофаза не определена (ритма как такового нет); 3.- аллонормотензия (МЕЗОР — норма, амплитуда — норма, акрофаза — инвертирована).

Результаты: В группе здоровых лиц изменения суточного ритма АД были зарегистрированы у 57,1 %. (2 тип — 39,4 %, 3 тип — 10,6 %). При первичном исследовании, все хронотипы ритмов АД характеризовались нормальными среднесуточными значениями САД И ДАД от 119,3±7,8 /79,0±4,1 мм рт. ст. (нормотензия) до 128,4±7,8 /85,0±7,2 мм рт.ст. (аллонормотензия). При сопоставлении типов суточных профилей АД и хронотипов АГ выявлено, что тип "Dıpper" максимально часто регистрировался у лиц с 1 хронотипом суточного ритма АД — у 61.9 %, "Non Dıpper" максимально часто выявлялся у лиц с 2 типом (изонормотензия) — у 60 %, суточный профиль АД типа "nıght peaker" наиболее часто определялся у лиц с хронотипом "аллонормотензия", (9 %). В динамике наблюдается незначимое увеличение числа лиц с нормальным хронотипом и суточным профилем АД, особенно во время 3 и 4 визитов (1 хронотип — до 68,3 % (P > 0,05), 2 хронотип — до 38,2 % (P > 0,05), 3 хронотип — до 21 % (P > 0,05), объясняемое привыканием к процедуре. 10,1 % (10 человек) от общего числа обследованных здоровых в конце исследования были переведены в группу лиц с АГ 1 ст, причем 6 человек имели в начале исследования измененный хронотип суточного ритма АД. У лиц с 2 и 3 хронотипами АД на фоне нормальных цифр АД чаще, чем у лиц с 1 хронотипом АД отмечались нарушения ночного сна и жалобы со стороны вегето- сосудистой системы.

Выводы: В условиях заполярной вахты у 25 % здоровых лиц суточные ритмы АД характеризуются выраженным нарушениями и сопровождаются ухудшением ночного сна и жалобами со стороны вегето-сосудистой системы. В течение года наблюдения у 10 % обследованных развилась АГ 1 ст., причем, в большей степени у лиц с измененным суточным хронотипом АД. Это имеет большое значение в профилактике развития АГ в условиях крайнего Севера.

0148 ХРОНОАДАПТАЦИЯ И ХРОНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ

Ветошкин А.С., Шуркевич Н.П., Гапон Л.И., Губин Д.Г. Белозерова Н.А., Пермяков В.Б.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия; МСЧ ООО "ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ", пос. Ямбург, Россия

Цель. Изучить изменения хронобиологических параметров ритмов АД в зависимости от длительности пребывания в условиях заполярной вахты.

Материал и методы. Обследованы 368 мужчин (48,3±6,0 лет). Из них 100 здоровых лиц (47,4,3±5,7 лет) и 268 человек с АГ 2 стадии, 2 степени. Группы не различались по возрасту, северному стажу и стажу работы вахтой. В зависимости от числа дней пребывания в условиях Заполярья здоровые и больные были распределены в подгруппы 0-10 дней, 11-20 дней, 21 — 30 дней и более 30 дней. Проведены СМАД, косинор-анализ. По значениям МЕЗОРа, акрофазы и амплитуды выделялись 9 типов суточного ритма АД:1 тип — "нормотензия", 2 тип — "алло-нормотензия", 3 тип — "изонормотензия", 4 тип — "амплитудная АГ", 5 тип -"МЕЗОР-АГ", 6 тип — "фазовая АГ", 7 тип "амплитудно-фазовая АГ", 8 тип — "фазовая МЕЗОР-АГ", 9 тип "апериодическая" АГ.

Результаты. Спектральный косинор — анализ ритмов АД показал уменьшение к концу вахты у лиц с АГ 2 ст. циркадианной ритмики на фоне увеличения числа высокочастотных гармоник с периодами 12 — 8 — 4,8 — 4,0 — 3,8 часа. В группе здоровых лучший период ритма САД, равный 24 часам в начале вахты, выявлялся у 66,7 %, в конце — у 55,5 % (P = 0,0341), в гр. АГ 2 ст., соответственно, 58,4 % и 43,8 % (P = 0,0436). В то же время увеличилось число 12 часовых гармоник (с 24,2 % до 30,16 % у здоровых с 30,3 % до 33,3 %, у АГ2 ст.), 8 часовых гармоник (с 3,0 % до 11,1 %, P = 0,0322 у здоровых и с 4,5 % до 11,54 %, P = 0,0437 у АГ 2 ст.), 6 часовых гармоник (с 0 % до 7,9 %, P = 0,0433 у здоровых и с 5,6 % до 11,5 % у АГ 2 ст.). Распределение хронотипов АД у здоровых лиц: "нормотензия" — 43.9 %, "аллонормотензия" -39,4 % и "изонормотензия" — 10,6 %. У лиц с АГ 2 ст.: "МЕЗОР АГ"- 39,5 %, "Фазовая МЕЗОР АГ" — 40,1 %. К концу вахты число здоровых лиц, имевших нормотензивный хронотип уменьшилось с 54 % в начале вахты до 44 % в конце вахты на фоне увеличения числа лиц с хронотипами: "изонормотензия" (с 10 % до 16,2 %, P = 0, 0499) и "аллонормотензия" (с 10 % до 29,7 %, P = 0,0321). В гр. АГ 2 ст. частота хронотипа "МЕЗОР АГ" к 30 дню вахты уменьшилась с 36,2 % до 20,7 % (P = 0,0466), но увеличилась частота апериодичных и низкоамплитудных хронотипов АГ: "Фазовая — МЕЗОР АГ" с 12,8 % до 22,5 % (P = 0,0551), "Амплитудная АГ" — с 2,1 % до 10 % (P = 0,0362), "Апериодическая АГ" — с 1,2 % до 11,56 %, P = 0,0487).

Выводы. В условиях заполярной вахты течение АГ характеризуется выраженным нарушением суточных ритмов АД. Реагирование организма на факторы внешней среды меняется на различных стадиях временной адаптации. Стабилизация ритмов АД у здоровых лиц имеет волнообразный характер и достигает нормальных значений после месяца пребывания на вахте. У лиц с АГ2 стабилизация ритмов АД наблюдается на 10-20 день вахты с выраженным уплощением суточных ритмов при длительности больше месяца. Наиболее неблагоприятные сроки пребывания в условиях Севера для лиц с нормальными цифрами АД это первые 10 дней и период с 20 по 30 день, для лиц с АГ 2 ст — первые 10 дней и периоды с 20 по 30 и более дней.

0149 НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО ДАННЫМ СПИРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Видишева О.Н., Тюкалова Л.И., Вершинина Е.О., Попов С.В.
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, кафедра поликлинической терапии, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить влияние постоянной электрокардиостимуляции (ЭКС) на функцию внешнего дыхания по данным спирографии.

Методы исследования. Проведено проспективное исследование 73 пациентов, из них 37 (51 %) женщин, 36 (49 %) — мужчин, средний возраст обследованных был 67,5±12,7 года, рост 164,7±8,6 см, вес 76,0±14,1 кг; всем им были выполнены первичные имплантации ЭКС по поводу брадисистолических нарушений ритма и проводимости, проведено обследование и лечение в учреждении РАМН НИИ Кардиологии СО РАМН г. Томска с июня 2007г по июнь 2009 г. Показанием для установки ЭКС у 21 (29 %) больных была АВ блокада II — III ст., у 28 (38 %) — СССУ I — II типов, у 3 (4 %) — бинодальная болезнь, у 6 (8 %) — эпизоды брадисистолии при хронической форме фибрилляции предсердий, 15 (21 %) — персистирующая фибрилляция предсердий с созданием искусственной АВ блокады. У 48 (66 %) пациентов в качестве основного заболевания была ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 15 (21 %) — гипертоническая болезнь, у 4 (6 %) — постмиокардитический кардиосклероз, 2 (3 %) — страдали ревматизмом, по 1 — вторичной тромбофилией, приведшей к острому инфаркту миокарда, врождённым нарушением ритма, состоянием после лучевой терапии опухоли средостения, тиреотоксическим поражением сердца. Отечественные ЭКС были имплантированы 32 пациентам (44 %). У 38 (52 %) пациентов проводилась стимуляция в режиме VVIR, у 5 (7 %) — AAIR, у 30 (41 %) — в режиме DDDR. Всем пациентам для оценки функции внешнего дыхания исходно, через 6 и 16 месяцев проводилась спирография.

Результаты. В ходе исследования было установлено: через 6 и 16 месяцев после имплантации ЭКС мы наблюдали достоверное уменьшение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ на 7,8 % (с 111,0±10,17 до 102,36±9,34, p=0,000), МОС 25 % на 5,7 % (с 79,41±25,57 до 74,81±20,40, p=0,001), МОС 50 % на 13,9 % (с 99,36±34,28 до 85,55±30,56, p=0,000), МОС 75 % на 31,9 % (с 146,23±78,26 до 99,64±56,14, p=0,000), а так же максимальной вентиляции лёгких (МВЛ с 86,33±19,24 до 85,28±18,91, p=0,011). При этом ФЖЕЛ достоверно увеличилась на 8,4 % (с 87,56±17,23 до 94,89±21,53, p=0,0045), ЖЕЛ увеличилась на 5,6 %, ОФВ1 достоверно не изменялся.

Выводы. После установки постоянного ЭКС по данным спирографии наблюдается достоверное ухудшение вентиляционных показателей в целом по группе наблюдения, отмечается достоверное уменьшение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ, МОС 25 %, 50 %, 75 %, МВЛ, при этом ЖЕЛ и ОФВ1 достоверно не изменились, а ФЖЕЛ достоверно увеличилась.

Таким образом, данные изменения указывают на более вероятный обструктивный механизм вентиляционных расстройств у пациентов с имплантированными ЭКС, что может быть вызвано бронхоспазмом, вследствие высвобождения из эндотелия и тромбов биологически активных веществ (гистамина, серотонина, тромбоксана А2, брадикинина и др.) на фоне возможных немассивных тромбоэмболий легочной артерии.

0150 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Викентьев В.В., Баюрова Н.В., Сметнева Н.С., Бондарец О.В.
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Толщина комплекса интима-медиа сонных артерий и скорость пульсовой волны являются показателями, отражающими течение атеросклероза. Установлено, что измерение степени эндотелий зависимой дилатации плечевой артерии в период реактивной гиперемиии является неинвазивным и удобным методом оценки ранних изменений артериальной стенки. По данным ряда исследований была установлена корреляция между показателями толщины комплекса интима-медиа сонных артерий и степени реакции плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией, тем не менее, эта взаимосвязь у пациентов с сахарным диабетом 2 типа до конца исследована не была.

Методы исследования: Было исследовано 65 пациентов в возрасте от 50 до 80 лет, из которых 45 человек страдало сахарным диабетом II типа. В исследование не включались пациенты с сахарным диабетом I типа и с заболеваниями артерий нижних конечностей. Исследование проводилось с помощью ультразвука высокого разрешения с частотой 5.7 Мгц в М, В-режиме и в импульсно-волновом допплеровском режиме и режиме цветного доплеровского картирования кровотока.

Результаты: В основной группе пациентов мы получили следующие данные: степень вазодилятации плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией ΔD 1.2±0.11 %, прирост скорости кровотока в период реактивной гиперемии ΔFMD 244,5 ±15,5 %. В группе контроля: ΔD 3,8±0,25 %, ΔFMD 178,1 ±12,3 % Величина КИМ у пациентов основной группы составила 1,21±0,05 мм; в группе контроля 1,02+0,03 мм. При проведении корреляционного анализа была выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между толщиной комплекса интима-медиа и степенью увеличения диаметра плечевой артерии в период реактивной гиперемии, а также статистически значимая положительная корреляционная связь между толщиной КИМ и приростом скорости кровотока в период реактивной гиперемии (K = -0,58 и +0,56 соответственно). В группе контроля, напротив, достоверных корреляционных связей между вышеприведенными показателями обнаружено не было. Тем не менее, при анализе результатов корреляционного анализа в основной группе, следует заметить, что коэффициенты корреляции не были высокими, а выборка пациентов невелика. Эти данные могут свидетельствовать в пользу гипотезы об отрицательном влиянии гипергликемии на сосудистую стенку всех артериальных сосудов, но также невысокая величина коэффициентов корреляции делает вероятным предположение о мульфакторном влиянии на рассматриваемые показатели, в то же время, небольшая величина выборки может лежать в основе статистической ошибки первого рода.

Заключение: реакция плечевой артерии на реактивную гиперемию находится в тесной взаимосвязи с толщиной комплекса интима-медиа на сонных артериях и наличием липидных бляшек у пациентов с сахарным диабетом II типа.

0151 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: ВЛИЯНИЕ НА ФАКТОРЫ РИСКА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Вискунова А.А., Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Каганов Б.С.
НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Цель: оценить влияние гипокалорийной диеты с включением специализированного продукта “Глюцерна SR” на факторы риска сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы: под наблюдением находилось 68 пациентов СД 2 типа в возрасте 54,8±2,0 лет с сопутствующим ожирением I-III степени (индекс массы тела 40,7±1,7 кг/м^2), находящихся на стандартной сахароснижающей терапии. Все больные методом случайной выборки были разделены на две

однотипные группы. Пациенты основной группы получали в течение 3-х месяцев редуцированную по калорийности диету (1610 ккал/день) с включением специализированного продукта "Глюцерна SR" в количестве 230 мл в качестве замены приема пищи на 2-й завтрак. Пациенты группы сравнения получали стандартную гипокалорийную диету. Оценка показателей гликемического контроля, биохимических показателей крови, артериального давления, массы и состава тела проводилась в два этапа — в период 3-х недельного пребывания в стационаре Клиники и через 2 месяца последующего амбулаторного наблюдения.

Результаты: в процессе диетотерапии, независимо от применяемого варианта диеты, наблюдалась положительная динамика клинической симптоматики СД: уменьшились жалобы на сухость во рту, общую слабость, повысилась физическая активность. В основной группе пациентов уровень базальной гликемии через три недели снизился с 8,3±0,5 до 6,1±0,3 ммоль/л ($p<0,001$) и к концу 3 месяца наблюдения находился в пределах целевых значений. Уровень гликированного гемоглобина HbA1C через 3 месяца после лечения снизился с 7,2±0,2 до 6,1±0,2 % ($p<0,0001$), индекс инсулинорезистентности HOMA — с 9,8±1,1 до 4,3±1,5 ед. ($p<0,0001$). В группе сравнения снижение базальной гликемии через 3 недели лечения составило в среднем 23,3 %, однако через 3 месяца отмечена четкая тенденцию к ее повышению. Изменения гликированного гемоглобина HbA1C и индекса инсулинорезистентности HOMA в группе сравнения были незначительными и недостоверными. Наряду с этим, у пациентов, получавших продукт "Глюцерна SR", отмечалась положительная динамика показателей липидного спектра крови: более выраженное снижение общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов (в среднем на 10,2 %, 21,4 % и 18,2 % соответственно) через 3 месяца лечения, чем в группе сравнения (в среднем на 3,3 %, 10,9 %, 12 % соответственно). Снижение систолического и диастолического артериального давления, массы тела, индекса массы тела и содержания жировой массы тела было более выраженным у пациентов основной группы в процессе амбулаторного наблюдения.

Выводы: включение в стандартную диетотерапию специализированного продукта "Глюцерна SR" способствует улучшению гликемического контроля, снижению показателей липидного обмена, уменьшению артериального давления, коррекции избыточной массы тела у пациентов СД 2 типа, открывая новые возможности для снижения риска сосудистых осложнений при этом заболевании.

0152 ЦИТОКИНОВЫЙ И ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Войченко Т.Ю., Горбунов В.В., Аксенова Т.А., Горбунова Т.В.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучить уровень провоспалительных цитокинов, а также количественный и фракционный жирнокислотный состав неэстерифицированных жирных кислот мембран эритроцитов у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 107 человек, из 67 человек страдали ИБС в сочетании с ХОБЛ, 30 — имели изолированную ИБС, остальные контрольная группа (здоровые -20 человек). Возраст пациентов колебался от 38 до 72,5 лет, в среднем возраст составил 44±9,8 лет. Группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания и тяжести клинических проявлений. Всем больным, кроме общеклинических исследований, определялся количественный и фракционный жирнокислотный состав неэстерифицированных жирных кислот мембран эритроцитов методом экстракции липидов по М.К. Синяк и соавт. на газовом хроматографе "Кристалл 2000 м" (Россия) с плазменно-ионзационным детектором. Для количественного определения фактора некроза опухолей альфа (ФНО -α), интерлейкина-1β (ИЛ-1β) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) использовался твердофазный иммуноферментный анализ (ИФА) ООО "Протеиновый контур" г. Санкт- Петербург.

Результаты. Установлено, что в группе больных ИБС в сочетании с ХОБЛ отмечается статистически значимое повышение уровня циркулирующих провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ -6, а также ФНО -α по сравнению с пациентами с изолированной ИБС и с группой контроля ($p< 0,01$). В жирнокислотном составе мембран эритроцитов при коморбидной сердечно-легочной патологии в составе насыщенных жирных кислот отмечалось статистически значимое изменение их уровня в сторону повышения, особенно за счет увеличения содержания пальмитиновой кислоты, среди же полиненасыщенных жирных кислот снижалось содержания ω-3 жирных кислот (α-линоленовой и эйкозапентаеновой) и увеличивается содержание некоторых ω-6 жирных кислот (линолиновой, γ-линоленовой кислоты и дигомо-γ-линоленовой кислот) по сравнению с пациентами с изолированной ИБС и с группой контроля ($p< 0,01$).

Выводы. Сочетание ИБС и ХОБЛ характеризуется выраженной разбалансировкой жирнокислотного состава мембран эритроцитов преимущественно за счет дефицита эйкозапентаеновой кислоты и избытка пальмитиновой кислоты, а также гиперпродукцией провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ -6, ФНО -α.

0153 ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ВЫБОРА ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПОМОЩЬЮ ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

Волкова А.С., Сидоренкова Н.Б., Манукян А.В.
ГОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет", Барнаул, Россия

Цель работы. Определить возможность использования острой фармакологической пробы (ОФП) для выявления индивидуальных гемодинамических реакций на различные антигипертензивные лекарственные средства у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. В исследование вошли 100 пациентов с АГ 1-2 степени, в возрасте 45,0±3,2. Пациенты были рандомизированы на четыре группы, в которых после отмывочного периода проводилась ОФП с одним из препаратов: амлодипином (Норваском), верапамилом SR (Изоптином СР), метопрололом (Метокардом), квинаприлом (Аккупро). Оценивали показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоту сердечных сокращений (ЧСС), ударный объем (УО), общее периферическое сопротивление (ОПС) методом тетраполярной интегральной реоплетизмографии. Изучали показатели церебрального кровотока (ЦК) с помощью метода реоэнцефалографии: пульсовое кровенаполнение (ПК), сопротивление артерий крупного, среднего, мелкого калибра, а также венозный отток и коэффициент асимметрии. Все параметры регистрировали исходно, а также через 2 часа и 4 часа приема препаратов.

Результаты. В ОФП на фоне приема препаратов происходило достоверное снижение САД и ДАД: амлодипина — на 11,4 % и 12,4 % ($p<0,0001$), соответственно, при уменьшении ОПС на 23,6 % ($p<0,0001$), без изменения показателей ЧСС и УО; верапамила SR — на 10,3 % и 9,7 % ($p<0,0001$), соответственно, при снижении ЧСС на 9 %, УО на 13 % ($p<0,0001$); метопролола — на 16,1 % ($p<0,0001$) и 8,5 % ($p<0,05$), соответственно, при снижении ЧСС на 9,6 %, УО на 16,5 % ($p<0,0001$); квинаприла — на 8,6 % ($p<0,0001$) и 6,2 % ($p<0,001$), соответственно, при уменьшении ОПС на 10 % ($p<0,001$).

В ОФП с амлодипином и верапамилом SR наблюдалось достоверное снижение сопротивления крупных артерий на 21 % и 19 %, соответственно ($p<0,001$), средних и мелких артерий на 25 % и 21 %, соответственно ($p<0,001$), увеличение ПК на 23 % и 20 %, соответственно ($p<0,001$). Наиболее выра-

женная положительная динамика наблюдалась при ангиоспастическом типе ЦК, при этом многие больные отмечали уменьшение интенсивности головной боли. У пациентов с исходной гипотонией крупных артерий после приема амлодипина и верапамила SR происходило чрезмерное снижение сопротивления сосудов с появлением симптома выраженного головокружения. У пациентов с "нормотонией" не наблюдалось изменения показателей ЦК. При приеме метопролола имелась тенденция к снижению сопротивления крупных артерий и повышению ПК. На фоне приема квинаприла не происходило достоверного изменения показателей ЦК и церебральной симптоматики.

Выводы. Использование ОФП с одновременной регистрацией параметров центральной и церебральной гемодинамики позволяет оценить гипотензивную эффективность антигипертензивных средств, выявить ранние нежелательные цереброгемодинамические реакции, что облегчает индивидуальный выбор фармакотерапии у пациентов с АГ.

0154 ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ NT-proBNP И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ (ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА) НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА

Волкова С.Ю., Шалаев С.Ю.
ГОУ ВПО "ТюмГМА" Росздрава, Тюмень, Россия; Тюменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюмень, Россия; Областной кардиологический диспансер, Тюмень, Россия

Цель: определение плазменных концентраций N-терминального фрагмета мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) и ряда провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-а) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) у больных ИБС, на различных этапах сердечно-сосудистого континуума.

Материалы и методы: включённые в исследование 263 больных ИБС (79,5 % мужчин, средний возраст 55,3±8,6 лет) после общеклинического обследования с оценкой течения ИБС и данных ЭхоКГ были разделены на сопоставимые по полу и возрасту группы: 1) группа больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза с систолической дисфункцией ЛЖ (СДФЛЖ) (ФВЛЖ<40 %) — 93 пациента; 2) группа больных ХСН ишемического генеза с сохранной систолической функцией ЛЖ (ССФЛЖ) (ФВЛЖ>40 %) — 31 пациент; 3) группа больных ИБС без объективных и субъективных признаков ХСН (ФВЛЖ>50 %) — 33 пациента; 4) группа больных с ХСН с СДФЛЖ и нестабильной стенокардией (НС) — 26 пациентов; 5) группа больных с инфарктом миокарда (ИМ), не имеющих признаков ХСН и СДФЛЖ в остром периоде — 80 пациентов.

Результаты: плазменные уровни NT-proBNP, ФНО-α, ИЛ-6 были наиболее низкими на начальных этапах сердечно-сосудистого континуума (группа ИБС без ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ и стабильным течением ИБС). После эпизода острой ишемии миокарда, в подостром периоде ИМ с зубцом Q, среди пациентов с сохраненной сократительной функцией ЛЖ плазменные уровни NT-proBNP, ФНО-α, ИЛ-6 были существенно выше по отношению к больным первой группы. При стабильном течении ИБС с ССФЛЖ, но с клиническими признаками ХСН уровень NT-proBNP и ИЛ-6 в плазме крови был ниже, чем у пациентов в подостром периоде ИМ, но существенно превышал аналогичные показатели первой группы. При развитии СДФЛЖ, а тем более при присоединении обострения ИБС (НС), плазменные концентрации NT-proBNP и ИЛ-6 значимо возрастали. Вне зависимости от сократительной функции ЛЖ плазменная концентрация ФНО-α у больных с ХСН была сопоставима с уровнем ФНО-α у больных в подостром периоде ИМ.

Выводы. Содержание NT-proBNP и ИЛ-6 в плазме крови больных ИБС возрастает после эпизодов острой ишемии миокарда, появлении клиники ХСН, при нарушении систолической функции ЛЖ. Различное сочетание этих факторов обуславливает плазменный уровень NT-proBNP и ИЛ-6 на этапах сердечно-сосудистого континуума. Повышение уровня ФНО-а в плазме крови больных ИБС, при сопутствующей ХСН в большей степени сопряжено с ишемическими проявлениями коронарной болезни сердца.

0155 ВАЖНЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ — СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРА К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Волков В.С., Поселюгина О.Б., Нилова С.А., Роккина С.А., Свистунов О.П.
ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Поставлена цель — изучить роль снижения чувствительности вкусового анализатора к поваренной соли (ПС) в развитии и прогрессировании артериальной гипертонии (АГ).

Методы исследования. Обследовано 630 больных эссенциальной АГ (мужчин 252, женщин — 378; средний возраст — 51 год). У всех больных изучался порог вкусовой чувствительности языка к поваренной соли (ПВЧПС), выяснялась привычка досаливать готовую пищу, определялась суточная экскреция натрия с мочой, проводилось суточное мониторирование артериального давления. Контрольная группа — 288 практически здоровых лиц.

Результаты и обсуждение. Оказалось, что у здоровых лиц средний ПВЧПС составил 0,18+0,04 % раствора NaCl, а у больных АГ — 0,35+0,02 % (p <0,01). Среди первых лишь 12 % досаливали всегда готовую пищу, тогда как среди вторых — 35 % (p <0,01). По данным суточной экскреции натрия с мочой здоровые лица потребляли в сутки ПС в среднем 10,9 г, а больные АГ — 14,6 г (p <0,5). Коэффициент корреляции между ПВЧПС и экскрецией Na с мочой составил 0,7 (p <0,01). С повышением ПВЧПС нарастали клинические проявления АГ. Так, в группе больных с низким ПВЧПС на головные боли жаловалось 12 %, а с высоким — 51 % (p<0,05), на кардиалгию соответственно 23 и 82 % (p <0,01), на гипертонические кризы — 8 и 37 % (p <0,01). Изучение показателей СМАД свидетельствует, что у больных АГ с нарастанием ПВЧПС увеличивалось, несмотря на проводимое лечение, АД. Так, при низком ПВЧПС в среднем АД составило 138/86 мм рт.ст., а при высоком — 160/95 мм рт.ст. (p <0,05).

Таким образом, ПВЧПС в значительной мере определяет меру потребления ПС как здоровым человеком, так и больными АГ. У больных АГ значительно повышен ПВЧПС, что объясняет увеличение потребления ими этой пищевой добавки. Последняя, потребляемая в повышенных количествах, не только способствует развитию АГ, но и ухудшает течение заболевания. Следовательно, снижение чувствительности вкусового анализатора к поваренной соли является важным и независимым фактором риска развития и прогрессирования АГ.

0156 ДИНАМИКА УРОВНЯ Д-ДИМЕРА В ТЕЧЕНИЕ 18 МЕСЯЦЕВ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Воробьёва Н. М., Панченко Е. П., Добровольский А. Б., Титаева Е.В., Кириенко А. И.
ФГУ РКНПК МЗ и СР РФ, РГМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Цель работы. Изучить динамику содержания Д-димера в течение 18 месяцев антикоагулянтной терапии у больных венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО).

Материал и методы. Наблюдали 109 больных (75 мужчин, 34 женщины) в возрасте 18-76 (54±14) лет, перенесших эпизод тромбоза глубоких вен и/или тромбоэмболии лёгочной артерии. Все больные получили нефракционированный или низкомолекулярный гепарин не менее 5 дней с последующим переходом на приём варфарина (целевые значения международного нормализованного отношения 2,0-3,0). Длительность антикоагулянтной терапии варьировала от 3 до 18 месяцев, у половины больных она составила 18 месяцев. У больных с продолжительностью антикоагулянтной терапии менее 18 месяцев уровень Д-димера оценивали в период приёма варфарина. Содержание Д-димера измеряли методом латексной агглютинации с использованием наборов реактивов "STA LIATEST® D-DI" (Diagnostica Stago) исходно, через 1, 3, 6, 12 и 18 месяцев от начала лечения. Нормальное значение Д-димера <0,5 мкг/мл. Результаты представлены как медиана (25-й процентиль — 75-й процентиль).

Результаты. Исходный уровень Д-димера составил 1,05 (0,49-1,99) мкг/мл и превышал норму у 81 (74 %) пациента. Исходное содержание Д-димера в значительной степени зависело от длительности симптомов ВТЭО на момент его измерения ("возраста" тромба), а также от характера тромбоза (окклюзивный или неокклюзивный) и количества тромбированных вен ("размера" тромба). Корреляционный анализ обнаружил отрицательную взаимосвязь между уровнем Д-димера и "возрастом" тромба (r=-0,418; p<0,001) и положительную — между Д-димером и "размером" тромба (r=0,304; p=0,001). Через 1 месяц от начала лечения содержание Д-димера снизилось до 0,27 (0,13-0,53) мкг/мл (p<0,001), количество больных с повышенным Д-димером уменьшилось до 26 % (p<0,001). Содержание Д-димера через 3, 6, 12 и 18 месяцев от начала терапии составило 0,17 (0,09-0,34), 0,14 (0,08-0,27), 0,18 (0,09-0,29) и 0,21 (0,11-0,36) мкг/мл, количество больных с повышенным уровнем Д-димера — 15 %, 10 %, 13 % и 17 % соответственно.

Заключение. Уровень Д-димера у больных ВТЭО значительно снижается уже через 1 месяц от начала антикоагулянтной терапии. Максимальное снижение Д-димера наблюдается через 6 месяцев лечения. Несмотря на антикоагулянтную терапию в течение 18 месяцев содержание Д-димера превышает норму у 10-26 % больных ВТЭО.

0157 НЕЗАВИСИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ Д-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БЕЗ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Воробьёва Н. М.
ФГУ РКНПК МЗ и СР РФ, Москва, Россия

Цель работы. Изучить факторы, ассоциирующиеся с повышенным содержанием Д-димера у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) без тромбоэмболических осложнений (ТЭО).

Материал и методы. Выполнен ретроспективный анализ 867 историй болезни пациентов (533 мужчины, 334 женщины) в возрасте 19-93 (в среднем 61±12) лет, находившихся на лечении в Институте кардиологии им. А. Л. Мясникова в 2009 г. Артериальная гипертония была у 658 (76 %) больных, ишемическая болезнь сердца — у 602 (69 %), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — у 230 (27 %), мерцательная аритмия — у 218 (25 %), другие нарушения ритма и проводимости сердца — у 172 (20 %), порок сердца — у 104 (12 %), сахарный диабет — у 155 (18 %) человек. Стабильная стенокардия имела место у 445 (51 %) больных, постинфарктный кардиосклероз — у 339 (39 %), реваскуляризация миокарда была выполнена у 121 (14 %) пациентов. У всех больных в период госпитализации был измерен уровень Д-димера. Отсутствие ТЭО было подтверждено при помощи ультразвукового дуплексного ангиосканирования или мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) конечностей, вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии лёгких, МСКТ-ангиопульмонографии, магнитно-резонансной томографии сердца, трансторакальной и/или чреспищеводной эхокардиографии. Содержание в крови Д-димера определяли методом латексной агглютинации с использованием реактивов "STA LIATEST® D-DI" (Diagnostica Stago). Нормальное значение Д-димера <0,5 мкг/мл.

Результаты. Медиана уровня Д-димера составила 0,32 (интерквартильный размах 0,20-0,63) мкг/мл. При этом Д-димер был повышен у 276 (32 %) пациентов. По данным однофакторного регрессионного анализа с повышенным уровнем Д-димера ассоциировались женский пол (p<0,001), возраст >68 лет (p<0,001), эпизоды венозных ТЭО в анамнезе (p=0,001), отсутствие стенокардии (p=0,015), мерцательная аритмия (p=0,002), наличие ХСН (p<0,001), III-IV функциональные классы ХСН (p<0,001), декомпенсация ХСН (p<0,001), наличие постоянного искусственного водителя ритма (p=0,002), острый воспалительный (инфекционный) процесс (p<0,001), хроническая обструктивная болезнь лёгких (p=0,021), активный рак (p=0,034), лёгочная гипертензия (p<0,001). Указанные 13 показателей были включены в пошаговый многофакторный регрессионный анализ, по результатам которого установили, что женский пол [p=0,004; относительный риск (ОР) 1,7; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,2-2,3], возраст >68 лет [p<0,001; ОР 2,7; 95 % ДИ 1,9-3,9], острый воспалительный процесс [p=0,039; ОР 2,3; 95 % ДИ 1,0-5,1], лёгочная гипертензия [p=0,016; ОР 1,6; 95 % ДИ 1,1-2,2] и декомпенсация ХСН [p<0,001; ОР 10,7; 95 % ДИ 5,0-23,0] являются независимыми предикторами повышенного уровня Д-димера у больных ССЗ без ТЭО.

Заключение. Уровень Д-димера превышает норму у 32 % больных ССЗ при отсутствии ТЭО. Независимыми предикторами повышения Д-димера у больных ССЗ без ТЭО являются женский пол, возраст >68 лет, острый воспалительный процесс, лёгочная гипертензия и декомпенсация ХСН.

0158 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА

Воробьев А.Н.
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Пациенты с ХСН характеризуются тяжелым течением заболевания, значительным количеством госпитализаций и неуклонной прогрессией заболевания. Белково-энергетическая недостаточность часто остается незамеченной, а похудание кажется незначительным в сравнении с другими симптомами у больных ХСН.

Целью нашего исследования явилась оценка влияния на прогноз и качество жизни синдрома недостаточности питания у пациентов с ХСН ишемического генеза.

Материалы и методы. Обследовались пациенты с ИБС и ХСН, поступившие в Рязанский областной клинический кардиологический диспансер.

Проводилась оценка питательного статуса путем:

а) МТ сравнивалась с рекомендуемой МТ (РМТ) в соответствии с формулой:

РМТ = Р — 100 — (Р — 152) × (мужчины — 0,2, женщины — 0,4),
где Р — рост в см.

ИМТ вычислялся по формуле:

ИМТ = вес (кг) / рост^2 (м^2)

б) определения ЖМТ и ТМТ по Durnin-Womersley. Оценка ТМТ проводилась в сравнении с должной ТМТ, которая принималась равной 70 % и более от РМТ.

в) Определения содержания в сыворотке крови общего белка, альбумина, абсолютного числа лимфоцитов.

ИБС и ХСН диагностировали согласно рекомендациям ВНОК. Для оценки КЖ использовался опросник SF-36 и Миннесотский опросник.

Результаты. По результатам первичного обследования сформированы: основная группа — 92 больных с гипотрофией

III степени, и контрольную группа, сопоставимая по возрасту, полу и клиническим диагнозам — 92 пациента без нарушений нутритивного статуса.

По результатам двухгодичного наблюдения была отмечена достоверно большая частота и продолжительность госпитализаций больных, имевших нарушение питательного статуса. Основными причинами госпитализации были отек легких, сердечная астма, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, гипертонический криз. Также в основной группе отмечена тенденция к повышению смертности.

При первичном изучении КЖ выявлено, что сумма баллов Миннесотского опросника в основной группе была достоверно выше, чем у пациентов без гипотрофии (64,6±2,4 и 48,0±1,9 баллов, соответственно, p<0,05). По результатам SF-36 пациенты с кахексией получили достоверно более низкую сумму баллов по всем шкалам, кроме "Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием" и "Психическое здоровье". При повторном анкетировании, пациенты первой группы показали значимое ухудшение КЖ по шкалам "Общее состояние здоровья", "Физическое функционирование", "Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием".

Выводы. 1. Нарушения нутритивного статуса у больных ХСН являются дополнительным фактором снижения КЖ.

2. Наличие недостаточности питания у пациентов с ИБС и ХСН значимо увеличивает тяжесть заболевания и ухудшает прогноз (увеличивается частота и продолжительность госпитализаций, имеется тенденция к увеличению смертности).

0159 АНАЛИЗ ФРАКТАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМНЫХ СВЯЗЕЙ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЖИЗНЕОПАСНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ

Вохидов Х.Р. Олимов Н.Х., Юлдошев Э.Ч.
Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Сердечно — сосудистые заболевания и, в первую очередь, ишемическая болезнь сердца продолжают оставаться ведущей причиной смертности и инвалидизации в большинстве стран мира. При этом среди прочих сердечно-сосудистых заболеваний, лежащих в основе смертности, 80 % составляет инфаркт миокарда (ИМ) оказывающийся виновником у умерших.

Цель исследования. Выявить группы больных с повышенным риском развития фатальных аритмий на фоне инфаркта миокарда осложнившейся кардиогенным шоком.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов, из них 45 мужчин (75 %) и 15 женщин (25 %). Средний возраст обследованных больных составил 57,5±5,5 лет. Диагноз заболевания устанавливался на основании критериев ВОЗ. У всех больных на фоне инфаркта миокарда клинически имело место проявление истинной формой кардиогенного шока легкой и средней степени тяжести.

Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартного отведения. Выделение последовательности R-R и последующую обработка данных проводили цифровым методом on line по специальной методике (Музалевская Н. И., Урицкий В. М., 1998). Фрактальная оценка (β) флюктуаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне 4,0x 10 ^{3}...4,0 x 10^{1} Гц (ультранизкие частоты -экстракардиальная регуляция). Помимо β, вычисляли среднее значение R-R интервала -вариабельность сердечного ритма- ΔRR, спектра мощности в высокочастотном (ВЧ) и низкочастотном диапазоне (НЧ).

Результаты. Структура НЧ флюктуации кардиоинтервала у пациентов острым инфарктом миокарда существенно отличаются от контроля (β=0,95±0,12, Δ=41±4мс, НЧ=0,30±0,04, ВЧ=0,20±0,06 группа контроля p=0,05). На фоне острого инфаркта миокарда все параметры достоверно снижались: β=0,48±0,13, Δ=18±6мс, НЧ=0,23±0,02, ВЧ=0,12±0,03., а у больных с кардиогенным шоком эти параметры значительно уменьшились: β=0,20±0,06, Δ=08±04мс, НЧ=0,15±0,02, ВЧ=0,06±0,02. Анализ показателей больных кардиогенным шоком с летальным исходом (n=15), показал, что у этих больных характерна выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению всех параметров к нулевому уровню за несколько дней до остановки сердца. При круглосуточном ЭКГ мониторировании (кардиомониторная система РМ-8014, фирмы "Drager", Германия.) почти у всех больных зафиксированы желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну — Вольфу и преобладала симпатическая активация.

Выводы. Таким образом, контроль за вышеуказанными показателями может позволить превентивно диагностировать снижение устойчивости экстракардиальной регуляции, выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития жизнеугрожающих аритмий и выбрать адекватную терапию.

0160 МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ "ИДИОПАТИЧЕСКИХ" НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

Вустина В.В., Сарапулова О.Н., Василец Л.М.
ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель исследования: изучить уровень С-реактивного протеина, фибриногена, фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) у пациентов с "идиопатическими" нарушениями ритма сердца и определить возможное место маркеров воспаления в аритмогенезе.

Материалы и методы: Обследовано 29 больных с "идиопатическими" нарушениями ритма сердца в возрасте от 18 до 54 лет (14 — с синдромом слабости синусного узла тип тахикардии-брадикардии, 15 — с желудочковой экстрасистолией (ЖЭС). Группу сравнения составили 12 практически здоровых лиц. Для выяснения этиологии нарушений ритма сердца проводилось общеклиническое обследование, а также комплексное исследование сердечно-сосудистой системы, включая ЭКГ в 12-ти отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ ("Astrocard" ЗАО "Медитек", Россия), тредмил-тест, ультразвуковое исследование сердца. Функция проводящей системы сердца оценивалась при проведении электрофизиологического исследования сердца методом чреспищеводной электрической стимуляции предсердий с использованием электрокардиостимулятора "Astrocard" (ЗАО "Медитек", Россия). Концентрация С-реактивного протеина (СРП), фибриногена определялись с помощью специализированных тест-систем. Уровень ФНО-α определялся методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартной тест-системы фирмы "Biosource" (Бельгия). Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью программы Statistica 6,0.

Результаты: Показатели структурно-функционального состояния миокарда у обследуемых групп находились в пределах нормы, что исключало первичную патологию сердечно-сосудистой системы. Уровень ФНО-α у пациентов с синдромом тахикардии-брадикардии составил 16,89±3,46 пг/мл, при ЖЭС — 12,93±3,8 пг/мл. Концентрация ФНО-α в группе сравнения — 1,16±0,58 пг/мл (p<0,05). При развитии синдрома тахикардии-брадикардии и частых ЖЭС (Lown II) уровень ФНО-α значимо выше, чем без аритмии. Концентрация СРП у всех обследуемых лиц не превышала 5,0 мг/л, что указывает на отсутствие острого воспаления, обострения хронического заболевания и др. У пациентов с ЖЭС уровень СРП (3,21±2,63 мг/л) был достоверно выше, чем у практически здоровых лиц (p<0,001). Достоверных различий в уровне СРП при синдроме тахикардии-брадикардии (1,28±0,49 мг/л)

не выявлено. Не получено достоверных различий концентрации фибриногена у обследуемых: 3,60±1,05 г/л — при ЖЭС, 3,28±0,84 г/л — при синдроме тахикардии-брадикардии и у практически здоровых — 3,46±0,85 г/л (p>0,05).

Выводы:1.Высокий ФНО-α уровень ассоциирован с "идиопатическими" нарушениями ритма сердца. 2. Наибольшая концентрация ФНО-α была у больных с синдромом слабости синусного узла тип тахикардии-брадикардии и при частых желудочковых экстрасистолах. 3. Уровень С-реактивного протеина при "идиопатических" нарушениях ритма имел различные значения: достоверно повышен при желудочковой экстрасистолии и нормальный при синдроме тахикардии-брадикардии. 4. Достоверных различий по концентрации фибриногена в обеих группах не было выявлено.

0161 ЗНАЧЕНИЕ КЛИРЕНСА ЭНДОГЕННОГО КРЕАТИНИНА КАК ВАЖНЕЙШЕГО МАРКЕРА ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST

Вялкина Ю.А.
ГЛПУ Тюменская областная клиническая больница, ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия", Тюмень, Россия

Цель исследования: В процессе полугодового проспективного наблюдения изучить прогностическое значение уровня клиренса эндогенного креатинина для долгосрочного прогноза у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъемов сегмента ST. Оценить уровень риска инфаркта миокарда у больных с ОКС, используя критерии риск-стратификации GRACE.

Материалы и методы. В исследование включено 149 пациентов с ОКС без подъемов сегмента ST в возрасте от 33 до 85 лет (средний возраст 61±9,8 лет), среди них 103 (69 %) — мужчины. 119 (80 %) пациентов с диагнозом нестабильная стенокардия. Из всего количества наблюдаемых больных 8 (5,4 %) имели в анамнезе заболевания почек, 26 человек (17,4 %) — сахарный диабет, острое нарушение мозгового кровообращения — 5 человек (3,4 %). В процессе проспективного наблюдения на протяжении 6 месяцев изучено прогностическое значение показателей почечной дисфункции: клиренса креатинина как маркера долгосрочного прогноза у больных с ОКС, дана сравнительная характеристика расчета долгосрочного прогноза согласно международным критериям GRACE и влияния почечной дисфункции на прогноз у пациентов с ОКС. Расчет клиренса креатинина проводился по формуле Кокрофта-Гаулта.

Результаты: При обследовании пациентов уровень креатинина плазмы составлял от 0,61 до 3,59 мг\дл (среднее значение 1,2±0,39 мг\дл), при расчете уровня клиренса эндогенного креатинина по формуле Кокрофта-Гаулта — от 19,77 мл\мин до 176,26 мл\мин (среднее значение 69±25,6 мл\мин), среди них 59 (40 %) пациентов со сниженными показателями скорости клубочковой фильтрации (клиренс креатинина составил от 19,77 мл\мин до 60 мл\мин), из них у 3 пациентов этот показатель был менее 30мл\мин. У 65 пациентов был повышен уровень креатинина плазмы (среднее значение 1,48±0,44 мг\дл). При оценке долгосрочного прогноза у больных с ОКС, используя критерии риск-стратификации GRACE, риск развития инфаркта миокарда в течение 6 месяцев с момента госпитализации составил 18,3 % в группе с нормальными показателями креатинина. В группе больных с повышенным уровнем креатинина — 20,5 % (p<0,056). В процессе полугодового проспективного наблюдения инфаркт миокарда диагностирован в 16,7 % случаев от числа пациентов без почечной дисфункции и в 18,6 % (p<0,023) — от числа больных со сниженным клиренсом креатинина.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о высоком прогностическом значении такого маркера почечной дисфункции (уровень клиренса креатинина) как предиктора долгосрочного прогноза у больных с ОКС.

0162 ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ МВ-ФРАКЦИИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ДИНАМИЧЕСКОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Вятчинина С.В., Шалаев С.В., Арутюнян Л.А., Сафиуллина З.М.
Областной кардиологический диспансер ГЛПУ "Тюменская областная клиническая больница", кафедра кардиологии ФПК и ППС ГОУ ВПО "Тюменской государственной медицинской академии", Тюмень, Россия

Цель: оценить прогностическое значение повышения КФК-МВ у больных ИБС, перенесших АКШ.

Материалы и методы: Исследование выполнялось на базе отделения сердечно-сосудистой хирургии Тюменской областной клинической больницы. Всего в исследование было включено 120 больных ИБС. Средний возраст пациентов составил 55,8±7,32 лет. В данной группе преобладали мужчины — 104 (86,67 %) от общего числа пациентов. На долю женщин пришлось 16 (13,33 %) человек. Инфаркт миокарда в анамнезе был выявлен у 89 (74,2 %) пациентов. Всем пациентам иммунологическим методом определялся уровень КФК-МВ через 6, 12, 24, 48 и 72 часа после операции. Нами учитывалось повышение КФК-МВ, превышающее 99-й персентиль верхнего референсного уровня (ВРУ) более чем в 5 раз.

Результаты: в процессе динамического проспективного 3-летнего наблюдения сердечно-сосудистые осложнения (фатальные и нефатальные ИМ, эпизоды нестабильной стенокардии, случаи сердечно-сосудистой смерти) нами были зафиксированы у 54 пациентов (45 %) из 120. При этом уровень КФК-МВ через 6 часов после АКШ был повышен более чем в 5 раз у 19 больных из 120 (15,8 %), из них сердечно-сосудистые осложнения развились у 18 человек из 54 (33,3 %) (p<0,01). 5-кратное превышение КФК-МВ через 12 часов после операции отмечалось у 22 (18,3 %), сердечно-сосудистые осложнения имели место у 21 (39 %) пациента (p<0,01). Через сутки после проведенной операции 5-кратное повышение КФК-МВ диагностировалось у 24 больных (20 %), из них сердечно-сосудистые осложнения — у 23 (42,6 %) включенных в исследование (p<0,01). 5-кратное превышение КФК-МВ через 48 часов после АКШ отмечалось у 13 человек (10,8 %) и у 8 пациентов (6,7 %) через 72 часа, из них сердечно-сосудистые осложнения имели место у 10 (18,5 %) и у 6 (11,1 %) больных соответственно, что оказалось недостоверным (p>0,05) в сравнении с пациентами без 5-кратного превышения КФК-МВ.

Вывод: таким образом, повышение КФК-МВ более чем в 5 раз у больных через 6, 12 и 24 часа после АКШ в сравнении с пациентами, у которых не отмечалось превышения данного маркера некроза миокарда более чем в 5 раз, ассоциируется с достоверно более частым развитием сердечно-сосудистых осложнений (фатальных и нефатальных ИМ, эпизодов нестабильной стенокардии, случаев сердечно-сосудистой смерти) в процессе динамического проспективного трёхлетнего наблюдения.

0163 ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИНАМИЧЕСКОГО

ПРОСПЕКТИВНОГО ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Вятчинина С.В., Шалаев С.В., Арутюнян Л.А., Сафиуллина З.М.
Областной кардиологический диспансер ГЛПУ "Тюменская областная клиническая больница", кафедра кардиологии ФПК и ППС ГОУ ВПО "Тюменской государственной медицинской академии", Тюмень, Россия

Цель: оценить прогностическое значение АГ в развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС, перенесших АКШ.

Материалы и методы: в исследование было включено 120 больных ИБС, которым было проведено АКШ на базе отделения сердечно-сосудистой хирургии Тюменской областной клинической больницы. Средний возраст пациентов составил 55,8±7,32 лет. 104 человека (86,67 %) были лицами мужского пола, 16 (13,33 %) — женского. Инфаркт миокарда в анамнезе был выявлен у 89 (74,2 %) пациентов. Постинфарктная аневризма сформировалась у 13 (14,6 %) больных. Эндоваскулярные операции в анамнезе имели место у 13 (14,6 %) человек. По данным ЭхоКГ 37 (30,8 %) больных имели дилатацию левых отделов сердца. Гипертрофия миокарда ЛЖ диагностировалась у 71 пациента (59,2 %), включенного в исследование. Подавляющее число больных страдали многососудистым поражением коронарного русла. Среднее количество шунтов на 1 человека составило 2,8±0,83 шунта (от 1 до 4). У 7 пациентов (5,8 %) шунтирование сочеталось с пластикой ЛЖ. Среднее время искусственного кровообращения составило 90,1±24,21 минут, среднее время окклюзии аорты — 51,4±18,22 минуты. В среднем ИВЛ продолжалось 17,7±1,92 часов. С целью стабилизации гемодинамики вазопрессоры использовались у 56 пациентов (46,7 %). Дальнейшее проспективное наблюдение продолжалось не менее 3-х лет.

Результаты: в процессе динамического проспективного 3-летнего наблюдения у 54 пациентов (45 %) из 120 нами были зафиксированы такие сердечно-сосудистые осложнения, как фатальные и нефатальные ИМ, эпизоды нестабильной стенокардии, случаи сердечно-сосудистой смерти. АГ в анамнезе имелась у 103 из 120 в исследуемой группе (85,8 %). При этом сердечно-сосудистые осложнения у больных с АГ регистрировались достоверно чаще — у 53 человек (98 %) из 54 ($p<0,05$). Ожирением (ИМТ >30 кг/м^2) страдали 52 пациента (43,3 %) из 120. В этой группе сердечно-сосудистые осложнения отмечались достоверно чаще в сравнении с больными без данного фактора риска — у 48 (89 %) ($p<0,01$).

Вывод: у больных, перенесших АКШ и имеющих в анамнезе АГ и ожирение, достоверно чаще в сравнении с пациентами без данных факторов риска ИБС отмечались такие сердечно-сосудистые осложнения, как фатальные и нефатальные ИМ, эпизоды нестабильной стенокардии, случаи сердечно-сосудистой смерти в процессе динамического проспективного трёхлетнего наблюдения.

0164 К ВОПРОСУ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Габерман О.Е., Крюков Н.Н.
ГОУ ВПО Самарский Государственный Медицинский Университет Росздрава, НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО "РЖД", Самара, Россия

Цель: выявить распространённость факторов риска артериальной гипертонии в зависимости от возраста у работников локомотивных бригад.

Методы исследования: Обследовано 90 работников локомотивных бригад (машинистов и помощников машинистов) в возрасте от 20 до 60 лет. Все работники локомотивных бригад имели артериальную гипертонию и не страдали другими хроническими заболеваниями с функциональной недостаточностью. Были сформированы репрезентативные возрастные группы мужчин (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 и более лет). Всем пациентам проводилась стратификация факторов риска. Оценивали следующие факторы риска: курение, дислипидемия, глюкоза плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/ л, ожирение, семейный анамнез ранних ССЗ.

Полученные результаты. Распространённость курения составила 44,44 % (40 пациентов). Больше всего курящих в возрасте 50-59 лет — 58,62 %. Повышенное содержание общего холестерина крови >5,0 ммоль/л установлено в 42,22 % случаев. Среди пациентов в возрасте 50-59 лет гиперхолестеринемия составила 55 %, в возрасте 40-49 лет — 37,9 %. Повышенный уровень триглицеридов >1,7 ммоль/л выявлен в 21 %. Наибольшее повышение триглицеридов в возрастной группе 50-59 лет — 31 %. С увеличением возраста отмечается рост распространения гипертриглицеридемии. 80 % пациентов из обследованных имеют избыточную массу тела (ИМТ>25). Абдоминальное ожирение (объём талии >102 см) зарегистрировано в 14 % случаев. Распространённость избыточной массы тела увеличивается с возрастом: в возрасте 20-29 лет — 30 %, 30-39 лет — 42 %, 40-49 лет — 74 %, 50-59 лет — 87 %. Глюкоза плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/л выявлена в 2 %. Отягощённая наследственность по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям зарегистрирована в 36 %. Во всех возрастных группах среди работников локомотивных бригад отмечалось сочетание нескольких факторов риска. Среди работников локомотивных бригад наибольший уровень встречаемости нескольких факторов риска отмечен в возрастной группе 50-59 лет. С нарастанием возраста у работников локомотивных бригад увеличивается частота распространения факторов риска ССЗ.

Выводы. Таким образом, среди работников локомотивных бригад наблюдается не только высокий уровень распространения основных факторов риска, но и частое их сочетание, что увеличивает суммарный риск развития ССЗ в исследуемой популяции. Полученные результаты исследования свидетельствуют о высокой распространённости курения, дислипидемии, ожирения среди машинистов и помощников машинистов в возрасте 50-59 лет. Необходимо среди лиц стрессовых профессий проводить комплексное решение проблем профилактики артериальной гипертонии. Всё это требует разработки программ реабилитации для работников локомотивных бригад и унифицированных критериев оценки её качества и эффективности.

0165 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ (Самарское отделение Куйбышевской железной дороги ОАО "РЖД")

Габерман О.Е., Крюков Н.Н., Васильева Г.Ю.
ГОУ ВПО Самарский Государственный Медицинский Университет Росздрава, НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО "РЖД", Самара, Россия

В настоящее время работники локомотивных бригад (машинисты и помощники машинистов) являются группой повышенного риска развития артериальной гипертонии.

Цель работы: оценить распространённость артериальной гипертонии у работников локомотивных бригад, наиболее подверженных психоэмоциальным перегрузкам.

Материалы и методы: нами проанализирована заболеваемость АГ и временная утрата трудоспособности среди машинистов и помощников машинистов Самарского отделения Куйбышевской железной дороги ОАО "РЖД". Количество работающих в локомотивных бригадах за период с 2006-2009 год составило в среднем 541 человек.

Результаты: В 2009 году АГ выявлена у 147 (27 %) машинистов и помощников машинистов Самарского отделения Куйбышевской железной дороги ОАО "РЖД". В период с 2006 по 2009 год отмечается рост заболеваемости с гипертонической болезнью у работников локомотивных бригад (в 2006 году — 21 %, в 2009 году 27 %). За пятилетний период (2002-2006гг) заболеваемость с АГ у работников Куйбышевской

железной дороги выросла в 2 раза с 62,1 на 1000 взрослого населения в 2002 году до 119,6 на 1000 взрослого населения в 2006 году. У работников дороги, болезни связанные с повышением кровяного давления в структуре болезней системы кровообращения занимают 85,2 % случаев, в то время как у работников локомотивных бригад — 96,5 % случаев. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности по Артериальной Гипертонии у работников локомотивных бригад выросла в случаях и днях (с 1,4 до 2,2 в случаях и с 15 до 25 в днях на 100 работающих). В 2009 году отмечается снижение в структуре отстранённых от рейса при проведении предрейсового медицинского осмотра по причине повышенного АД до 2 случаев. Охват диспансерным наблюдением по АГ у работников первой категории составил 78,8 %, а у работников локомотивных бригад — 100 %. Временная утрата трудоспособности за 2006-2008 год по АГ у машинистов и помощников машинистов составила более 676 дней, что является значительным экономическим ущербом для данного акционерного общества.

Выводы. Необходимо среди работников локомотивных бригад проводить комплексное решение проблем профилактики, диагностики, лечения артериальной гипертонии и реабилитации больных с её осложнениями, что позволит снизить уровень заболеваемости и временной нетрудоспособности по артериальной гипертонии.

Внедрение программы стратификации факторов риска артериальной гипертонии, оптимизации мероприятий по влиянию режима и условий труда на заболеваемость артериальной гипертонией у работников локомотивных бригад способствует раннему выявлению, диагностике, лечению, диспансеризации и профилактике гипертонической болезни.

0166 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОЯВЛЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА У МУЖЧИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ПЕРВИЧНОЙ АНГИОПЛАСТИКОЙ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ

Габинский Я.Л., Кузнецова Н.В.
ГБУЗ СО " Уральский институт кардиологии", Екатеринбург, Россия

Цель: выявить частоту появления стенокардии (СТ) с 3 по 6 и с 7 по 12 месяцы постинфарктного периода (ПП) в зависимости от факторов риска (ФР), клинико-лабораторных данных, изменения показателей качества жизни (КЖ) и параметров велоэргометрической пробы (ВЭМ) с 1 по 3 и с 4 по 6 месяцы у мужчин с первичным неосложненным инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST и восстановлением кровотока в инфаркт-зависимой артерии (ИЗА) методом первичного чрескожного коронарного вмешательства со стентированием (ЧТКА).

Материалы и методы: обследованы 62 мужчины от 35 до 60 лет (средний возраст 52,98±5,24 года) с ИМ с подъемом сегмента ST, одососудистым поражением, ФВ ЛЖ более 50 %, без тяжелой сопутствующей патологии и СД 2 типа. Оценивались ФР, клинико-анамнестические данные. Перед выпиской, через 3, 6 и 12 месяцев проводилось клиническое обследование, ВЭМ, заполнялся опросник КЖ "SF-36". Для определения значимых параметров, предсказывающих появление СТ, применяли корреляционный и регрессионный и анализы с использованием табличного процессора Excel.

Результаты и обсуждение: среди ФР ОТ ≥102 см была у 40(64 %), ГБ — 38 (61 %), предшествующая коронарная недостаточность — 28 (45 %), отягощенная наследственность по ИБС — 42 (68 %), курение — 52 (84 %), ОХ ≥5 ммоль/л — 44 (71 %), ЛПВП ≥1ммоль/л — 29 (46 %), ЛПНП ≥3 ммоль/л — 48 (77 %), ТГ ≥1,7 ммоль/л — 38 (61 %) мужчин. Сердечная недостаточность (СН) I функционального класса (ф.к.) по NYHA была у 12 (20 %), II ф.к. у 50 (80 %) обследуемых. Продолжительность ВЭМ перед выпиской и на 3 месяце у лиц без СТ и у пациентов с последующим ее появлением составила 8 и 10,5 мин., 7,3 и 10,1мин. (p=0,64, p=0,2). На 6 и 12 месяцах различия достоверны — продолжительность ВЭМ без СТ-12,5 и 14,2, со СТ -10,6 и 10,0 (p<0,001). КЖ на 1, 3, 6 и 12 месяце у мужчин с появлением СТ было низким по шкалам ролевых ограничений, общего здоровья, энергичности и эмоционального состояния (p <0,001)

За год СТ зафиксирована у 36(58 %) — на 3 месяце ПП у 6(9,6 %), на 6 — у 14(22,5 %), на 12 — у 16(26 %) мужчин.

Появление СТ с 3 по 6 месяц ПП можно ожидать при сочетании факторов: продолжительного коронарного анамнеза, отсутствия санаторного этапа реабилитации, повышенных уровней ЛПНП и ТГ в момент развития ИМ, более 1 имплантированного стента, неадекватной ежедневной физической активности, нарушения КЖ по шкалам общего здоровья, энергичности, социального функционирования и эмоционального состояния. Вероятность появления СТ с 7 по 12 месяц ПП возрастает при наличии ГБ до ИМ, отягощенной наследственности по ИБС, длительного коронарного анамнеза, продолжительного болевого приступа, уменьшения времени выполнения ВЭМ пробы в динамике.

Заключение: учитывая ФР, клинико-анамнестические и лабораторные данные, динамику изменений показателей ВЭМ пробы и КЖ можно прогнозировать появление СТ в разные сроки ПП и оптимизировать тактику лечения.

0167 РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Габинский Я.Л., Никифорова О.В.
ГБУЗ СО "Уральский институт кардиологии", Екатеринбург, Россия

Цель: изучить особенности в диагностике кардиалгии и ишемической болезни сердца у женщин работоспособного возраста и выявить корреляционные связи в основных показателях клиники, эрготропных функций сердца и коронарного кровотока.

Методы. Объектом исследования явились 92 женщины работоспособного возраста (30-55 лет), обратившихся в Уральский институт кардиологии в период 2007-2009гг с клиническими проявлениями сердечно — болевого синдрома в области левой половины грудной клетки, с сохраненной менструальной функцией, без эндокринной патологии. Группу сравнения составили здоровые женщины (23) той же возрастной группы без жалоб. Из исследования исключались пациентки, на ЭКГ которых имели место изменения, затрудняющие достоверную оценку динамики сегмента ST при проведении ВЭП и ХМ ЭКГ: полная блокада правой и левой ножки пучка Гиса, синдром (феноменом) WPW, пациенты с ЭКС, с выраженной гипертрофией миокарда.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что болевой синдром у 74 человек (80 %) носил атипичный характер, у 18 типичный для ишемической болезни сердца. Всем пациенткам проведены ВЭП и 24 часовое ХМ ЭКГ.

У 41 % (38 чел) ВЭП отрицательная, у 2 положительная, у 9 пациенток — сомнительная у 41 прервана из-за усталости. ХМ ЭКГ выявило достоверное смещение сегмента ST у 31 %. При ХМ регистрировались нарушения ритма в виде единичных наджелудочковых и желудочковых экстрасистол. У 16 пациенток проведена КАГ; в 87 % патология коронарных артерий не диагностирована. У 2 пациенток с типичным для ИБС клиникой при проведении КАГ обнаружено одососудистое поражение (ЛКА и ПКА). При этом у одной из них ВЭП — положительная, у другой пациентки прервана из-за усталости.

На ХМ — у обеих достоверное ишемическое смещение сегмента ST при ходьбе, которое сопровождалось нехваткой воздуха, болью за грудиной и требовало остановки. У 6 пациенток, с характерным для ишемической болезни сердца болевым синдромом, коронарное русло было без патологии.

В группе здоровых женщин отрицательные показатели пробы получены у 91 % (21 обследуемых), 2 прервано. При ХМ ЭКГ регистрировалось допустимое количество наджелудочковых и желудочковых единичных экстрасистол, эпизоды нерегулярного синусового ритма.

Выводы: 1. У молодых женщин с диагнозом сердечно-болевого синдрома подтверждение нарушения коронарного кровотока (ангиографическая верификация диагноза) зарегистрировано только в 12 % случаев.

2. Нагрузочные тесты в этой группе пациентов могут давать как ложноположительные, так и сомнительные результаты.

3. КАГ даже при типичной клинической картине ИБС у молодых женщин с регистрацией ишемических изменений при ХМ ЭКГ и ВЭП, не всегда выявляет атеросклеротическое поражение коронарных артерий. Более чем в половине случаев женщин с клиникой ИБС имеет место несоответствие между данными КАГ, нагрузочными пробами и суточным мониторированием ЭКГ.

0168 АНАЛИЗ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Габинский Я.Л., Котельникова В.А.
ГБУЗ СО "Уральский институт кардиологии", Екатеринбург, Россия

Цель — изучить динамику изменений параметров вегетативного статуса по показателям вариабельности сердечного ритма (ВСР) и оценить характер нарушений сердечного ритма в зависимости от глубины и локализации инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование включались мужчины трудоспособного возраста с подтвержденным первичным ИМ. Первую группу составили пациенты (n=26) с ИМ с зубцом Q передней локализации, вторую группу — пациенты (n=26) с ИМ с Q по задней стенке левого желудочка, третью группу — пациенты (n=22) с Q негативным ИМ. Суточное мониторирование ЭКГ с оценкой временных и спектральных характеристик ВСР проводилось на 3-4 неделе заболевания и повторно через 3 месяца.

Результаты и обсуждение. Исходные среднесуточные показатели ВСР во всех трех группах значимо не различались между собой. При первом обследовании в группе пациентов с передним ИМ частая желудочковая эстрасистолия (>10 в час) выявлена у 19,2 %, в группе с задним ИМ — у 23 %, в группе ИМ без зубца Q- у 11,1 %. Желудочковая эктопическая активность высоких градаций — выше 3 класса по Ryan, регистрировалась несколько чаще ($p>0,05$) в группах Q-позитивного ИМ (в 50 % и 42,3 % случаев при переднем и заднем ИМ, против 22,2 % в группе ИМ без Q).

В группе больных с задним ИМ отмечалось увеличение ($p<0,001$) временных характеристик к 3 месяцу, SDNN и SDANN возрастают на 14,5 % и 18,2 %, соответственно (исходно SDNN 116,3±30,8 ms, через 3 месяца 136,0±35,4 ms, исходно SDANN 99,7±27,7 ms через 3 месяца 121,9±35,2 ms). У пациентов с передним ИМ — меньший, но значимый прирост SDNN на 8,6 %, ($p=0,05$) (исходно SDNN 128,0±30 ms, через 3 месяца 140,3±29,0 ms). При Q-негативном ИМ в динамике достоверно увеличивается SDANN на 12,6 % (исходно SDANN 106,5±29,4 ms, через 3 месяца 121,8±31,6 ms). За время наблюдения спектральные характеристики ВСР во всех трех группах значимо не изменились.

Через 3 месяца от начала заболевания в группе пациентов с задним ИМ снизилось число случаев регистрации желудочковых нарушений ритма высоких градаций. Подобной динамики желудочковой активности в группах переднего ИМ и ИМ без зубца Q не наблюдалось.

Выводы.

1. Глубина и локализация ИМ не оказывает существенного влияния на основные характеристики параметров ВСР, зарегистрированных через месяц от начала заболевания.

2. Временные характеристики ВСР (SDNN, SDANN) возрастают к 3 месяцу после перенесенного ИМ. Однако улучшение вегетативного профиля более выражено при задней локализации ИМ.

3. К 3 месяцу достоверно снижается число случаев регистрации желудочковых нарушений ритма высоких градаций только у пациентов с задним ИМ.

0169 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ И АГРЕАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ПОДВЕРГШИХСЯ АНГИОПЛАСТИКЕ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ

Гагаркина Л.С., Царенок С.Ю., Горбунов В.В., Лыков А.В., Нардин Д.Б., Кошевая О.Д.
ГОУ ВПО Читинская Государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель исследования: определение содержания лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов и агрегационных свойств тромбоцитов у пациентов с тяжелой хронической коронарной недостаточностью, подвергшихся ангиопластике со стентированием.

Материалы и методы исследования. Обследовано 15 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса. Средний возраст пациентов составил 57±7,4 лет. В качестве контрольной группы исследовали здоровых доноров (15 человек), сопоставимых по полу и возрасту. Содержание лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов (ЛТА) в крови оценивали по оригинальной методике Ю.А. Витковского и соавт. Агрегацию оценивали с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов „Биола" (Москва). В качестве индуктора агрегации тромбоцитов применяли растворы в конечной концентрации: АДФ (10, 5 и 2,5 мкг/мл), коллагена (1мг/мл) и адреналина (1,25мкг/мл) ООО „Технология-стандарт" (Барнаул). Оценивали кривую степени агрегации в относительных единицах и кривую степени светопропускания в процентах. Исследуемые показатели изучались до ангиопластики, через 5 дней после вмешательства и через 3 месяца на фоне двухкомпонентной дезагрегантной терапии аспирином и клопидогрелем.

Результаты. В исследуемой группе пациентов выявлено повышение содержания лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов (17,6±5,7, $p<0,04$), снижение лимфоцитарно-тромбоцитарного индекса (ЛТИ), характеризующего среднее число тромбоцитов, способных присоединяться к одному лимфоциту (2,26±0,1, $p<0,001$). Достоверных изменений ЛТА и ЛТИ в динамике не выявлено ($p>0,06$). При изучении агрегационной функции тромбоцитов у данной категории больных достоверных отличий от контрольной группы со стороны спонтанной агрегации не выявлено. При изучении индуцированной агрегации отмечено ее снижение на адреналин, коллаген. На индукцию АДФ, напротив, достоверно возрастали как скорость, так и степень агрегации тромбоцитов. В динамике наблюдения через 5 дней достоверных различий от исходного уровня не выявлено. Через 3 месяца после стентирования отмечено повышение скорости спонтанной агрегации тромбоцитов по сравнению с дооперационным периодом, при этом степень агрегации существенно не менялась. На исследуемые индукторы сохранялась тенденция к снижению агрегации кровяных пластинок, наиболее выраженная на адреналин и коллаген.

Выводы: 1.У больных ИБС с тяжелой коронарной недостаточностью имеет место нарушение адгезивных взаимодействий между тромбоцитами и лейкоцитами, выражающееся в повышении содержания ЛТА, снижении ЛТИ.

2. Исходно у данной категории больных выявлено снижение агрегации на адреналин, коллаген, сохраняющиеся при

динамическом наблюдении через 3месяца на фоне двухкомпонентной дезагрегантной терапии.

0170 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ АМБУЛАТОРНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Гаджиева З.Г., Гаджиев Г.Э., Абдулкадырова С.О.
Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель исследования: изучение эффективности и приверженности терапии при амбулаторном лечении больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. В исследование были включены 50 больных в возрасте 56,7±7,8 лет с хронической (не менее 3-х лет) артериальной гипертонией 2-3-й степени, поступивших на стационарное лечение в отделение кардиологии Республиканской клинической больницы г.Махачкала: 20 мужчин (40 %) и 30 женщин (60 %). Опрос проводился в первый день госпитализации. Оценивались уровень знаний больных об артериальной гипертонии, ее факторах риска, приверженность их самоконтролю артериального давления и лечению, а также соответствие используемых больными в амбулаторных условиях гипотензивных препаратов рекомендациям Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов.

Результаты. 15,3 % опрошенных не считали повышение артериального давления у себя заболеванием, относя свое состояние к "возрастным изменениям". Остальные 84,7 % знали о наличии у них ГБ. Из тех опрошенных, что имели представление о наличии заболевания, 28,6 % считали достаточным проведение курсового лечения гипертонии (предпочтительнее в стационаре) 1-2 раза в год, 26,5 % принимали гипотензивные препараты "от случая к случаю" (преимущественно при симптоматическом повышении артериального давления) и только 44,9 % знали (или признались) о необходимости и старались осуществлять постоянный прием антигипертензивных препаратов, отдавая предпочтение моно- или двухкомпонентной терапии. Треть больных, называя принимаемые ими гипотензивные препараты, указала адельфан, дибазол, папаверин, энам. 90 % опрошенных знали о вреде чрезмерного употребления поваренной соли, однако не более половины из них (51,3 %) старались придерживаться низкосолевой диеты. Об опасности гиперлипидемии были осведомлениы 86,5 % больных, однако в соблюдении гиполипидемической диеты и/или регулярном приеме липиднижающих лекарственных препаратов признались лишь 48,4 %. Уровень своего холестерина был известен 40,0 % больных, уровень глюкозы крови — 62,5 %. Отказались от курения (среди опрошенных курящих больных мужского пола) 15 %, пытались снизить повышенный вес — 31,5 %, выполнять динамическую физическую нагрузку (ходьба, утренняя гимнастика) — 25 % опрошенных. 68,9 % больных признали факт врачебных рекомендаций по изменению образа жизни. 55 % — имели домашние тонометры для самоконтроля уровня артериального давления.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует о недостаточной информированности больных ГБ о своем заболевании, факторах риска, ухудшающих прогноз, целевом артериальном давлении, современных пролонгированных гипотензивных препаратах, низкой приверженности их медикаментозной гипотензивной терапии. Исходя из этого, напрашивается очевидный вывод о необходимости уделять больше внимания индивидуальной и групповой (школы артериальной гипертензии) работе с пациентами на амбулаторном этапе ведения больных с ГБ.

0171 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ДАГЕСТАНСКОЙ МИЛИЦИИ

Гаджиев А.Н.
Медико-санитарная часть МВД по Республике Дагестан, Махачкала, Россия

Цель исследования: изучение распространенности факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у сотрудников МВД по Республике Дагестан, а также их взаимосвязи со стажем работы, ее спецификой, служебным положением милиционеров и их местом жительства.

Методы исследования: при помощи специально составленной анкеты проведен рандомизированный анонимный опрос сотрудников МВД по РД, не имевших ССЗ, обращавшихся по различным поводам к врачам поликлиники и направленных на лечение в госпиталь Медико-санитарной части. Попутно проводился анализ медицинских амбулаторных карт (результатов ежегодных профилактических осмотров) этих лиц.

Полученные результаты: всего было опрошено 840 человек (средний возраст — 39,7±5,3 лет; мужчин — 89 %, женщин — 11 %). Из них 523 человека (62,3 %) являлись городскими жителями, 191 человек (22,8 %) проживали в селе на равнине, а 126 человек (14,9 %) — в горных селах. Оперативной работой (служба в ОМОН и подобных подразделениях) занимались 385 человек (45,8 %). Средний стаж работы в МВД у опрошенных на момент анкетирования составил 14,5 лет; к младшему начальствующему составу относились 37,9 %, к среднему — 44,3 %, к старшему начальствующему составу — 17,8 % опрошенных. Нормальную массу тела имели 31,7 % (средний индекс массы тела (ИМТ) — 21,1), избыточную — 32,6 % (средний ИМТ — 27,2), ожирение I степени зафиксировано у 22,1 % опрошенных, II степени — у 13,6 %. По отношению к курению состав анкетируемых распределился так: не курили 49,7 %, курили периодически 23,4 %, курили постоянно 26,9 %. Наиболее частыми видами пищевых продуктов, употребляемых опрошенными лицами, явились: мясо и мясопродукты (87,8 %), хлеб и мучные изделия (64,1 %), молочные продукты (49,0 %). 38,4 % анкетированных досаливали еду. Регулярно (раз в неделю и чаще) занимались спортом и/или физическими упражнениями 42,5 % опрошенных сотрудников МВД. В пути на работу и домой 92,4 % использовали личный и общественный автотранспорт. Семейный анамнез ранних ССЗ выявлен у 32,7 % опрошенных. Уровень общего холестерина в крови оказался выше нормы у 25,2 % анкетированных (по данным медицинских амбулаторных карт). Анализ влияния пола на наличие ФР показал достоверно большую ($p<0,05$) их встречаемость у мужчин. Место проживания анкетируемых существенно не влияло на наличие ФР, равно как и специфика работы. При распределении анкетированных по стажу работы на группы (5 лет и менее, 6-10 лет, 11-15 лет, 16 лет и более) достоверно чаще ($p<0,05$) ФР выявлялись у лиц, прослуживших 11-15 лет. Такая же тенденция наблюдалась у сотрудников из числа среднего и старшего начальствующего состава ($p<0,05$).

Выводы: проведенное анкетирование показало наличие у значительной части сотрудников МВД одного и более факторов риска ССЗ. Не отмечено существенных различий в их распространенности в зависимости от специфики работы и места жительства. Выявлена достоверно большая частота ФР у лиц мужского пола; имеющих стаж работы более 11 лет; среднего и старшего начальствующего состава.

0172 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В ВЫСОКОГОРНОМ РАЙОНЕ. ДИНАМИКА ЗА 35 ЛЕТ

Гаджиев Г.Э., Шайхалов Г.А.
Кулинская центральная районная больница, Ваччи, Россия

Цель исследования — изучить динамику артериального давления (АД) и распространенности артериальной гипертo-

нии (АГ) в Кулинском районе республики Дагестан за последние 35 лет.

Материал и методы исследования. Обследование проводилось методом подворного обхода. Измерение и интерпретация уровня АД согласно рекомендациям ВОЗ. Первое обследование было проведено в 1975г с охватом 2298 человек старше 14 лет. Повторное исследование проведено в 2009г с охватом 1814 человек.

Результаты исследования. Обследование населения в 1975г показало слабое возрастное повышение АД. Систолическое АД (САД) у мужчин, равное в возрасте 15-19 лет 103,59±0,89 мм рт.ст., к 60-69 годам повышается до 126,74±2,02 мм рт.ст. Однако в возрасте 70 лет и старше оно оказалось несколько ниже и равнялось 120,38±2,28 мм рт.ст. У женщин САД в возрасте 15-19 лет равнялось 102,96±0,68 мм рт.ст. В возрастной группе 60-69 лет оно равнялось 113,85±1,24 мм рт.ст., а в 70 лет и старше 110,00±1,17 мм рт.ст. Диастолическое АД (ДАД) в возрасте 15-19 лет у мужчин равнялось 66,38±0,43 мм рт.ст. К 60-69 годам оно достигало всего 74,78±1,06 мм рт.ст., а в возрасте 70 лет и старше 72,69±1,04 мм рт.ст. У женщин ДАД повышается соответственно с 65,39±0,42 мм рт.ст. до 65,43±0,50 мм рт.ст. и до 65,71±1,28 мм рт.ст.

В 2009г САД у мужчин в возрасте 15-19 лет равнялось 105,45±1,54 мм рт.ст., к 60-69 годам оно достигало 125,61±1,60 мм рт.ст., а в возрасте 70 лет и старше 119,75±354 мм рт.ст. У женщин САД в возрасте 15-19 лет равнялся 104,73±1,80 мм рт.ст., к 60-69 годам достигал 121,28±2,89 мм рт.ст., а к 70 годам и старше — 121,34±2,34 мм рт. ст. ДАД в возрасте 15-19 лет равнялось 70,75±1,20 мм рт.ст., к 60-69 годам повышается до 82,02±1,24 мм рт.ст., а к 70 годам и старше 78,25±29 мм рт.ст. У женщин ДАД в возрасте 15-19 лет равнялось 70,34±1,11 мм рт.ст., к 60-69 годам достигает 78,86±1,20 мм рт.ст., к 70 годам и старше — 79,61±1,57 мм рт. ст.

АГ в 1975г наблюдалась у 5,65±0,48 % обследованных лиц, в том числе АГ 1 степени у 2,95±0,35 %, АГ 2-3 степени у 2,73±0,34 %. Распространенность АГ среди мужчин достигала 8,04±0,85 %, среди женщин 4,56±0,75 %. В 2009г АГ наблюдалась у 13,75±1,08 % ($p<0,001$) обследованных, АГ 1 степени у 7,75±0,82 % ($p<0,001$), АГ 2-3 степени у 5,96±0,73 % ($p<0,001$). Распространенность АГ среди мужчин равнялась 13,76±1,12 % ($p<0,001$), среди женщин 12,06±1,05 % ($p<0,001$).

Выводы. В высокогорной физико-географической провинции Дагестана, характеризовавшейся в 1975г низкими возрастными уровнями АД и распространенностью АГ, наблюдается рост заболеваемости АГ.

0173 ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Газзаева С.Р., Астахова З.Т., Канукова Ф.У.
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования “Северо-Осетинская государственная медицинская академия”, Владикавказ, Россия

Цель работы: уточнение особенностей состояния центральной гемодинамики у больных безболевой ишемией миокарда на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: обследовано 62 больных безболевой ишемией миокарда (основные) в возрасте 30-65 лет, из них мужчин -29, женщин — 33 человека. Больных разделили на 2 группы — 1 (35 человек) группу составили больные, страдающие безболевой ишемией миокарда; вторую — 27 больных с безболевой ишемией миокарда в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых лиц. Группы обследованных сопоставимы по полу и возрасту. Больным было проведено общеклиническое, электрокардиографическое и эхокардиографическое исследования. В период обследования больные не получали лечения. Оценивались следующие показатели: пульс, артериальное давление, данные электрокардиограммы, конечно-систолический объем (КСО), конечно-диастолический объем (КДО), ударный (УО) и минутный объемы (МО), фракция выброса (ФВ), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП)

Результаты: При изучении биоэлектрической активности обследованных 1-й и 2-й групп установлены признаки ишемии миокарда (депрессия сегмента ST или отрицательный зубец Т, в контрольной группе — вариант нормы). Данные кардиогемодинамики сердца свидетельствуют об изменениях внутрисердечной гемодинамики в основных группах по сравнению с контрольной. Так, конечно-систолический и конечно-диастолический размеры в основных группах был выше, чем в контрольной группе (соответственно 4,02± 0,1; 4,12 ±0,12; 3,39±0,13; ударный объем в 1-й и 2-й группах был достоверно ниже, чем в контрольной (74,02 ±5,82 и 77,16см3, и соответственно 85,43±2,96см). Фракция выброса составила в основных и контрольной группе соответственно 46,5 48±1,08. При сравнении результатов исследования между основными группами установлено, что во II группе отмечаются более глубокие нарушения гемодинамики чем в I группе.

Выводы: сочетание безболевой ишемии миокарда с хронической обструктивной болезнью легких ухудшает прогноз и требует особого подхода к ведению данной категории больных.

0174 ИЗУЧЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА КСИМЕДОНА НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Газизов Р.М., Нургатина Э.Р., Садыкова А.К.
ГОУ ДПО “Казанская государственная медицинская академия”, Отделенческая клиническая больница ОАО “РЖД”, Казань, Россия

Цель исследования: изучение динамики показателей состояния иммунитета у больных хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после первоначального и повторного курсов лечения отечественным иммуномодулирующим лекарственным средством ксимедон.

Материалы и методы: 22 больным ХРБС через 6 мес после окончания курса комплексного противоревматического лечения с включением ксимедона проведен повторный 3-х недельный курс лечения ксимедоном. После окончания повторного курса лечения и через 6 мес определялись количество CD3+-Т-лимфоцитов, их субпопуляций CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

Полученные результаты. По всем исследуемым показателям результаты повторного курса лечения ксимедоном превышали результаты I курса. Через 6 мес после повторного курса лечения ксимедоном количество CD3+-, CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов у больных ХРБС достоверно превышало показатели до начала I курса лечения и недостоверно превышало показатели через 6 мес после I курса лечения. Индекс супрессии и индекс стимуляции через 6 мес после повторного курса лечения были достоверно выше показателей до начала I курса лечения и через 6 мес после I курса лечения. Уровни IgA и IgM через 6 мес после повторного курса лечения оставались достоверно ниже показателей до начала I курса лечения и недостоверно ниже показателей через 6 мес после I курса лечения, а уровень IgG — недостоверно выше показателя до начала I курса лечения и через 6 мес после I курса лечения.

Выводы. Влияние ксимедона на состояние иммунитета больных ХРБС после повторного курса было более выраженным, чем после I курса. Остаточный иммунокоррегирующий эффект ксимедона через 6 мес после повторного курса прак-

тически по всем параметрам был несколько выше остаточного эффекта комплексной терапии с включением ксимедона.

0175 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Газизов Р.М., Ацель Е.А., Крохина Е.Ю., Садыкова А.К.
ГОУ ДПО "Казанская государственная медицинская академия", Отделенческая клиническая больница ОАО "РЖД", Казань, Россия

Цель исследования: изучение динамики показателей состояния иммунитета у больных хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после первоначального и повторного курсов лечения отечественным лекарственным препаратом с иммуномодулирующим действием димефосфоном.

Материалы и методы: 20 больным ХРБС через 3 мес после окончания комплексного противоревматического лечения с применением димефосфона проведен повторный 3-х недельный курс лечения димефосфоном. После окончания повторного курса лечения и через 3 мес определялись количество CD3+-Т-лимфоцитов, их субпопуляций CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

Полученные результаты: Практически по всем изучаемым параметрам, за исключением IgM, после повторного курса лечения димефосфоном наблюдалось недостоверное превышение результатов после I курса. Через 3 мес после повторного курса лечения димефосфоном количество CD3+- и CD4+-Т-лимфоцитов, значение иммунорегуляторного индекса были недостоверно выше, а количество CD8+-Т-лимфоцитов ниже данных через 3 мес после I курса лечения. Индекс супрессии и индекс стимуляции через 3 мес после повторного курса были незначительно выше показателей через 3 мес после I курса лечения. Уровень иммуноглобулинов через 3 мес после повторного лечения димефосфоном был недостоверно ниже показателей через 3 мес после I курса лечения.

Выводы: Влияние димефосфона на состояние иммунитета у больных ХРБС и остаточный иммунокоррегирующий эффект через 3 мес после повторного курса лечения были аналогичными эффекту комплексной терапии с включением димефосфона.

0176 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Гайдукова И.З., Ребров А.П.
ГОУ ВПО " Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Цель: выявить наличие изменений показателей Эхо-КГ у больных псориатическим артритом (ПсА).

Материалы и методы. Обследовано 60 больных ПсА (длительность заболевания 12 [4; 29] лет Me [Q25; Q75], возраст-43,27±11,86 лет (M±SD)) и 45 здоровых добровольцев (возраст 44±13,8лет). Группы сопоставимы по возрасту, полу, кардиоваскулярному риску. Регистрировали двухмерную эхокардиограмму и допплероэхокардиограмму в импульсном режиме ("Apogee'CX"). Определяли массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), фракцию изгнания (ФИ), толщину задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки (ЗС и МЖП), размеры левого и правого предсердий (ЛП и ПП), диастолическую функцию ПЖ и ЛЖ, диастолический размер правого желудочка (ПЖ), состояние створок митрального, трикуспидального и аортального клапанов (МК, ТК и АК), стенок аорты (Ао), диаметр Ао на уровне АК и восходящего отдела, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА).

Результаты. Размеры полостей сердца и толщина стенки желудочков больных ПсА превышала аналогичные показатели здоровых лиц. КДР больных составил 5,3±1,45, КДР здоровых лиц — 4,85±0,36, p=0,01; КСР -4,11±0,28 и 3,9±0,23, соответственно (p=0,001). КДО больных ПсА =126,1±31,34, здоровых — 111,26 ±0,24, КСО больных =54,06 ±5,58, КСО здоровых = 38,33±7,78. МЖП и ЗС больных ПсА была равна 1,03±0,15, МЖП и ЗС здоровых лиц = 0,91±0,1, p=0,01. Были выявлены статистически значимые изменения размеров полостей предсердий больных ПсА в сравнении с размерами предсердий здоровых лиц (p<0,0001 для всех). Следствием расширения полостей сердца было формирование относительной недостаточности атриовентрикулярных клапанов: недостаточность МК I степени встречалась в 46,5 % случаев, II — в 42,3 %, III степени — у 1,9 % пациентов. Недостаточность трикуспидального клапана I степени выявлена в 46,15 % случаев, II степени — в 42,3 %, III степени — у 3,84 %обследованных больных ПсА. У больных ПсА выявлено уплотнение створок клапанов (митрального — в 85,5 % случаев, трикуспидального — в 48,1 %, аортального — в 53,8 % случаев).

У больных ПсА выявили изменения со стороны аорты: расширение корня аорты наблюдалось в 25 % случаев, расширение восходящего отдела аорты -в 15,3 %. Недостаточность аортального клапана I степени установлена в 11,5 % случаев, II степени- в 5,76 %.

Неспецифические дегенеративные изменения стенок аорты и створок аортального клапана у больных ПсА определялись в 5,7 % случаев, у здоровых -в 4,4 %.

В 42,2 % случаев у больных ПсА отмечалось нарушение диастолической функции ЛЖ по релаксационному типу, в группе контроля — в 21,3 % (p<0,001).

Заключение: У больных ПсА при Эхо-КГ выявлено ремоделирование миокарда ЛЖ и ПЖ, дилатация полостей сердца с нарушением диастолической функции желудочков, уплотнением и расширением Ао, АК, МК, ТК, что отражает неблагоприятный кардиоваскулярный прогноз у больных ПсА.

0177 ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Гакова Е.И., Акимова Е.В., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Целью данного исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии и ее основных факторов риска в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Методы исследования. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование популяции школьников 7-17 лет Ленинского округа г.Тюмени, выбранных по методу случайной выборки. Кардиологическим скринингом было охвачено 2640 школьников 7-17 лет с откликом 87,7 %, (1308 мальчиков и 1332 девочки) в 2004-2005гг. Все школьники были разделены на группы по возрасту и полу. Каждая возрастно-половая группа составила до 300 человек. Возраст детей определялся по числу полных лет на момент обследования. Обследование проводилось с применением стандартизованных методов. Школы и классы, подлежащие обследованию, отобраны методом случайных чисел. Процедура обследования на кардиологическом скрининге включала: предварительный опрос с получением паспортных данных, данных анамнеза, о наличие жалоб, физической нагрузке; анонимное анкетирование на выявление фактора курения, употребления алкоголя; антропометрию; трехкратное измерение артериального давления; подсчет пульса; ЭКГ.

В результате исследования распространенность АГ в популяции школьников составила 10,6 %, среди девочек — 8,8 %, в популяции мальчиков — 12,4 %. Избыточную

массу тела (ИМТ) имели около 9 % мальчиков и девочек 12-17 лет. В группе подростков с ИМТ выявляемость повышенного АД была значительно выше, чем среди школьников с нормальными значениями ИК (p<0,05). Отмечена более высокая распространенность курения у мальчиков 12-17 лет в группе с ИМТ -17,7 %, чем в группе с нормальными значениями ИК — 9,7 %. У девочек наблюдалась обратная ситуация: распространенность курения была выше в группе подростков с нормальными значениями ИК (5,9 % vs 3,6 %), за исключением 14 — летних девочек с повышенным ИК, где установлена наиболее высокая распространенность курения -12,9 %. При анализе распространенности НФА установлен факт значимых различий у девочек 12-17 лет в группах с ИМТ и нормальной массой тела (39,4 % vs 35,5 %, p<0,05) и отсутствие таковых у мальчиков (12,8 % vs 13,3 %, p>0,05). Встречаемость жалоб, характерных для дисрегуляторного нарушения вегетативной нервной системы, отмечалась значительно чаще в группе школьников с ИМТ. Так, мальчиками и девочками с ИМТ чаще, чем с нормальным ИК, предъявлялись жалобы на головокружение, головную боль, сердцебиение, раздражительность, потливость, плохой сон (p<0,05). Сочетание двух-трех и более жалоб отмечалось чаще у девочек и мальчиков с высоким ИК.

Вывод: Таким образом, анализ результатов одномоментного эпидемиологического исследования популяции школьников Тюмени помог установить высокую распространенность основных факторов риска артериальной гипертензии и значительно более высокий уровень данных факторов риска в сочетании с ИМТ, требующий разработки и проведения незамедлительных многофакторных профилактических мероприятий.

0178 ИЗМЕНЕНИЕ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПОСЛЕ УШИВАНИЯ КОЛОТО-РЕЗАНОЙ РАНЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, ПЕРИКАРДА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Гальцев В.А., Глушак Э.С., Макаев И.М., Фурер И.М.
ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Первая муниципальная городская клиническая больница скорой помощи, НУЗ ОКБ на станции Оренбург ОАО "РЖД", Оренбург, Россия

Цель — определить объемные показатели левого желудочка (ЛЖ) сердца для возможности диагностирования сердечной недостаточности у пострадавших после ушивания колото-резаной раны сердца в отдаленном послеоперационном периоде (1,5 года после операции) при диспансерном наблюдении.

Методы исследования. Под наблюдением находились 11 пострадавших с ранением ЛЖ сердца, левого предсердия (ЛП) — 10, перикарда (П) — 8. Все пациенты мужского пола в возрасте 34,2±2,8 года. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых мужчин аналогичного возраста. Проводилось диспансерное наблюдение лиц, перенесших операцию по поводу ушивания колото-резаного ранения сердца и перикарда, (активная диспансеризация) в условиях поликлиники с использованием эхокардиоскопии по стандартной методике (аппарат "Алока", Япония) и расчетом следующих показателей: общий объем миокарда ЛЖ (ОО), мл; объем миокарда ЛЖ (ОМ), мл; масса миокарда ЛЖ (ММ), g; индекс массы миокарда ЛЖ (ИМ), g/м^2.

Результаты. После ушивания раны ЛЖ сердца отмечено недостоверное (p >0,05) увеличение ОО ЛЖ, уменьшение — ОМ, ММ и ИМ ЛЖ. У пациентов с ранением ЛП сердца зарегистрировано достоверное (p<0,01) увеличение ОО ЛЖ (295,33±9,97 мл в сравнении с контрольной группой — 224,00±11,13 мл). Средние значения ОМ (124,67±10,72 мл), ММ ЛЖ (130,67±11,29 g) увеличились (p>0,05) и уменьшился (p>0,05) ИМ ЛЖ — 73,30±2,45 g/м^2 (соответственно в контрольной группе — 123,50±4,73 мл; 129,75±4,93 g; 76,43±0,79 g/м^2). У пострадавших с ранением перикарда объемные показатели изменялись недостоверно (p>0,05) — с тенденцией к увеличению ОМ, ИМ ЛЖ, уменьшению — ОО, ММ ЛЖ.

Таким образом, при диспансеризации пострадавших (через 1,5 года) после ушивания колото-резаной раны левого желудочка, левого предсердия сердца и перикарда выявлено изменение объемных показателей левого желудочка в большей степени выраженности у лиц с ранением левого предсердия (достоверное увеличение (p<0,01) общего объема миокарда левого желудочка сердца). Полученные данные необходимо учитывать в дальнейшем наблюдении с целью диагностики сердечной недостаточности (в том числе и скрытой) у лиц, перенесших колото-резаное ранение сердца и перикарда, в отдаленном послеоперационном периоде.

0179 СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Галяутдинов Г.С.
ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет", Казань, Россия

Целью исследования явилось определение кислородсвязывающей способности гемоглобина при хронической сердечной недостаточности.

Выделение очищенного от 2,3-дифосфоглицерата гемоглобина проводилось из гемолизированных эритроцитов крови при pH 7,6 с использованием сефадекса G-25-medium и 0,1 М раствора трисбуфера у 26 здоровых лиц и 35 больных ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью I- IV функционального класса. Раствор гемоглобина смешивался с отдельными порциями воздуха в разряженном до вакуума десатураторе, совмещенном со спектрофотометрической кюветой. Определялось содержание оксигемоглобина в динамике смешивания гемоглобина с воздухом, а объем воздушной камеры предварительно был измерен с помощью ртути. По построенному графику изменения содержания оксигемоглобина в зависимости от количества кислорода определялась величина сродства гемоглобина к кислороду (P50), как напряжение кислорода, при котором насыщение гемоглобина происходит на 50 %.

Выявлено, что хроническая сердечная недостаточность сопровождается повышением сродства гемоглобина к кислороду. Если в контрольной группе (здоровые лица) величина P50 составила 0,297±0,0038 мм рт.ст. столба, то у больных с хронической сердечной недостаточностью P50 равнялась 0,146±0,0051 мм рт.ст. (p<0,05).

Полученные данные демонстрируют высокую кислородсвязывающую способность нативного гемоглобина крови больных с различной степенью тяжести хронической сердечной недостаточности.

0180 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АРТЕРИЙ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Гаранин А.А., Рябов А.Е., Щукин Ю.В., Терешина О.В., Катунин В.Д.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава", Самара, Россия

Цель. Установить особенности периферического кровообращения и биомеханики магистральных артерий большого круга у больных сахарным диабетом обоих типов.

Методы исследования. Обследовано 100 человек, из них 40 человек некурящих практически здоровых (группа 1 — контрольная, средний возраст 20 лет), 30 — с компенсированным сахарным диабетом (СД) 1 типа (группа 2, средний возраст 25 лет) и 30 — с компенсированным СД 2 типа легкой или средней степени тяжести (группа 3, средний возраст 55 лет). В группы 2 и 3 не включались пациенты с артериальной

гипертензией, клиническими признаками облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей и ИБС. Всем обследованным регистрировали сфигмограммы артерий мышечно-эластического (сонной, бедренной) и мышечного (лучевой, локтевой, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы) типов и реограммы верхней и нижней конечности. Показатели биомеханики артерий изучали в процессе компьютерной обработки. Статистический анализ проводился с использованием критерия Вилкоксона, при помощи программы Statistica 6.0. Достоверными считались различия при $p<0,05$.

Полученные результаты. На центральных артериях мышечно-эластического типа (a.carotis) обнаружено достоверное снижение силы и мощности в диастолические фазы притока. Так, в фазу быстрого притока в группе 2 средняя мощность меньше нормы на 14 %, в группе 3 — на 37,7 %, причем этот показатель в группе 3 меньше, чем в группе 2, на 27,4 %. Известно, что на центральных артериях приток определяется в первую очередь сердечным выбросом. На периферических артериях мышечного типа подобного снижения силовых показателей в сосудистую диастолу не выявлено. Обнаружено увеличение биомеханической активности в систолические фазы мышечного компонента оттока (МКО) и формирования дикротической волны. Так, средняя скорость в фазу МКО на a.radialis больше нормы в группе 2 в 3,4 раза, а в группе 3 — в 3,9 раза. Наоборот, в фазу эластического компонента оттока (ЭКО) на всех артериях выявлено снижение силовых параметров. Средняя скорость в фазу ЭКО на a.ulnaris в группе 2 меньше нормы на 23,6 %, а в группе 3 — на 38,9 %, причем этот показатель в группе 3 меньше, чем в группе 2, на 20 %. При компьютерной реовазографии выявлены сходные изменения. Например, на верхних конечностях средняя скорость в фазу, аналогичную ЭКО, меньше нормы в группе 2 на 25,2 %, в группе 3 — на 35,3 %, а в фазу, аналогичную МКО, больше нормы в 2,4 и в 2,3 раза соответственно.

Выводы. По нашему мнению, снижение показателей биомеханики центральных артерий в фазы притока, отсутствие снижения в диастолу на периферических артериях мышечного типа и повышение их пропульсивной активности в систолические фазы отражает функциональные изменения в сердечно-сосудистой системе при СД: развитие компенсаторной сосудистой гиперфункции в систолу. Кроме того, эластические свойства сосудов нарушены больше также при СД 2 типа, что, вероятно, связано с возрастом пациентов и морфологическими изменениями сосудистой стенки на фоне начальных стадий атеросклероза.

0181 ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гаранин А.А., Рябов А.Е., Зотов Н.П., Терешина О.В., Катунин В.Д.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава", Самара, Россия

Цель. Изучить возрастно-половые особенности функционального состояния сосудов большого круга кровообращения у практически здоровых лиц по данным компьютерной сфигмографии и реографии.

Методы исследования. Обследовано 120 практически здоровых человек без клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Проведено распределение по четырем группам (по 30 человек): группа 1а — женщины со средним возрастом 20 лет, группа 1б — женщины со средним возрастом 50 лет, группы 2а и 2б — мужчины с аналогичным делением по возрасту. Всем обследованным регистрировали сфигмограммы артерий мышечно-эластического (сонной, бедренной) и мышечного (лучевой, локтевой, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы) типов и реограммы верхней и нижней конечности. Показатели биомеханики артерий изучали в процессе компьютерной обработки. Статистический анализ проводился с использованием критерия Вилкоксона, при помощи программы Statistica 6.0. Достоверными считались различия при $p<0,05$.

Полученные результаты. На центральных артериях мышечно-эластического типа (a.carotis) выявлено достоверное повышение показателей биомеханики в начальную фазу сосудистой систолы (эластического компонента оттока — ЭКО) у молодых мужчин: средняя скорость в эту фазу в группе 2а больше, чем в группе 1а, на 27 %, причем с возрастом она снижается (в группе 2б меньше, чем в 2а, на 32,8 %). Аналогично меняются сила и мощность движения сосудистой стенки. На артериях верхних конечностей (a.ulnaris, a.radialis — мышечный тип) обнаружено усиление биомеханической активности у молодых мужчин и ее снижение с возрастом у мужчин и женщин в фазы ЭКО и мышечного компонента оттока (МКО). Так, сила на a.radialis в фазу ЭКО в группе 1б меньше, чем в 1а, на 70 %, в группе 2б меньше, чем в 2а, на 45 %, а в фазу МКО этот показатель в группе 2а больше, чем в группе 1а, на 19,3 %. На артериях нижних конечностей (a.tibialis, a.dorsalis pedis) подобные изменения были менее выражены. По данным компьютерной реографии верхних конечностей обнаружено снижение показателей биомеханики в диастолические фазы притока у женщин с возрастом: в группе 1б сила в фазу быстрого притока меньше, чем в группе 1а, на 23,5 %, причем у молодых мужчин этот показатель достоверно больше, чем у молодых женщин, на 33,6 %. В систолические фазы показатели реовазографии верхних и нижних конечностей менялись аналогично результатам сфигмографии. Например, при реографии нижних конечностей средняя скорость в фазу МКО в группе 2а больше, чем в 1а, на 10 %, а в группе 2б меньше, чем в 2а, на 25,4 %.

Выводы. По данным компьютерной сфигмографии и реографии, у молодых мужчин наблюдается повышенная пропульсивная активность артерий большого круга кровообращения. По нашему мнению, это обусловлено половыми различиями в тонусе симпато-адреналовой системы и вазотропными эффектами женских половых гормонов. С возрастом эти различия несколько уменьшаются.

0182 ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЕДИНСТВА

Гарганеева Н.П.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск, Россия

В национальных клинических рекомендациях по диагностике и лечению стабильной стенокардии комитет экспертов ВНОК обращает внимание на важность психосоциального стресса как одного из факторов риска (ФР) развития ишемической болезни сердца (ИБС) и ее осложнений. В структуре принятой концепции психосоциальные факторы, несмотря на их значимость, остаются малоизученными.

Цель: изучить влияние психосоциальных стрессорных факторов на формирование тревожно-депрессивных расстройств и течение ИБС с позиции интегративного подхода к многофакторной профилактике методами системного анализа.

Материал и методы: обследовано 150 больных ИБС (средний возраст 52,78±7,49 года) с тревожно-депрессивными расстройствами невротического и аффективного уровня, находившихся в отделении пограничных состояний. Психопатологическая симптоматика, обусловленная предшествующими перенесенными психотравмирующими событиями (психосоциальным стрессом) явилась основанием обращения больных к психиатру. В работе использованы методы многомерного анализа.

Результаты: подтверждением участия психосоциальных факторов в оценке прогноза сердечно-сосудистых осложнений явился анализ взаимосвязи ФР соматического и социально-психологического значения с использованием метода логистической регрессии. Изучалось влияние психогенных

факторов на формирование тревожно-депрессивных расстройств невротического и аффективного уровня с оценкой значимости психосоциальных стрессоров (события жизни, утрата близкого, медицинские, производственные, семейно-бытовые). У мужчин с ИБС при значениях (Concordant=93,7 %; Somers'D=0,878) пошаговый алгоритм определил ряд известных ФР, таких как дислипидемия (p=0,0001), гипоальфахолестеринемия (p=0,0001), нарушения ритма сердца (p=0,0014), гипертрофия левого желудочка (p=0,0001), артериальная гипертония (p=0,0021), СД (p=0,0211), индекс массы тела (p=0,0155), отягощенность семейного анамнеза (p=0,0414). Вместе с тем в число предикторов вошли психосоциальные факторы, отражающие психическое и психологическое состояние больных, значимым из которых был психосоциальный стресс в соответствии со шкалой выраженности психотравмирующего воздействия, с первого шага составивший 83,6 % прогноза, при изучении соотношения возраста начала и давности психической и кардиологической патологии (p=0,0001). На фоне выраженной тревоги (p=0,0006) у больных появлялись фобии ипохондрического содержания (p=0,0251), панические расстройство (p=0,0198), нарушение социальной адаптации, ощущение внутренней напряженности (p=0,0338), неудовлетворенность своим состоянием (p=0,0226). Прогрессирование ИБС сопровождалось формированием широкого спектра депрессивных расстройств, обуславливая низкую приверженность пациентов к лечению (p=0,0012).

Выводы. Больные с тревожно-депрессивными расстройствами, перенесшие психосоциальный стресс, составляют группу высокого риска развития и прогрессирования ИБС. Изучение взаимосвязи ФР методами системного анализа расширяет представления о значимых психосоциальных факторах риск стратификации, что следует учитывать в профилактических и реабилитационных программах.

0183 ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА РАБОТЕ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АГ (В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ) В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ "MONICA — PSYCHOSOCIAL")

Гафаров В.В.[1,2], Громова Е.А.[1,2], Гафарова А.В.[1,2], Гагулин И.В.[1,2]
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[1], Новосибирск, Россия; УРАМН НИИ терапии СО РАМН[2], Новосибирск, Россия

Цель исследования: Изучить влияние стресса на работе на относительный риск развития артериальной гипертензии (в течение 10 лет) среди мужчин 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" в 1994г, была обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жителей одного из района г. Новосибирска, Россия. Объем выборки составил 657 мужчин. Стресс на работе был изучен по методике MONICA. В течение 10-летнего периода (1995-2004гг) в когорте исследовали все впервые возникшие случаи артериальной гипертензии (АГ). Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SPSS 11.5. Для оценки относительного риска (ОР) развития АГ использовали регрессионную модель Кокса.

Результаты. Мужчины, испытывающие стресс на рабочем месте, имели более высокие цифры АД. В среднем САД от 134,6 мм рт.ст. у мужчин, не испытывающих стресс на работе, поднималось до 136,5 мм рт.ст. у мужчин с выраженным стрессом на рабочем месте. В среднем, ДАД также увеличивалось с 86 мм рт.ст. (стресс на рабочем месте отсутствует) до 87,3 мм рт.ст., при выраженном стрессе на работе (p<0,05).

В течение первых 5 лет ОР развития АГ был в 2 раза выше (95 % ДИ 0,027-4,51, p>0,05), среди мужчин, испытывающих стресс на работе, по сравнению с мужчинами не испытывавших стрессовых ситуаций на рабочем месте. В течение 10-летнего периода ОР АГ был в 6,8 раза выше (95 % ДИ 2,58-9,46 p<0,01) среди мужчин, испытывающих стрессовые ситуации на работе.

Частота АГ была выше в группах рабочих тяжелого и среднего физического труда, при маритальном статусе "разведен" у мужчин со стрессом на работе.

Заключение. Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25-64 лет риск развития АГ с возрастом увеличивается в 3 раза в течение 10 лет и связан со стрессом на работе.

0184 10-ЛЕТНИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ СО СТРЕССОМ НА РАБОТЕ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ "MONICA — PSYCHOSOCIAL")

Гафаров В.В.[1,2], Громова Е.А.[1,2], Гафарова А.В.[1,2], Гагулин И.В.[1,2]
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[1], Новосибирск, Россия; УРАМН НИИ терапии СО РАМН[2], Новосибирск, Россия

Цель исследования: Изучить влияние стресса на работе на относительный риск развития инфаркта миокарда в течение 10 лет в открытой популяции мужчин 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" в 1994г, была обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жителей одного из района г. Новосибирска, Россия. Объем выборки составил 657 мужчин. Стресс на работе был изучен по методике MONICA. В течение 10-летнего периода (1995-2004гг) в когорте исследовали все впервые возникшие случаи инфаркта миокарда (ИМ). Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SPSS 11.5. Для оценки относительного риска (ОР) развития ИМ использовали регрессионную модель Кокса.

Результаты. В когорте наблюдения мужчин 25-64 лет развился инфаркт миокарда у — 57,9 % ($\chi 2=34,465$, =2, p=0,05) лиц, постоянно испытывающих стрессовые ситуации на рабочем месте.

В течение первых 5 лет ОР развития ИМ был в 2,8 раза (95 % ДИ 1,46-7,31, p<0,05) выше среди мужчин, испытывающих стресс на работе, по сравнению с мужчинами не испытывавших стрессовых ситуаций на рабочем месте. В течение 10-летнего периода ОР ИМ был в 2,7 раза выше (95 % ДИ 1,4-5,87, p<0,05), среди мужчин, испытывающих стрессовые ситуации на работе.

Частота ИМ была выше у мужчин со стрессом на работе: среди рабочих тяжелого и среднего физического труда, у разведенных мужчин, а так же среди лиц с низким уровнем образования.

Заключение. Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25-64 лет риск развития ИМ высок и связан со стрессом на работе.

0185 ИНСУЛЬТ И ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ НА РАБОТЕ НА ЕГО РАЗВИТИЕ В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ "MONICA — PSYCHOSOCIAL")

Гафаров В.В.[1,2], Громова Е.А.[1,2], Гафарова А.В.[1,2], Гагулин И.В.[1,2]
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН , Новосибирск, Россия; УРАМН НИИ терапии СО РАМН[2], Новосибирск, Россия

Цель исследования: Изучить влияние стресса на работе на относительный риск развития инсульта в течение 10 лет в открытой популяции мужчин 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" в 1994г, была обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жителей одного

из района г. Новосибирска, Россия. Объем выборки составил 657 мужчин. Стресс на работе был изучен по методике MONICA. В течение 10 — летнего периода (1995-2004гг) в когорте исследовали все впервые возникшие случаи инсульта. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SPSS 11.5. Для оценки относительного риска (ОР) развития инсульта использовали регрессионную модель Кокса.

Результаты. В когорте наблюдения мужчин 25-64 лет инсульт развился у 41,2 %, ($\chi 2$=21,392, υ=2, p=0,0001) мужчин, постоянно испытывающих стрессовые ситуации на рабочем месте.

В течение первых 5 лет ОР развития инсульта был в 2,6 раза (95 % ДИ 1,7-5,69, p<0,05) выше среди мужчин, испытывающих стресс на работе, по сравнению с мужчинами не испытывавших стрессовых ситуаций на рабочем месте. В течение 10-летнего периода ОР инсульта в 4,5 раза выше (95 % ДИ 2,57-8,71, p<0,001) среди мужчин, испытывающих стрессовые ситуации на работе.

Наибольшая частота развития инсульта наблюдалась среди мужчин со стрессом на работе, относящихся к группам вдовых и разведенных, с незаконченным средним — начальным уровнем образования, а также среди рабочих тяжелого, среднего физического труда, пенсионеров.

Заключение. Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25-64 лет риск инсульта увеличивается с возрастом и связан со стрессом на работе.

0186 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИКЕ И СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ КАК ОБЪЕКТИВНО-СУБЪЕКТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 45-64 ЛЕТ МЕГАПОЛИСА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (Г. НОВОСИБИРСК)

Гафаров В.В.[1,2], Панов Д.О.[1,2], Громова Е.А.[1,2], Гафарова А.В.[1,2], Гагулин И.В.[1,2]

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

Цель исследования: Изучить информированность и отношение к своему здоровью у женщин в возрасте 45-64 лет г. Новосибирска.

Материалы и методы: В рамках скрининга программы HAPIEE в 2003-2005гг была обследована репрезентативная выборка женщин 45-64 лет одного из районов г. Новосибирска. Информированность и отношение к своему здоровью были изучены с помощью анкеты “Знание и отношение к своему здоровью”, адаптированной к изучаемой популяции.

Результаты: 85 % женщин отмечают, что они не совсем здоровы или больны. Более 90 % женщин считают, что недостаточно заботятся о своем здоровье и могли бы заботиться больше. Максимальные значения категорий “не совсем здоров” и “болен” отмечаются в возрастной группе 55-64 лет, и составляют более 90 %. Достаточно высок уровень жалоб уже в возрастной группе 45-54 лет (более 80 %), увеличиваясь в старшей возрастной группе. Тенденция заботы о своем здоровье растет с возрастом и в старших возрастных группах достигает наибольшей величины.

Почти 100 % женщин отмечают вероятность заболеть серьезным заболеванием в течение 5-10 лет. По отношению к предупреждению или лечению ССЗ около 60 % отмечают, что успех или неуспех предупреждения или лечения будет зависеть от того, какое это заболевание.

Доля лиц регулярно проверяющих свое здоровье очень мала и не превышает 6 %. Наиболее активной в этом отношении представляется группа 45-54 лет. В момент сильного сердечного приступа обратились бы за медицинской помощью около 70 %, а 12 % не обратились бы к врачу даже при сильной боли, причем уровень негативных тенденций самый высокий в младшей возрастной группе.

20 % женщин доверяют мнению врача о состоянии здоровья, а 36 % не согласились бы с заключением врача после общего осмотра и выразили бы готовность к дальнейшим обследованиям. Женщины в старшей возрастной группе; более доверяют диагнозу врача и менее склонны проводить дополнительные обследования; чаще отмечают удовлетворенность медицинским обслуживанием, чем в младшей возрастной группе. В целом удовлетворенность медицинским обслуживанием присутствует у 60 % респондентов.

Положительное отношение к профилактическим проверкам своего здоровья близко к 100 % в обеих возрастных группах.

Заключение: Несмотря на положительную мотивацию в плане профилактики, отмечаются негативные тенденции: как в социальных, так и в поведенческих характеристиках женского населения в возрасте 45-64 лет мегаполиса Западной Сибири.

0187 ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Герасимова Е.Б., Баздырев Е.Д., Смакотина С.А.

Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово, Россия

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) рассматривают как заболевания дыхательных путей и легких с системными последствиями. Многочисленные исследования показывают, что ведущей причиной летальности больных с бронхолегочной патологией является не дыхательная недостаточность, а сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания. В наиболее крупных эпидемиологических исследованиях (Фрамингемское, MRFIT и др.) была обнаружена отчетливая прямая корреляция между концентрацией холестерина (ХС) и уровнем смертности от сердечно сосудистых заболеваний.

Цель исследования: оценить суточный профиль артериального давления (АД) у пациентов с ХОБЛ не страдающих артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Обследовано 10 пациентов (мужчины) в возрасте от 48 до 73 лет, средний возраст 63±7,41 лет, с наличием ХОБЛ 1-2 стадии в компенсированном состоянии на фоне базисной терапии ХОБЛ, без тяжелых сопутствующих заболеваний, таких как острые нарушения мозгового кровообращения, стенокардии, бронхиальная астма. Изучены: анамнез заболевания, клинико-лабораторные исследования: исследован липидный профиль, суточное мониторирование артериального давления, бодиплетизмография, спирометрия. Все пациенты мужчины со стажем курения 1/42 пачка/лет. По результатам спирометрии у всех отмечалось наличие бронхообструктивного синдрома: FVC — 56,3 %; FEV1 — 43.5 %; FEV1/FVC — 19,4 %; FEF 25 %/75 % 82 % от должных значений. Все пациенты имели низкую диффузионную способность легких, DLCO 63 % от должных значений; по результатам бодиплетизмографии отмечено увеличение остаточного объема легких до 3,4 л., снижение жизненной емкости легких до 3,6 л.Суточный профиль АД оценивался с помощью суточного мониторирования артериального давления (СМАД). По показателям СМАД среднее суточное АД составило 135/85±1,8 мм рт.ст. Скорость утреннего подъема САД 6,4 мм рт.ст.±0,26, скорость утреннего подъема ДАД 5,6±0,15. К категории дипперов отнесли 1 пациента, нон-дипперов 5, найт-пикеров 4. Средне пульсовое АД составило 50,5±1,42. Среднее ЧСС 73,9±1,12 ударов в минуту, вариабельность ЧСС среднего составила 10,0±0,32. Индекс времени САД-день составил 42 %±3,81, Индекс времени САД-ночь 60 %±4,51. При оценке показателей липидного профиля выявлено, что у всех пациентов имелись нарушение в показателях липидограммы: общий холестерин 4,7±0,9 моль/л, триглицериды 1,9±0,18 ммоль/л; коэффициент атерогенности 3,4±0,31;

липопротеиды низкой плотности 3,0±0,29 ммоль/л; липопротеиды высокой плотности 1,5±0,25 ммоль/л.

Таким образом, у пациентов с наличием ХОБЛ при отсутствии ИБС и артериальной гипертонии имеются выраженная дислипидемия при нормальных значениях общего холестерина, суточный профиль "non-dipper", низкие значения диффузионной способности легких и легочных объемов.

0188 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ СТЕНОЗЕ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ

Германова О.А., Крюков Н.Н., Вачёв А.Н., Германов А.В.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава", Самара, Россия

Операция каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) традиционно применяется для профилактики ишемического инсульта. Однако в числе показаний к ее выполнению нет упоминания об артериальной гипертонии (АГ) при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации.

Цель исследования. Изучить влияние операции каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) на течение АГ при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации.

Материал и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования и лечения 320 больных с АГ и гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации. Среди них 243 (75,9 %) мужчины и 77 (24,1 %) женщин. Средний возраст — 59,6±8,2 лет. Всем больным была выполнена операция КЭАЭ. Выделены две группы пациентов: I группа (320 человек) — пациенты до операции КЭАЭ с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации и синдромом АГ; II группа (320 человек) — те же пациенты после операции КЭАЭ. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковая допплерография брахиоцефальных сосудов (УЗДГ БЦС) до и после операции КЭАЭ, по показаниям — дополнительные методы исследования для исключения возможных причин других вторичных артериальных гипертоний.

Результаты и выводы. АГ при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации характеризовалась следующими основными особенностями: резистентность к применяемой антигипертензивной терапии; преобладание высоких степеней АГ (у 202 больных выявлена 3 степень АГ); высокий уровень среднего систолического артериального давления (САД) и среднего диастолического АД (ДАД) за сутки, день, ночь; повышенная вариабельность САД в течение суток, дня, ночи (до 16,3±3,2; 17,6±3,3; 16,0±4,2 мм рт.ст. соответственно); повышенная вариабельность ДАД преимущественно в ночное время (13,4±3,4 мм рт.ст.), высокий процент найт-пикеров (32,5 %). После операции КЭАЭ была отмечена явная динамика к позитивной трансформации АГ или нормализации АД у большинства больных, длительностью не менее 1 года наблюдений. Так, пациенты в зависимости от степени АГ до и после операции распределились следующим образом: нормальное АД (0 и 99), АГ 1 степени (29 и 128), АГ 2 степени (89 и 41), АГ 3 степени (202 и 52 больных соответственно). Таким образом, после КЭАЭ у 257 (80,3 %) больных АД снизилось, у 58 (18,1 %) больных АД не изменилось, лишь у 5 (1,6 %) пациентов была отмечена тенденция к его повышению. Мы считаем необходимым выделение цереброваскулярной артериальной гипертонии в отдельную самостоятельную форму вторичной артериальной гипертонии. Главным основанием для этого служит факт развития АГ при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации и ее обратное развитие после операции КЭАЭ. Для радикального лечения вторичной цереброваскулярной артериальной гипертонии целесообразно выполнять операцию каротидной эндартерэктомии.

0189 ПОКАЗАТЕЛИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гибельгаус М.А., Кремнева Л.В., Ефанов Ю.М., Нелаев В.С., Абатурова О.В.
ГОУ ВПО ТГМА, Тюмень, Россия

Цель работы. Среди клинических, ангиографических, эхокардиографических характеристик больных хронической ИБС выделить показатели, ассоциированные с развитием инфаркта миокарда при операциях коронарного шунтирования.

Методы исследования. В исследование включено 103 пациента с хронической ИБС. Средний возраст больных составил 57,6±7,39 лет, длительность ИБС — 5,72±5,4 года. Ранее перенесли ИМ 79 (76,7 %) пациентов, из них аневризма ЛЖ имелась у 4 (3,8 %) больных. Сердечная недостаточность (СН) в рамках II ФК диагностирована у 46 (44,7 %), III ФК у 57 (55,3 %) пациентов. Курили 36 (35 %) человек. Сахарный диабет имелся у 35 (34 %), артериальная гипертония — у 94 (91 %) больных. Значимый атеросклероз других сосудистых бассейнов выявлен у 7 (6 %) лиц. По данным коронароангиографии многососудистое поражение коронарного русла выявлено у 74 (71,8 %), 2-х сосудистое — у 26 (25,2 %), однососудистое — у 3 (2,9 %) пациентов, стеноз ствола левой коронарной артерии (ЛКА) более 50 % — у 20 (19,4 %) лиц. Ранее перенесли коронарную ангиопластику 13 (12,6 %) человек. Операция коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) проведена 103 больным. Среднее количество имплантированных шунтов на 1 пациента составило 3,1±0,86. Длительность операции КШ — 3,5±0,93 часа, ИК — 89,3±41 мин, окклюзии аорты — 44±14,5 мин. Периоперационный ИМ диагностировали при появлении нового зубца Q или вновь возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса на ЭКГ в сочетании с превышением уровня маркеров миокардиального некроза более 5 верхних значений нормы через сутки после операции и/или появлении новых зон акинезии миокарда по данным Эхо-кардиографии.

Результаты. Периоперационный ИМ в связи с КШ диагностирован у 10 (9,7 %) больных. Между группами пациентов, перенесших периоперационный ИМ во время КШ и без такового, имелись различия ($P<0,1$) по следующим показателям: длительности операции (4,3±1,86 и 3,4±0,74 часа в группах больных с ИМ и без такового соответственно), выраженности стеноза ствола ЛКА (30 % и 58 % в группах больных с ИМ и без такового соответственно), количеству больных со значимым атеросклерозом других сосудистых бассейнов (20 % и 5,4 % в группах больных с ИМ и без такового соответственно), частоте использования контрпульсатора (20 % и 2,2 % в группах больных с ИМ и без такового соответственно) и необходимости введения адреналина (80 % и 20,5 % в группах больных с ИМ и без такового соответственно). По данным многофакторного логистического регрессионного анализа предиктором развития ИМ в связи с КШ явился один показатель — продолжительность операции, при этом длительность КШ более 3,4±0,74 часа повышала риск развития ИМ в среднем в 4,27 (от 1,043 до 4,856) раза, $P=0,039$.

Выводы. Согласно результатам проведенного исследования, показателями, ассоциированными с развитием ИМ в связи с операцией КШ является продолжительность операции, выраженность стеноза ствола ЛКА, значимый атеросклероз других сосудистых бассейнов, необходимость в использовании контрпульсатора и введении адреналина. Предиктором развития ИМ в связи с операцией КШ является продолжительность операции более 3,4±0,74 часа.

0190 ОЦЕНКА ВЕГАТИВНОГО СТАТУСА И СТЕПЕНИ НАПРЯЖЕНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ

Гильмутдинова Ф.Г., Вивтаненко Т.В., Васькова Н.А.
ГУЗ "Детский санаторий № 1", Оренбург, Россия

Для решения вопроса о назначении оздоровительных и реабилитационных мероприятий в условиях кардиологического санатория проводим изучение анамнеза, клинический осмотр, электрокардиографическое обследование и оценку функционального состояния организма с использованием функциональных проб.

Цель: установить состояние исходного вегетативного тонуса, степени напряжения систем регуляции, реакции сердечно-сосудистой системы на ортопробу и вегетативное обеспечение при нагрузочной пробе и сопоставить с данными электрокардиографии.

Методы исследования: проведено обследование 25 детей 7-14 лет получавших оздоровление на базе ГУЗ "Детский санаторий № 1", г. Оренбурга электрокардиографом Cardiofax GEM EGG — 9022K (NIHON KOHDEN) и комплексом ORTO EXPERT (Кемерово).

Полученные результаты: из 25 детей находившихся на лечении, аритмия регистрировалась у 20 (80 %), чаще брадиаритмия (15 детей, 75 %), у 7 детей (28 %) отмечалась миграция предсердного водителя ритма, у 5 (20 %) — правопредсердный ритм.

При этом, исходный вегетативный тонус с преобладанием ваготонии был зарегистрирован у большинства детей — 12 человек, (48 %), с преобладанием симпатикотании — 8 (32 %) и эйтонии — 5 (20 %). Превалировало напряжение систем регуляции с увеличенным влиянием парасимпатического отдела вегетативной нервной системы у 10 детей (40 %), напряжение с увеличенным влиянием симпатического отдела — у 4 (16 %), рассогласование систем регуляции — у 5 (20 %), нормальная регуляция — у 4 детей (16 %). Чаще определялось избыточное вегетативное обеспечение у 18 детей (72 %), реже недостаточное — у 5 (20 %). Достаточное вегетативное обеспечение было определено у 2 человек (8 %).

Адекватная реакция сердечно-сосудистой системы на ортопробу была выявлена только у 5 детей (20 %), увеличенная — у 6 (24 %), сниженная — у 12 (48 %), реакция сердечно-состудистой системы на ортопробу не определена у двух детей (8 %). Таким образом, удовлетворительную адаптацию имели 3 детей (12 %), напряжение — 11 (44 %), неудовлетворительную — 11 (44 %).

Принимая во внимание вышеизложенное можно констатировать что, у большинства детей была выявлена брадиаритмия. Дети с брадиаритмией имели исходный вегетативный тонус с преобладанием ваготонии (10 детей, 40 %), со снижением реакции сердечно-сосудистой системы на ортопробу (8 детей, 32 %) и избыточным вегетативным обеспечением (11 детей, 44 %).

Выводы: полученные результаты функциональных проб в сочетании с данными анамнеза, клинического осмотра и электрокардиографического обследования позволяют быстро оценить состояние вегетативной нервной системы и адаптацию организма, что учитывается при назначении оздоровительного лечения в условиях санатория и составления плана реабилитации.

0191 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОПУЛЯЦИЯХ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ ПО ДАННЫМ ОДНОКРАТНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ И ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Гоголашвили Н.Г., Новгородцева Н.Я.
Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью исследования было изучение распространенности фибрилляции предсердий (ФП) в популяциях Восточной Сибири по данным однократной регистрации ЭКГ и холтеровского мониторирования (ХМ).

Обследовалось население в возрасте 16 лет и старше. Было обследовано 673 коренных сельских жителя Якутии: 305 мужчин и 368 женщин, 1203 сельских жителя Красноярского края: 474 мужчины и 729 женщин. В популяции жителей Якутии охват составил 81,9 %, в популяции сельских жителей Красноярского края 76,1 % от списочного состава обследуемых поселков. В ходе исследования проводилось анкетирование, клинический осмотр, запись стандартной ЭКГ с непрерывной регистрацией 100 кардиоциклов в одном из отведений. В популяции жителей Якутии и сельских жителей Красноярского края была проведена 20 % случайная выборка среди обследованных для проведения ХМ в течение 16 часов. Данное исследование было проведено 146 жителям Якутии, 215 сельским жителям Красноярского края. В городе Красноярске была осуществлена 20 % случайная выборка от списочного состава терапевтического участка. Было отобрано 320 человек, из которых удалось обследовать 264 человека: 114 мужчин и 150 женщин, охват составил 82,5 % от объема случайной выборки. Всем жителям Красноярска было проведено обследование по вышеописанной программе, в том числе ХМ в течение 16 часов. Во всех популяциях ХМ не проводилось лицам с зарегистрированными на ЭКГ постоянными формами ФП.

По данным однократной регистрации ЭКГ в популяции коренных сельских жителей Якутии ФП была зарегистрирована у 5 человек (0,7 %): 3 мужчин (0,9 %) и 2 женщин (0,5 %). В популяции сельских жителей Красноярского края данное нарушение было выявлено у 18 человек (1,5 %): у 7 мужчин (1,5 %), и 11 женщин (1,5 %). В популяции жителей Красноярска ФП наблюдалась у 3 человек (1,1 %): 2 мужчин (1,8 %) и 1 женщины (0,6 %).

По данным ХМ пароксизмы ФП в популяции коренных сельских жителей Якутии отмечались у 1,4 % обследованных: 1 мужчины (1,3 %) и 1 женщины (1,4 %). В популяции сельских жителей Красноярского края пароксизмы ФП отмечались у 2,8 % обследованных: 2 мужчин (2,1 %) и 4 женщин (3,3 %). В популяции жителей Красноярска пароксизмы ФП отмечались у 2,7 % обследованных: 3 мужчин (2,6 %) и 4 женщин (2,7 %) В популяции жителей Красноярска 1 случай ФП наблюдался в возрастной группе 16-39 лет, все остальные случаи данного нарушения регистрировались в возрастной группе 40 лет и старше. В популяциях сельских жителей Якутии и сельских жителей Красноярского края все случаи ФП наблюдались в возрастной группе 40 лет и старше. Достоверных различий в распространенности этих нарушений между мужчинами и женщинами ни в одной популяции не наблюдалось. При объединении данных ЭКГ и данных ХМ распространенность ФП в популяции жителей Красноярска составила 3,8 %, что достоверно больше в сравнении с популяцией сельских жителей Красноярского края (1,9 %) ($p=0,045$) и популяцией жителей Якутии (1,1 %) ($p=0,005$).

0192 КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Гончарова Л.Н., Постнов А.Ю.*, Тимошкина Е.И., Семенова С.В., Кузовенкова О.Н.
ГОУВПО "Мордовский Государственный университет им. Н.П. Огарева", Саранск, Россия; *ФГУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс", Москва, Россия

В последние годы получены данные о возможном влиянии полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (ACE) на уровень артериального давления (АД), эхокардиографические показатели (Эхо-КГ). Также выявлено, что сочетание аллелей, которые считаются "неблагоприятными" с точки зрения развития и течения артериальной гипертонии (АГ), с различной частотой встречаются среди больных мужского и женского пола в зависимости от национальной принадлежности.

В связи с этим целью работы явилось изучение клинико-гемодинамических показателей у больных АГ Республики

Мордовия в зависимости от полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы.

Было обследовано 319 больных АГ 2-3 стадией по классификации ВНОК и 119 добровольцев с нормальным уровнем АД. Больные АД и здоровые лица были разделены на три группы в зависимости от национальной принадлежности (мордва-мокша, морва-эрзя и русские). Группы были сопоставимы по возрастно-половым характеристикам. Всем больным АГ были проведены лабораторно-инструментальные методы обследования, включая измерение ОТ, ОБ, ИМТ, АД, Эхо-КГ и молекулярно-генетические исследования в лаборатории молекулярной генетики РКНПК г. Москва.

При анализе полиморфизма гена ACE выявлено носительство неблагоприятного генотипа DD у больных АГ мужчин мокшанской национальности.

Изучение признаков абдоминального ожирения ОБ, ОТ, ИТБ, ИМТ независимо от национальности и пола не выявило взаимосвязи с полиморфизмом гена ACE.

При изучении гемодинамических параметров у больных АГ эрзянской национальности мужского пола уровень систолического и диастолического АД достоверно выше у больных АГ с генотипом DD по сравнению с носителями генотипов II и ID. При проведении корреляционного анализа у больных АГ эрзя была выявлена достоверная зависимость САД от полиморфизма гена ACE (r=0,59; p=0,040). Также у больных с генотипом DD мордовской и русской национальностей Эхо-КГ показатели (ЛП, МЖП, ММЛЖ) выше по сравнению с носителями генотипов II и ID. Выявлена корреляционная связь ММЛЖ с полиморфизмом гена ACE у больных АГ мужского пола мокшанской национальности (r=0,69; p=0,021) и женщин русской национальности (r=0,63; p=0,031).

Таким образом, носительство неблагоприятного генотипа DD гена ACE достоверно чаще выявлено у больных мокшанской национальности мужского пола. Также носительство генотипа DD гена ACE имеет полоспецифические особенности гемодинамических показателей в зависимости от национальной принадлежности больных АГ в Республике Мордовия.

0193 ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Горина Л.В., Либис Р.А.
ГОУ ВПО ОрГМА, Оренбург, Россия

Цель: определить влияние тревоги и депрессии на клиническую картину хронической сердечной недостаточности.

Методы исследования: нами обследовано 94 больных в возрасте от 44 до 72 лет, с ХСН I-III стадии (I-IV функциональные классы по NYHA). ХСН являлась следствием ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, дилятационной кардиомиопатии. Тревожные и депрессивные состояния оценивались шкалами HADS, качество жизни по данным Миннесотского опросника, балльную оценку выраженности симптомов ХСН определяли с помощью "Шкалы оценки клинического состояния больного с ХСН" (ШОКС, модификация Мареева В.Ю., 2000). Анализ качества жизни и клинического состояния проводился раздельно в группах больных в зависимости от выраженности аффективных расстройств. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0.

Полученные результаты: у 34 больных (36,5 %) отклонений в психоэмоциональном статусе не выявлено. У 14 пациентов выявлены признаки изолированной депрессии, среднее значение 11,92±5,9 баллов. 24 пациента страдали только тревожными расстройствами, со значением 12,3±4,1 баллов. Сочетание тревоги и депрессии было выявлено у 22 человек. Среднее значение тревоги составило 12,0±3,5 баллов, депрессии — 13,2±4,4 соответственно. Во всех трех группах выявленные аффективные расстройства были клинически значимые (>10 баллов по шкале HADS). Качество жизни пациентов с ХСН в первой группе (изолированная депрессия) составило 58,63±5,8, во второй (только тревожные расстройства) — 54,6±4,4, и в третьей (при сочетании тревоги и депрессии) равно 66,05±4,1 баллам, у пациентов без аффективных расстройств — 40,08±3,2 баллов. Показатели качества жизни достоверно различались в группах пациентов с изолированной депрессией (p<0,005), с изолированной тревогой (p<0,005), а так же в сочетании тревоги и депрессии (p<0,005), относительно пациентов без расстройств психического статуса. Анализ выраженности клинических симптомов ХСН по ШОКС проводился отдельно в разных группах ФК. 28 больных страдали ФКI-II, из них 12 человек не имели отклонений в психоэмоциональном статусе, среднее значение ШОКС составило 5,08±1,92, и 16 человек имели различные аффективные расстройства, среднее значение ШОКС=4,06±0,9. У 66 пациентов диагностирована ХСН III-IVФК: из них 22 пациента без тревожных и депрессивных расстройств, со средним значением ШОКС=5,68±0,98; и 44 пациента, с тревогой и депрессией разной степени выраженности, с ШОКС=9,2±2,11.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о том, что 63,5 % страдают расстройствами психоэмоционального статуса. Качество жизни больных с ХСН хуже при появлении депрессивных и тревожных расстройств, относительно пациентов без нарушений в психическом статусе. При их сочетании эта разница является более достоверной. У пациентов с ФК III-IV выраженность симптомов ХСН с различными аффективными нарушениями, достоверно выше, в сравнении с пациентами с нормальным психоэмоциональным статусом (p<0,005). У больных ХСН с ФКI-II данной разницы нами не выявлено.

0194 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Городецкая Е.В., Скибицкий В.В., Спиропулос Н.А., Кудряшов Е.А.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Целью исследования явилась сравнительная оценка влияния комбинированной антигипертензивной терапии, основанной на ингибиторе АПФ (иАПФ) или блокаторе рецепторов к ангиотензину II (БРА) на ремоделирование, диастолическую функцию миокарда левого желудочка (ЛЖ), толщину комплекса "интима-медиа" (ТИМ) в сонной артерии у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), сочетанной со стабильной ИБС.

Материал и методы исследования. Обследовано 100 стационарных больных обоего пола с АГ 2 степени, сочетанной со стабильной ИБС (стенокардия напряжения II-III ФК). Средний возраст пациентов 55,2±5,9 лет. Исключались больные с нестабильной стенокардией, снижением фракции выброса (ФВ)<50 %, перенесенным инфарктом миокарда, нарушениями ритма сердца, сахарным диабетом, вторичной АГ. Пациенты рандомизированы в две группы: группа 1 (n=50) получала иАПФ зофеноприл 30 мг/сут и кардиоселективный β-адреноблокатор метопролол сукцинат 50 мг/сут; группа 2 (n=50) — пациенты, получавшие БРА вальсартан 80 мг и метопролол сукцинат 50 мг/сут. Дополнительно все пациенты получали аспирин 125 мг/сутки и розувастатин 20 мг/сутки. У всех больных исходно и через 6 месяцев терапии проводились общеклиническое обследование, биохимическое исследование крови, эхокардиография по стандартному протоколу, ультразвуковая допплерография сонных артерий с измерением ТИМ.

Полученные результаты. Исходно параметры ЛЖ не различались между группами. Через 6 месяцев терапии в группе 1 значения конечно-диастолического (КДР), конечно-систолического (КСР) размеров, ФВ и толщины задней стенки

ЛЖ (ТЗСТ) достоверно не изменились; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) сократилась на 3,8 % (p<0,05). В то же время у пациентов группы 2 наблюдалось достоверное уменьшение КДР с 50,5±0,8 до 48,2±0,8 мм (p<0,05), КСР с 34 ,2±0,85 до 33,9±0,8 мм (p<0,05), ТМЖП с 12,7±0,2 до 12,0±0,2 мм (-5,5 %, p<0,05), ТЗСТ ЛЖ с 11,1±0,4 до 10,3±0,4 мм (-7,2 %, p<0,05), увеличение ФВ на 4,2 % (p<0,05). Исходно у пациентов обеих групп выявлено нарушение диастолической функции ЛЖ (ДФЛЖ), преимущественно I и II типов. В динамике на фоне комбинированной антигипертензивной терапии в обеих группах выявлены однонаправленные позитивные изменения её основных параметров (пики Е и А, Е/А), в частности динамика показателя Е/А в группе 1 составила +22,3 % (с 0,76±0,04 до 0,93±0,07, p<0,05), а в группе 2: +18,1 % (с 0,83±0,07 до 0,98±0,05, p<0,05). Показатели ТИМ исходно не отличались между группами: 0,88±0,09 и 0,91±0,09 мм соответственно. Через 6 месяцев терапии показатель ТИМ уменьшился в группе 1 на 6,8 % (до 0,82±0,09 мм, p>0,05), а в группе 2-на 20,8 % (до 0,72±0,08 мм, p<0,05).

Выводы. Использование зофеноприла и вальсартана в комбинации с метопрололом сукцинатом оказало однонаправленное действие на ремоделирование, диастолическую функцию миокарда ЛЖ и регресс ТИМ у пациентов с артериальной гипертонией, сочетанной со стабильной ИБС. При этом органопротективный эффект был более выраженным при терапии, основанной на вальсартане.

0195 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Городецкая Е.В., Скибицкий В.В., Спиропулос Н.А., Кудряшов Е.А.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования: сравнить антигипертензивную эффективность комбинированной терапии с использованием ингибитора АПФ (иАПФ) или блокатора рецепторов к ангиотензину II (БРА) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), сочетанной со стабильной ИБС.

Материал и методы исследования. В исследование включено 100 пациентов обоего пола с АГ 2 степени, сочетанной со стабильной ИБС (стенокардия напряжения II-III ФК). Средний возраст больных 55,2±5,9 лет. Длительность течения АГ-6,7±4,6 лет, длительность ИБС-5,5±3,2 лет. Исключались больные с нестабильной стенокардией, сниженной фракцией выброса, перенесенным инфарктом миокарда, нарушениями ритма сердца, сахарным диабетом, вторичной АГ. Пациенты рандомизированы в две группы: группа 1 (n=50) получала иАПФ зофеноприл 30 мг/сут и кардиоселективный β-адреноблокатор метопролол сукцинат 50 мг/сут; группа 2 (n=50)-пациенты, получавшие БРА вальсартан 80 мг и метопролол сукцинат 50 мг/сут. Дополнительно все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту 125 мг/сутки и розувастатин 20 мг/сут. Исходно и через 6 месяцев терапии проводились общеклиническое обследование, биохимическое исследование крови, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Полученные результаты. Исходно среднесуточные показатели АД не различались между группами 1 и 2-159,9±1,2/96 ,2±1,1 и 161,4±0,9/97,5±0,7 мм рт.ст. соответственно. Через 6 месяцев лечения указанные показатели достоверно снизились в обеих группах до 127,3±1,12/78,1±0,83 и 129,4±0,8/79, 2±0,5 мм рт.ст. соответственно. У 84,7 % пациентов группы 1 и у 93,5 % группы 2 АД достигло целевого уровня. Динамика частоты сердечных сокращений (ЧСС) различалась между группами — дневная и ночная ЧСС в группе 1 в процессе лечения достоверно не изменилась, напротив в группе 2 наблюдалось снижение ЧСС на 9,3 % (p<0,05) и на 7,7 % (p<0,05) соответственно. Индекс времени (ИВ) систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) исходно превышал нормальные значения, но через 6 месяцев терапии среднесуточные показатели ИВ САД и ИВ ДАД более выражено снизились во второй группе (-60,5 % vs -38,2 %, p<0,05) и (-59,6 % vs -42,3 %, p<0,05) соответственно. Изменение вариабельности среднесуточного САД и ДАД имело однонаправленный характер — показатель достоверно снизился в обеих группах. Положительная динамика суточных профилей АД во второй группе проявлялась увеличением с 40 % до 80 % количества пациентов с типом dipper, устранением варианта night-peaker и уменьшением числа больных с типом non-dipper с 27 до 10 %. У пациентов первой группы положительная динамика суточного профиля АД была менее выражена.

Выводы. У больных артериальной гипертонией, сочетанной со стабильной ИБС комбинированная антигипертензивная терапия с использованием блокаторов ренин-ангиотензиновой системы является весьма эффективной. Однако антигипертензивный эффект и позитивная динамика среднесуточных показателей АД были более выраженными при терапии, включающей БРА вальсартан по сравнению с лечением, основанным на ингибиторе АПФ зофеноприле.

0196 ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гостева Е.В., Васильева Л.В.
Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель исследования заключалась в изучении особенностей структурно-функционального ремоделирования ЛЖ у больных АГ под влиянием бисопролола (коронал, фирма "ZENTIVA").

Материал и методы исследования. Обследовано 30 больных АГ I ст. и 26 больных АГ II ст. находившихся на лечении в МУЗ ГКБ № 20 г.Воронежа в 2009 году. Средний возраст больных составил 53±2,4 года. Длительность заболевания в среднем 12±4,6 года. Подбор дозы коронала проводили методом титрования с начальной дозы 2,5мг до переносимой дозы, но не более 20 мг в сутки. Период наблюдения — 6 месяцев. По ЭхоКГ в М-, В-, CW режимах оценивали размерные. объемные, временные и скоростные показатели ЛЖ. Массу миокарда ЛЖ (ММ ЛЖ) рассчитывали по формуле R.Devereux. Индекс ММЛЖ определяли как соотношение ММЛЖ к площади поверхности тела. За верхнюю границу нормы для ИММЛЖ принимали 124 г/м^2, а за верхнюю границу относительной толщины стенки (ОТС) ЛЖ — 0,45. При этом лица с ИММЛЖ и ОТС ЛЖ меньше указанных цифр были отнесены к подгруппе "нормальная геометрия левого желудочка" (НГЛЖ). Изолированное увеличение ОТСЛЖ рассматривали как концентрическое ремоделирование (КРЛЖ). У пациентов с увеличением ММЛЖ при нормальной ОТС диагностировали эксцентрическую гипертрофию ЛЖ (ЭГЛЖ). Одно временное повышение обоих параметров расценивали как концентрическую гипертрофию ЛЖ (КГЛЖ). Результаты исследования обработаны статистически методами вариационной статистики и корреляционного анализа.

Результаты. На фоне лечения выявлено уменьшение диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ в виде увеличения скорости раннего диастолического наполнения с 0,54±0,015 до 0,64±0,029 м/с после лечения (p<0,01), что составило 16 %, отношения Ve/Va с 0, 91±0,023 до 1,12±0,039 (p<0,001), что составило 18 % и снижения времени изоволюмического расслабления с 0,09±0,005мс до 0,07±0,004 (p<0,01), что составило 22 %. Достоверного снижения объемов полостей сердца в систолу и диастолу не выявлено. ФВЛЖ на фоне лечения короналом увеличилась на 9 %. Выявлено уменьшение толщины стенок ЛЖ на 18 %, снижение ММЛЖ на 18 % (p<0,05) и ИММЛЖ на 11 % (p<0,05), что свидетельствует о регрессе гипертрофии ЛЖ в процессе лечения.

До лечения ЭГЛЖ выявлена в 2 (4 %), КГЛЖ — в 24 (43 %), и КРЛЖ 10 (18 %), НГЛЖ 20 (35 %) случаях. На фоне лечения при КГЛЖ произошла нормализация диастолической функции при отсутствии достоверной динамики параметров систолической функции ЛЖ. ЭГЛЖ сочетался с наиболее неблагоприятными изменениями гемодинамики в виде систоло-диастолической дисфункции, при КГЛЖ наблюдалась преимущественно ДДЛЖ. Увеличение в процессе лечения показателя объем/масса ЛЖ при концентрическом типе связано с регрессом ГЛЖ и уменьшением проявлений ДДЛЖ, при сохраненной систолической функции, что является благоприятным прогностическим признаком.

Вывод. Применение коронала приводит к снижению ММЛЖ, уменьшению проявлений ДДЛЖ при отсутствии снижения ФВЛЖ. Коронал оказывает положительное влияние на структурно-функциональное состояние сердца при АГI-IIст.

0197 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ

Грайфер И.В., Фурман Н.В., Решетько О.В.*
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия; *ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) — это наиболее частое нарушение сердечного ритма.

Цель. Изучить особенности терапии и частоту случаев ФП как причины госпитализации в палаты интенсивной терапии (ПИТ) отделения неотложной кардиологии специализированного стационара.

Материалы и методы. Проводился анализ историй болезней пациентов, поступавших в ПИТ кардиологического отделения в период с 10.2008г по 10.2009г. В индивидуальных регистрационных картах фиксировались демографические данные, результаты клинического и инструментального обследования, проводимые лечебные мероприятия.

Результаты. Из 1082 пациентов, поступивших в ПИТ по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, у 125 пациентов (11,6 %) поводом для госпитализации явились различные нарушения ритма. Из них у 104 (83,2 %) пациентов наблюдалась ФП, у 13 (10,4 %) — трепетание предсердий, у 6 (4,8 %) — пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, у 2 (1,6 %) — желудочковая тахикардия

Средний возраст пациентов с ФП составил 60,95±11,23 лет, преобладали мужчины (73 (70,2 %) мужчины и 31 (29,8 %) женщина). ИБС была диагностирована у 41,4 % больных с ФП, изолированная АГ — у 30,8 %, у 17,3 % больных имелось клапанное поражение, в 6,7 % — дилатационная кардиомиопатия, в 3,8 % — идиопатическая форма.

В течение первых 24 часов от момента возникновения эпизода ФП поступило 59 пациентов (56,7 %). Из них 26 больным проводилась медикаментозная кардиоверсия (новокаинамид, амиодарон), которая была эффективна у 19 человек (73,1 %). Электрическая кардиоверсия (ЭИТ) выполнена 38 пациентам (среди них и больные, у которых фармакологическая кардиоверсия была безуспешной) Не удалось добиться восстановления ритма у 7 больных с ФП.

Существенная часть пациентов — 35 человек (33,7 %) поступали спустя 24 часа от начала ФП. В связи с длительностью эпизода ФП более 24 часов и отсутствия предварительной подготовки антикоагулянтами, из-за возможного риска тромботических осложнений, 17 пациентам (48,6 %) восстановление ритма было отсрочено до достижения состояния управляемой гипокоагуляции (МНО= 2,0-3,0) на фоне приема варфарина. У 8 больных (23 %), доставленным в ПИТ позднее 48 часов от момента развития аритмии или с эпизодом с ФП неизвестной давности имелись признаки нестабильной гемодинамики, выполнена ЭИТ по витальным показаниям, на фоне введения прямых антикоагулянтов (гепарин). Тромбоэмболические осложнения не отмечены.

С постоянной формой ФП поступили 10 пациентов (9,6 %).

Выводы. Таким образом, большая часть больных с ФП поступает в специализированный стационар спустя сутки от начала пароксизма ФП, в 20 % случаях нарушение ритма сопровождается расстройством гемодинамики, требующим экстренного восстановления ритма, что сопряжено с повышенным риском тромбоэмболий.

0198 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гребенкина И.А., Маянская С.Д., Попова А.А., Березикова Е. Н, Яковлева Н.Ф., Лукша Е. Б.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия; КГМА, Казань, Россия

Цель исследования: Изучить распространенность некоторых факторов сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста с наследственной отягощенностью (НО) по артериальной гипертонии (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 93 человека, имеющих НО по АГ (средний возраст 23,58±1,58 лет (M±m)). Группу контроля составили 24 здоровых молодых людей без НО по АГ, сопоставимых по возрасту с исследуемыми пациентами. Обследование включало измерение артериального давления (АД), определение индекса массы тела (ИМТ), исследование общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) крови на биохимическом анализаторе “Sapfir-400” (Япония), изучение распространенности курения. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) аппаратом “BPLab” (“П. Телегин”).

Результаты: По итогам офисного измерения АД и СМАД АГ была выявлена у 35 больных (группа АГ), высокое нормальное АД — у 23 пациентов (группа ВНАД); нормальное АД — у 35 человек (группа НАД). В группе АГ средний уровень АД составил 140,0±5,2 мм рт.ст. для ср.САД и 86,0±3,2 мм рт.ст. для ср.ДАД. Среди обследованных преобладали лица с нормальной массой тела (56 %), избыточная масса тела встречалась в 28,3 %, ожирение — в 15,7 % случаев, в контрольной группе — 83,3 %, 12,5 % и 4,2 % соответственно. Показатели ИМТ у лиц с АГ, ВНАД и нормальным АД составили 27,7±2,1, кг/м² 25,7±2,0 кг/м², 22,5±1,4 кг/м² соответственно. В группе молодых людей с АГ наблюдался наиболее высокий процент больных ожирением (29 %). Распространенность курения среди обследованных в целом составила 46,2 %, в контрольной группе курящих было 4,2 %. Молодые пациенты с АГ (63 %) курили чаще ($p<0,05$), чем лица с ВНАД (34,8 %) и нормальным уровнем АД (37 %). Гиперхолестеринемия наблюдалась у 62,9 % пациентов с АГ, что в 3,6 раза больше, чем в группе ВНАД и в 5,5 раз — чем в группе НАД. Наиболее высокие средние значения ТГ наблюдались у больных с АГ (1,75±0,86 ммоль/л), что в 2 раза больше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). В то же время у лиц с АГ регистрировался наиболее низкий средний уровень ЛПВП (1,3±0,4 ммоль/л), тогда как у пациентов с ВНАД уровень ЛПВП был в 1,38, а в группе контроля в 2 раза выше ($p<0,05$). Было выявлено увеличение отношения шансов (OR) повышения АД с повышением уровня ОХС: OR=11,73 (ДИ 6,85÷20,06; p=0,01) у лиц с АГ и ВНАД.

Выводы: У молодых лиц с НО по АГ отмечена более значимая распространенность факторов риска (ФР) ССЗ, по сравнению с лицами без НО. Частота встречаемости ожирения, дислипидемии, курения была выше у лиц с АГ и ВНАД по сравнению со сверстниками с нормальным уровнем АД, что, по-видимому, свидетельствует о важной роли фенотипически закрепленных ФР, ассоциированных с НО по АГ.

0199 ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРНЫХ СВОЙСТВ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ НАГРУЗКИ СИСТОЛИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гречишкина О.А., Бартош Л.Ф., Мельникова Л.В., Осипова Е.В.
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ " Городская больница № 3", Пенза, Россия

Цель: изучение структурных свойств сосудистой стенки сонной и плечевой артерий, массы миокарда левого желудочка в зависимости от нагрузки систолическим артериальным давлением (САД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) I-II степени.

Материалы и методы. Исследование общих сонных (ОСА) и плечевых артерий (ПА), эхокардиография проводились ультразвуковой системой Vivid 7 Dimension, при этом определялись коэффициент диаметрального расширения сосуда (DC) под действием растягивающего пульсового артериального давления (ПД) и индекс жёсткости (β) сонной артерии по формулам: DC=2[(Дсист-Ддиа) Ддиа]/ПД; β=ln (ПДсист/ПДдиа) Ддиа/(Дсист-Ддиа); толщина комплекса интима-медиа (КИМ) ОСА и ПА, относительная толщина стенки (ОТС) ПА, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Также проводилось суточное мониторирование артериального давления прибором BPLab МнСДП-2 с определением общепринятых показателей. Нагрузка систолическим артериальным давлением определялась по величине индекса времени систолического артериального давления (ИВ). Всего обследовано 40 человек с АГ I-II ст. (52 % женщин, 48 % мужчин). Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа — с нормальной нагрузкой САД (ИВ<15); 2 группа — с повышенной нагрузкой САД (ИВ≥15).

Результаты. Показатели нагрузки давлением более точно по сравнению со средними величинами отражают нагрузку давлением на органы-мишени и являются факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертензией. При сравнении двух групп пациентов с нормальной и повышенной нагрузкой САД выявлено следующее:

1 группа: (14 чел.) средний возраст составил 46,4±10,9 (из них 6 мужчин, 8 женщин); DC =53,7±15,8 10-3/кПа; β =3,7±1,6 ед; диаметр ОСА =5,8±0,4 мм; КИМ ОСА =0,6±0,1 мм; КИМ ПА =3,3±0,5 мм; ОТС ПА =0,16±0,06; ИММЛЖ = 96,3±13,3г/м^2.

2 группа: (26 чел.) средний возраст составил 48,1±8,0 (из них 13 мужчин, 13 женщин); DC =35,7± 15,6 10-3/кПа;. β =5,2±2,2 ед; диаметр ОСА =5,4±1,7 мм; КИМ ОСА =0,7±0,2 мм; КИМ ПА =4,2±1,0 мм; ОТС ПА =0,24±0,07; ИММЛЖ =110,6±23,8г/м^2.

Во второй группе по сравнению с первой увеличена нагрузка САД, что достоверно уменьшает эластичность (p=0,001), повышает жёсткость сосудистой стенки ОСА (p=0,03); утолщает КИМ ПА (p=0,003) и ОТС ПА (p=0,0008); увеличивает массу миокарда левого желудочка — ИММЛЖ (p=0,04).

Выводы: при артериальной гипертензии I-II степени повышение нагрузки систолическим артериальным давлением приводит к ухудшению структурных свойств артериальной стенки и к увеличению массы миокарда левого желудочка.

0200 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА РАЗЛИЧНЫХ ИЗОМЕРОВ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гриднева Е.В., Саушкина С.В., Варакина Н.П., Хамрина Г.А., Сисина О.Н., Лохина Т.В., Искендеров Б.Г.
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина, Пенза, Россия

Цель: сравнительная оценка антигипертензивного эффекта и переносимости рацемического амлодипина (смесь S- и R-изомера в соотношении 1:1) — нормодипина и S-изомера амлодипина (ЭсКорди Кор) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовали 43 больных (24 мужчин и 19 женщин) АГ I-II степени, в возрасте от 33 до 68 лет (средний возраст 45,7 лет). В течение 6 недель 25 больных (1-я группа) получали препарат Корди Кор (5 мг/сут) и 18 больных (2-я группа) — ЭсКорди Кор (5мг/сут). Сравниваемые группы были сопоставимы по основным изучаемым параметрам. Больные АГ "белого халата", беременные и плацебореакторы в исследование не включались. До и после лечения проводили суточное мониторирование АД (СМАД).

Результаты. По данным СМАД, в 1-й группе ответ на лечение отмечен в 84,0 % случаев, в том числе нормализация АД в 52,0 % случаев, во 2-й группе — в 100 и 61,1 % случаев соответственно. Циркадный ритм АД в 1-й группе нормализовался у 55,6 % больных и во 2-й группе — у 66,7 %. Кроме того, в 1-й группе среднесуточные величины систолического и диастолического АД (САД, ДАД) уменьшились в среднем на 14,2 и 11,0 % соответственно (p<0,01) и во 2-й группе — на 16,7 и 13,1 % соответственно (p<0,01). Показатели степени ночного снижения САД и ДАД в 1-й группе увеличились на 14,3 и 12,8 % соответственно (p<0,05) и во 2-й группе — на 16,2 и 14,3 % соответственно. Различие между группами достоверно (p<0,05). Показатели индекса времени нагрузки САД и ДАД достоверно уменьшились и в 1-й группе составили 26,5±1,1 и 27,4±0,9 % соответственно, во 2-й группе — 22,7±0,8 и 24,0±0,8 % соответственно. Показатель пролонгированного гипотензивного эффекта — индекс Т/Р в 1-й группе составил в среднем 43,5 % и во 2-й группе — 55,9 % (p<0,05). Среднесуточные показатели ЧСС в сравниваемых группах практически не отличались: 78±5 и 75±4 уд/мин соответственно. Важно отметить, что побочные действия (отечность лодыжек, покраснение лица, головная боль, сердцебиение) в 1-й группе диагностировались у 6 больных (24,0 %) и во 2-й группе у трех больных (16,7 %).

Заключение. Показано, что S-изомер амлодипина по сравнению с рацемическим амлодипином в равноценных дозах 5 мг/сут обладает более выраженным и стабильным антигипертензивным эффектом, а также имеет относительно хорошую переносимость.

0201 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИЙ ИНДАПАМИДА С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гриднева Е.В., Сисина О.Н., Лохина Т.В., Искендеров Б.Г., Долгушева В.В., Ушакова С.В.
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГКБ СМП им. Г.А.Захарьина, Пенза, Россия

Цель работы: сравнительная оценка антигипертензивного эффекта комбинаций индапамида (Арифона) с амлодипином (кардилопином) и верапамилом ретард (изоптином СР) у больных умеренной артериальной гипертензией (АГ) при курсовом лечении в течение 8 недель.

Материал и методы. Обследовали 45 больных (26 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 37 до 65 лет (средний возраст — 52,5±2,1 года). У всех больных диагностировалась систолодиастолическая АГ II степени. Больные были рандомизированы на 2 сопоставимые группы по основным изучаемым признакам. В 1-й группе (25 больных) назначали комбинацию арифона и кардилопина в дозе 2,5/10 мг/сут, во 2-й группе (20 больных) — комбинацию арифона и изоптина СР в дозе 2,5/240 мг/сут. До и после лечения проводили суточное мониторирование АД (СМАД). При этом у 24 больных выявлен тип диппер, у 12 — нон-диппер, у 5 — найт-пикер и у 4 — овер-диппер.

Результаты. Показатели СМАД в сравниваемых группах исходно различались незначительно. На фоне лечения у 84 %

больных 1-й группы нормализовалось АД (ниже 140/90 мм рт. ст.) и у остальных АД снизилось более 10 % от исходного уровня (ответная реакция). Во 2-й группе нормализация АД отмечена у 80 % больных и ответная реакция АД — у 20 % больных. Кроме того, в 1-й группе среднесуточные величины систолического и диастолического АД (САД, ДАД) снизились на 35±3 и 13±2 мм рт.ст. соответственно (p<0,01), а во 2-й группе — на 31±3 и 11±2 мм рт.ст. соответственно (p<0,01). В 1-й группе по сравнению со 2-й группой снижение САД и ДАД наиболее выражено ночью. Индексы времени (ИВ) нагрузки САД и ДАД за сутки снизились в 2,5-3 раза и в 1-ой группе составили 29±2 и 24±2 % соответственно, во 2-ой группе — 32±3 и 25±2 % соответственно. Вариабельность САД и ДАД за сутки на фоне лечения у больных 1-й группы менее выражена (12,5±0,6 и 9,2±0,4 мм рт.ст. соответственно), чем у больных 2-й группы: 14,5±0,7 и 10,6±0,5 мм рт.ст. соответственно. Величины утреннего подъема САД и ДАД в 1-й группе уменьшились в среднем на 17,5 и 14,8 % соответственно (p<0,01) и во 2-й группе — 14,2 и 11,3 % (p<0,05). В результате, в 1-й группе нормализация циркадного ритма АД отмечалась в 80,0 % случаев и во 2-й группе — в 75,0 % случаев. Кроме того, в 1-й группе ЧСС уменьшилась на 5-15 уд/мин и в среднем — на 14,3 % (p<0,01). Во 2-й группе изменения ЧСС незначительно и неоднозначно: от -5 до +7 уд/мин. Прирост ЧСС во время физических нагрузок в 1-й группе составил в среднем 27,3 % и во 2-й группе — 35,6 %. У больных развития отечности стоп и нарушений функции проводимости сердца не отмечалось.

Заключение. Показано, что комбинации индапамида с амлодипином и верапамилом ретард обладают выраженным антигипертензивным эффектом и хорошей переносимостью. У больных с нарушениями циркадного ритма АД (нон-диппер и найт-пикер) наиболее выраженный антигипертензивный эффект отмечен при использовании комбинации индапамида с верапамилом ретард.

0202 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

***Громнацкий Н.И.*[1], *Громнацкая Н.Н.*[2], *Белюсова В.Н.*[3]**
ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет[1], Курск, Россия; Львовский национальный медицинский университет им. Д.Галицкого[2], Львов, Украина; Коммунальная Львовская городская клиническая больница скорой медицинской помощи[3], Львов, Украина

Цель исследования. Выяснить особенности функционального состояния вегетативной нервной системы у детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. Исследование включало 20 детей 10-18 лет (средний возраст -12,7±1,2 года) с экзогенно-конституциональным ожирением и формирующимся метаболическим синдромом (МС) (ИМТ более 95-персентиля), 20 детей с избыточной массой (ИМТ более 90-го и менее 95-го персентиля) и 20 здоровых детей с нормальной массой тела в пределах 25-75-го персентиля. Исследовали временные характеристики сердечного ритма с определением RRNN, SDNN — показателей общей вариабельности сердечного ритма; rMSSD, pNN50 — стандартов показателей активности парасимпатической нервной системы. При спектральном анализе ВРС использовали показатели: TP — общая мощность, VLF и LF- мощность спектра участка очень низких и низких частот (парасимпатическая нервная система), HF-мощность спектра области высоких частот (симпатическая нервная система), LF/HF — вегетативный баланс. Регистрацию кардиоритмограмм проводили на комплексе "Поли-Спектр" Нейрософт с 16 до 19 часов в покое в положении лежа на спине и в клиноортостатической пробе.

Результаты. Симпатикотония выявлена у 50 % детей с ожирением. Дети с избыточной и нормальной массой тела характеризовалась повышением симпатического тонуса в 35 % и 45 % случаев, соответственно. В клиноортостатической пробе выявлено повышение симпатического тонуса у 75 % детей с ожирением, 65 % — с избыточной массой тела и 90 % — с нормальной массой тела. Корреляционный анализ подтвердил наличие связи избыточной жировой ткани с изменениями в системе регуляции сердечного ритма, тесной корреляции показателей ВСР с симпатикотонией: соотношение SDNN и LF (r=0,92; p<0,05), SDNN и LF/HF (r=0,8; p<0,05), RRNN и LF (r=0,71; p<0,05), RRNN и LF/HF (r=0,78; p<0,05) и тенденцию к обратной связи с парасимпатическим звеном ВНС (корреляция ИМТ и HF составила r=0,62; p>0,05). По мере взросления детей с ожирением наблюдалось преобладание симпатической ВНС. В клиноортостатической пробе у детей с ожирением выявлено ослабление связи спектра низкочастотных колебаний с показателями ВСР: корреляция SDNN и LF (r=0,14; p>0,05), RRNN и LF (r=0,33; p>0,05), SDNN и LF/HF (r=0,45; p>0,05), повышение симпато-вагального индекса LF/HF>1,5 у 50 % пациентов.

Выводы. ВСР расширяет представления о патогенезе ожирения, а сочетание нарушения жирового обмена с ВСД симпатикотонической направленности позволяет своевременно проводить профилактику ожирения, метаболического синдрома и их осложнений.

0203 РЕОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Громов А.А., Кручинина М.В., Рабко А.В., Генералов В.М.*, Бакиров Т.С.*, Шакиров М.М.**
Учреждение РАМН НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; *ФГУН ГНЦ ВБ "Вектор" Роспотребнадзора, НСО, пос. Кольцово, Россия;** НИОХ им. Н.Н.Ворожцова СО РАН, Новосибирск, Россия

Цель работы — исследование вязкоупругих и электрических параметров, макроэргических метаболитов эритроцитов и показателей гемостаза у больных, перенесших инсульт для создания новых методов диагностики и предотвращения повторных инсультов. В исследование были включены 136 мужчин, средний возраст 48,2±2,14 года, из них 124 — перенесших ишемический инсульт, 12 — геморрагический, преимущественно в подостром и резидуальном периодах. Группу сравнения составили 33 мужчины сопоставимого возраста. Изучение электрических и вязкоупругих характеристик эритроцитов проводили методом диэлектрофореза на четырех частотах: 5·104Гц, 105Гц, 5·105Гц и 106Гц, исследование показателей гемостаза — стандартными методиками. Фосфоросодержащие соединения эритроцитов исследовались методом 31Р ЯМР-спектроскопии на ЯМР-спектрометре DRX 500 фирмы Bruker (Германия).

Среди показателей первичного гемостаза достоверные ассоциации с динамикой обратного развития инсульта демонстрировала скорость лейкоцитарно-тромбоцитарной агрегации в отличие от агрегации тромбоцитов.

Выявлены два преобладающих варианта реологических нарушений, возможно, лежащие в основе патогенеза различных форм инсультов. Выраженные нарушения деформируемости эритроцитов (синдром "жестких" эритроцитов), предрасполагающие к развитию нарушений микроциркуляции, с отчетливым дефицитом внутриклеточных макроэргических соединений наблюдались у 79 человек, перенесших ишемический инсульт. Отмечены высокие показатели жесткости (p<0,0001), вязкости (p<0,0001), электропроводности мембран эритроцитов, электрической емкости мембран эритроцитов, достоверно выше пики неорганического фосфата, монофосфатов; достоверно ниже пики 2,3-ДФГ, γ-АТФ, α-АТФ и β-АТФ, выше активность свертывающей системы (АЧТВ). Данный синдром "жестких" эритроцитов ассоциирован с проявлениями метаболического синдрома (артериальной гипертензией, избыточной массой тела, гиперлипидемией, преимущественно IIБ типа (p<0,05)).

Умеренное снижение деформируемости эритроцитов и уровня макроэргических соединений отмечено у 57 человек, перенесших геморрагический и ишемический инсульт. Характерной особенностью является повреждение мембран

с усилением гемолиза эритроцитов (p<0,0001), предрасполагающее к усилению агрегации (p<0,03) и тромбообразованию (синдром "хрупких" эритроцитов). Уровень РКФМ был выше, а фибринолиза — ниже, чем у пациентов первой группы. Достоверно чаще выявлялись маркеры вирусных гепатитов, цитомегаловируса, вируса герпеса (p<0,05). Для пациентов данной группы характерно отсутствие традиционных факторов риска — артериальной гипертензии и гиперлипидемии. Уровни трансаминаз, общего и непрямого билирубина у них были достоверно повышены или имели тенденцию к повышению (p<0,03-0,06).

Выявленные реологические синдромы требуют пересмотра проводимой терапии.

0204 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСХОДНО ИЗБЫТОЧНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Губская П.М., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Нуржанова Т.М.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования. Изучить изменения вегетативных показателей на холодовой стресс у больных артериальной гипертензией с избыточной диастолической дисфункцией левого желудочка (ДФЛЖ).

Материал и методы исследования. Обследованы 36 мужчин (средний возраст 49,34±1,6) и 41 женщина (средний возраст 50,1±1,2 лет) больные АГ II степени (ЕОК/ЕОАГ 2007). Всем пациентам проводилась вариационная интервалометрия с определением показателя индекс напряжения (ИН), отражающего активность симпатического отдела вегетативной нервной системы и напряженность регуляторных механизмов, исследовалась диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ), за основу взят показатель Е/А. Обследование проводилось в покое и при холодовой пробе (ХП), которая проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 мин. По изменению ДФЛЖ на холодовое воздействие больные были разделены на 2 группы: I группа — больные с улучшением ДФЛЖ, у которых показатель Е/А при ХП увеличился на 10 % и более по сравнению с исходным, II группа — больные с ухудшением ДФЛЖ (показатель Е/А при ХП уменьшился на 10 % и более по сравнению с исходным). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы "Statistica 6,0".

Результаты исследования показали, что в группе больных АГ мужчин с улучшением ДФЛЖ при ХП исходные средние значения показателя Е/А трансмитрального кровотока составляли 1,02±0,06, а в группе с ухудшением ДФЛЖ при ХП исходно показатель Е/А в среднем был равен 1,37±0,06 (p<0,05). В группе больных АГ мужчин, у которых во время ХП показатель Е/А уменьшался в 80 % случаев фиксировалась ваготоническая вегетативная реакция. Столь неожиданная вегетативная реакция у больных с ухудшением диастолической функции сделала необходимым детально проанализировать эту группу больных. При анализе выявлено, что в данной группе больных до проведения ХП в 60 % случаев показатель Е/А был больше 1,5, то есть наблюдалась диастолическая дисфункция с избыточным расслаблением миокарда. На холодовой стресс эта группа дала парадоксальную ваготоническую реакцию. То есть, случайное распределение больных по изменению показателя Е/А при ХП выявило группу больных, в которой в 60 % случаев изначально была избыточная диастолическая дисфункция левого желудочка.

Можно думать, что такая реакция на холодовой стресс у больных АГ с избыточной диастолической дисфункцией левого желудочка является дезадаптивной и может способствовать развитию в дальнейшем сердечной недостаточности.

0205 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ AL-АМИЛОИДОЗА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА

Гудкова А.Я, Семернин Е.Н., Кузнецова И.А., Полякова А.А., Мелиоранская Е.И., Рыбакова М.Г.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Изучить особенности клинического течения при системном AL-амилоидозе с преимущественным поражением сердца.

Материал и методы: в исследование включено 21 пациент с системным AL-амилоидозом с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы. Из 252 обследованных пациентов с ХСН ассоциированной развитием гипертрофического, рестриктивного или дилатационного фенотипов. Возраст пациентов варьировал от 37 до 84 лет. Инструментальное исследование ССС включало ЭхоКГ (М-модальный, двумерный и допплеровский режимы). Оценка диастолической функции производилось при проведении ЭХОКГ с помощью импульсного (PW) и тканевого (TDI) допплера. Диагноз AL-амилоидоз, который был заподозрен клинически и подтвержден иммуноморфологически (при использовании гистологических окрасок гематоксилином и эозином, конго красным, пикрофуксином по ван Гизону, а также поляризационной микроскопии, иммуногистохимических реакций с антителами κ и λ, Amyloid A, β-Amyloid, prealbumin (фирмы "DAKO").

Результаты. Плазмоклеточная дискразия доказана дисбалансом κ и λ (1:7). Наиболее тяжелое течение выявлено у 2 пациентов 37 и 40 лет. Продолжительность жизни от момента появления первых симптомов до летального исхода составил 6 и 8 месяцев соответственно. Наиболее доброкачественное течение наблюдалось у 4 больных в возрасте от 70 до 84 лет. Продолжительность жизни от момента появления первых симптомов до летального исхода составило 36 и более месяцев. В 12 случаях ремоделирование сердца соответствовало РКМП, 8 ГКМП и в 1-ом случае (AL-амилоидоз, ассоциированный с миеломой) был выявлен истинный дилатационный фенотип. У 12 пациентов выявлен низковольтажный характер ЭКГ. В 16 случаях ведущим в клинике являлась прогрессирующая застойная сердечная недостаточность. В 5 наблюдениях основным клиническим проявлением были нарушения сердечного ритма и проводимости. Внезапная смерть диагностирована у 11 пациентов, во всех этих случаях причиной внезапной смерти являлась электрическая нестабильность миокарда

Заключение: AL-амилоидоз с поражением сердечно-сосудистой системы составляет в структуре ХСН около 8,3 %. Наиболее тяжелое течение выявлено в возрасте моложе 40 лет. Наиболее доброкачественное течение отмечено в пожилом возрасте. Обнаружена высокая частота внезапной смерти у пациентов с AL-амилоидозом с поражением сердечно-сосудистой системы.

0206 ВЫРАЖЕННАЯ ЗАСТОЙНАЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ПРИЗНАКИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТКИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НАЛИЧИЕМ ДВУХ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ ТРАНСТИРЕТИНА

Гудкова А.Я., Семернин Е.Н., Козленок А.В., Соловьев К.В. Шавловский М.М.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Продемонстрировать историю болезни пациентки, 73 лет, с выраженной застойной хронической сердечной недостаточностью.

Результаты. Нервная система. С 2006 года (70 лет) быстрая прогрессия заболевания, сопровождавшаяся появлением онемения в левой кисти и стопе с прогрессией вверх и присоединение в последующем таких же ощущений в правой стопе. Появилась шаткость при ходьбе, поперхивание и дискомфорт при глотании. Появилась и быстро прогрессировала гипотрофия мышц, особенно в дистальных отделах. По данным электромиографии от марта 2009 года признаки грубой полинейропатии, полирадикуломиелонейропатии. В неврологическом статусе полиневропатический синдром с глубоким тетрапарезом преимущественно в дистальных отделах, нарушения поверхностной и глубокой чувствительности преимущественно в дистальных отделах.

Сердечно-сосудистая система. Считает себя больной с 69 лет, когда впервые появились приступы полуобморочных состояний. При обследовании в клинике факультетской терапии развился эпизод полной потери сознания по типу приступа МЭС (транзиторная сино-атриальная (СА) блокада II типа III степени). Больной был поставлен постоянный электрокардиостимулятор (ПЭКС) в режиме AAIR. Ухудшение в течении бивентрикулярной преимущественно правожелудочковой ХСН проявлялось нарастанием одышки, появлением приступов удушья, дискомфорта за грудиной на фоне ортостатических пресинкопальных состояний, увеличением отеков, появлением гидроторакса, асцита, анасарки. Выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ. Выраженная концентрическая гипертрофия ЛЖ (ТМЖП 18мм, ТЗСЛЖ — 19мм, КДРЛЖ — 39мм; ИММ* — 220г/м^2; ОТС — 097). Гипертрофия правого желудочка (толщина передней стенки — 0, 97см). Атриомегалия. Нарушение диастолической функции ЛЖ и ПЖ.

Биопсия слизистой щеки: перивазально и по ходу коллагеновых волокон выявляются массы, дающие положительное окрашивание Конго красным и характерное свечение в поляризованном свете. При иммуногистохимическом исследовании с антителами к легким цепям иммуноглобулинов каппа и лямбда получен отрицательный результат.

В нуклеотидных последовательностях четырёх экзонов гена транстиретина в образце ДНК пациентки 73 лет обнаружены мутации гетерозигота V30Met и гомозигота G47Ala.

Выводы. Причиной поражения периферической нервной системы, проводящей системы сердца, рестриктивной кардиомиопатии, осложненной застойной, преимущественно правожелудочковой хронической сердечной недостаточностью, у наблюдаемой нами пациентки, явилось наличие двух мутаций в гене, кодирующего выработку амилоидогенного белка транстиретина.

0207 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ТРОМБОЛИТИКА ПРИ СУБМАССИВНОЙ ФОРМЕ ЛЕГОЧНОГО ЭМБОЛИЗМА

Гуляева Н.В.
Медицинское объединение “Новая больница”, Екатеринбург, Россия

Актуальность проблемы. Целесообразность применения тромболитической терапии (ТЛТ) у пациентов с субмассивной (СМ) тромбоэмболией лёгочной артерии (ТЭЛА), обсуждается до настоящего времени.

Материалы и методы. Проанализировано 37 историй болезни пациентов с СМ ТЭЛА (20 мужчин и 17 женщин в возрасте от 31 до 81 года). Диагноз обоснован анамнезом, клиникой, результатами исследования D-димера (ДД) и тропонина Т (TnT) плазмы крови, мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии лёгких, дуплексного сканирования вен нижних конечностей, электро- и эхокардиографии (ЭхоКГ), ангиопульмонографии. ТЛТ проведена в срок до 13 дней с момента последнего предполагаемого рецидива лёгочного эмболизма (ЛЭ): у 22 больных — альтеплазой, у 15 — стрептокиназой (схемы введения стандартные).

Результаты и обсуждение. Ведущим источником ЛЭ (84 %) был тромбоз глубоких вен нижних конечностей, у 16 % больных причину ТЭЛА установить не удалось. В 97 % случаев эмболизация лёгочного сосудистого русла (ЛСР) носила двусторонний характер. У 15 % пациентов отсутствовали косвенные ЭхоКГ — критерии правожелудочковой дисфункции (ДФ ПЖ). Повышение уровня TnT — отмечено лишь у двух пациентов. Корреляционные взаимосвязи между уровнем ДД и ЭхоКГ — признаками ДФ ПЖ, а также уровнем ДД и объёмом эмболизации ЛСР отсутствовали.

У 75,4 % больных ТЛТ оценена нами как эффективная, у 24 % — как неэффективная. Оценка эффективности ТЛТ производилась на основании степени регресса проявлений дыхательной недостаточности и ДФ ПЖ.

Из 37 пациентов шестеро скончались. Пятеро из шести умерших, по данным аутопсии, имели двусторонние инфаркты лёгких различной степени давности. У двух умерших с односторонним инфарктом лёгкого процесс осложнился абсцедированием.

Переносимость альтеплазы была хорошей, лишь у одной пациентки регистрировалась транзиторная гипотония. Отмечалась более плохая переносимость стрептокиназы: у пяти больных развилась гипотония, потребовавшая в четырёх случаях временного прекращения введения тромболитика, в одном случае — полного прекращения ТЛТ. Из шести умерших в группе ТЛТ пятеро скончались на фоне инфузии стрептокиназы.

Геморрагические осложнения зарегистрированы у пяти пациентов, всем им применялась альтеплаза. Все кровотечения соответствовали “малым” или “незначительным” (по классификации TIMI и GUSTO соответственно) и не требовали гемозаместительной терапии.

Заключение. При СМ ТЭЛА в 97 % случаев наблюдается двусторонняя эмболизация ЛСР, однако в 15,4 % случаев при этом косвенные ЭхоКГ — критерии дисфункции правых камер сердца отсутствуют. Корреляционных взаимоотношений между уровнем D-димера плазмы крови и объёмом эмболизации ЛСР, а также уровнем D- димера и степенью дисфункции правых камер сердца при СМ ТЭЛА не прослежено. Альтеплаза и стрептокиназа продемонстрировали одинаковую эффективность в отношении регресса проявлений дыхательной недостаточности и правожелудочковой дисфункции при СМ ТЭЛА. Однако, ввиду лучшей переносимости и отсутствия влияния на системную гемодинамику, у пациентов с гемодинамическими расстройствами и более тяжелым состоянием предпочтительнее применение альтеплазы.

0208 ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХСН ВСЛЕДСТВИЕ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Гуранова Н.Н., Фазлова И.Х., Гурьянова Л.Н., Радайкина О.Г., Дементьева О.В.
ГОУВПО “МГУ им. Н.П.Огарева, Саранск, Россия

В патогенезе дисфункции почек при ХСН главную роль играют снижение сердечного выброса и нейрогуморальная активация. Однако практикующие врачи часто выявляют дисфункцию почек у больных ХСН только после присоединения выраженной почечной недостаточности, что является одним из основных прогностических факторов у больных тяжелой ХСН.

Целью данной работы явилось оценить функциональное состояние почек у больных ХСН вследствие дисфункции левого желудочка (ЛЖ).

Материалом для написания данной работы послужил анализ 221 пациента кардиологического отделения ГУЗ “МРКБ” г. Саранска в возрасте от 24 до 85 лет, из них 100 женщин (45,2 %), 121мужчина (54,8 %), госпитализированных в период с января по декабрь 2009 года с наличием ХСН в диагнозе. Диагноз больных соответствовал Национальным рекомендациям ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2009г). Критериями исключения из исследования являлись: первичная патология почек и почечных сосудов, аутоиммунные и онкологические заболевания. Проводился анализ анамнеза, клинических данных, результатов Эхо-КС с опре-

делением фракции выброса (ФВ), конечного диастолического и систолического размеров (КДР и КСР); биохимических показателей крови. Функция почек оценивалась по СКФ рассчитанной с помощью формулы Кокрофта-Голта. В соответствии с данными ЭхоКГ (размерами ЛЖ, наличия систолической и диастолической дисфункции миокарда ЛЖ) больные были разделены на две группы: пациентов с дилатацией ЛЖ и сниженной ФВ — С-ХСН (систолическая ХСН) (n=17) и пациентов с отсутствием дилатации ЛЖ и сохраненной ФВ — Д-ХСН (диастолическая ХСН)(n=204). Было выявлено, что у больных С-ХСН средний возраст (63,52±1,8 года) достоверно больше, чем у больных Д-ХСН (56,8±0,69лет, p<0,001). Выявлено достоверно большее число мужчин, чем женщин, среди больных С-ХСН (82 и 7,6 % соответственно, p<0,001) и достоверно большее количество мужчин с С-ХСН, чем мужчин с Д-ХСН (82 и 53 % соответственно, p<0,001). Важно отметить, что если в составе группы с Д-ХСН находилось 68 (33,3 %) больных с ХСН I ст., 83 (40,7 %) — ХСН II А ст. и 53 (26 %) — ХСН II Б ст., то группу С-ХСН составили только больные ХСН II Б ст. При анализе патологии, ставшей причиной развития ХСН, выявлено, что основную долю больных с С-ХСН — составили пациенты с сочетанной патологией ГБ и ИБС — 58,8 %, а также с сочетанием СД 2типа — 17,6 %, оставшиеся 23,5 % — больные ИБС. Пациенты в зависимости от заболевания, приведшего к Д-ХСН, распределились следующим образом: ГБ — 14,7 %, ИБС — 11,7 %, сочетание ГБ и ИБС — 55,9 %, ГБ+ИБС+СД2 — 12,7 %. Средний показатель СКФ в группе Д-ХСН равен 127,08±3,57 мл/мин, что достоверно выше, чем в группе с С-ХСН равной 89,28±7,48 мл/мин (p<0,001). Таким образом, результаты данного исследования свидетельствуют о том, что почечная дисфункция весьма часто встречается у пациентов с ХСН, не имеющих "первичной" патологии почек. Обнаружена четкая зависимость между сократительной способностью миокарда и нарушением почечной функции, особенно при сочетанной патологии (ГБ и ИБС). Также важно отметить, что пациенты с С-ХСН — это преимущественно мужчины с ишемической этиологией ХСН, пожилого и старческого возраста, имеющие ХСН II Б ст. в диагнозе.

0209 ДИНАМИКА КАТЕГОРИИ АРТЕРИЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА

Гурбанов В.О., Азизов В.А.
Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель исследования: изучить динамику категории артериального давления на фоне длительного применения Аторвастатина.

Материал и методы: Обследовано 57 больных с артериальной гипертензией (АГ I степени — 29 больных, АГ II степени — 28 больных). Помимо этого все больные были подразделены на подгруппы. В первую подгруппу (контроль) вошли пациенты, которым проводилось соответствующее основному заболеванию лечение, а во вторую пациенты, получающие терапию Аторвастатином в суточной дозе 80 мг (основная подгруппа). Все больные были подразделены на верхний и нижний квартилы и находились под наблюдением два года.

Результаты: У наблюдаемых в течении двух лет пациентов с АГ I степени в основной и контрольных подгруппах отмечается достоверное отличие в динамике категории артериального давления (p=0,027), тогда как концентрация гомоцистеина в нижнем квартиле составила <10,4 мкмоль/л. На фоне пониженного содержания гомоцистеина в крови, внедрение статинов уменьшает риск развития и осложнения АГ. Повышение гомоцистеина в крови (верхний квартил — 20,6 мкмоль/л) также выявило достоверное различие между пациентами в группах с АГ I степени и II степени, как в основной, так и в контрольной подгруппах. В случае пациентов с АГ II степени, концентрация гомоцистеина в крови составила <13,8 мкмоль/л, что соответствовало нижнему квартилу, в то время как наблюдалось достоверное различие в основной и контрольной подгруппах (p=0,048). Пациенты находящиеся в контрольной подгруппе отмечали стабильное течение болезни на протяжение двух лет исследования, в то время как у четырех из семи пациентов находящихся в основной подгруппе отмечалось улучшение состояния. За два года исследования у трех пациентов из контрольной группы отмечался повышенный уровень гомоцистеина в крови 25,8 мкмоль/л и АГ III степени. В основной подгруппе у двух пациентов отмечалась АГ III степени. Показатели, представленные в этих подгруппах, также статистически достоверны (p=0,033).

Выводы: применение Аторвастатина оказывает положительное влияние на динамику артериальной гипертензии и предотвращает осложнения.

0210 ВЛИЯНИЕ СЕРЕТИДА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Гурижева М.В., Василенко В.М., Шугушев Х.Х.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) является высокоинформативным методом оценки состояния вегетативной нервной системы, стратификации риска внезапной смерти.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния серетида на временные и частотные показатели ВРС у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. В обследование был включен 61 больной ХОБЛ различной степени тяжести (37 мужчин и 24 женщины). В контрольную группу вошли 35 здоровых человек, не имеющих заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой системы (23 мужчин и 12 женщин). Всем больным дважды (при госпитализации и через 2 недели терапии серетидом) проводилось суточное мониторирование ЭКГ, анализ вариабельности ритма сердца по 10-минутной записи ЭКГ.

Результаты исследования: При госпитализации у пациентов с тяжелой степенью тяжести ХОБЛ в сравнении с больными со средней степенью тяжести ХОБЛ и контрольной группой обнаружены достоверные изменения временных и частотных показателей ВРС. В группе больных с тяжелой степенью тяжести ХОБЛ среднее значение стандартного отклонения SDNN составило 17,5±1,2 мс, RMSSD — 8,7±0,6 мс по сравнению с SDNN 24,0±1,7 мс и RMSSD 17,8±2,0 мс у лиц с тяжелой степенью тяжести ХОБЛ. Частотные показатели в группе больных с тяжелой степенью тяжести ХОБЛ: мощность в области VLF — 495,5±52,2 мс^2, LF — 441,5±50,2 мс^2, HF — 121,7±14,5 мс^2, соотношение LF/HF — 3,6±0,4. В группе лиц со средней степенью тяжести болезни мощность в области VLF составила — 430,8±51,5 мс^2, LF — 494,3±26,3 мс^2, HF — 187,0±17,9 мс^2, соотношение LF/HF — 2,6±0,3 (p<0,01). Обнаружено, что с нарастанием степени тяжести ХОБЛ чаще выявляются наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма. На фоне лечения серетидом наблюдалось улучшение общего состояния больных, уменьшение одышки, кашля, снижение средней ЧСС. Терапии серетидом у больных в обеих группах сопровождалась улучшением временных и спектральных показателей ВРС, но максимальная положительная динамика данных показателей ВРС отмечено у больных со средней степенью тяжести ХОБЛ: среднее значение стандартного отклонения SDNN составило 29,4±3,7 мс, RMSSD — 19,4±3,9 мс мощность в области VLF — 489,933,8±16 мс^2, LF — 541,2±26,6 мс^2, HF — 461,8±22,7 мс^2, соотношение LF/HF — 1,2±0,05. Терапия серетидом сопровождалась снижением частоты обнаружения и среднесуточного количества наджелудочковых и желудочковых аритмий.

Выводы: У больных ХОБЛ обнаружены изменения в состоянии вегетативной регуляции ритма сердца, зависящие от степени бронхиальной обструкции. На фоне лечения серетидом у пациентов как со средней, так и с тяжелой степенью

тяжести ХОБЛ отмечено уменьшение соотношения низкочастотной к высокочастотной составляющей, что отражает повышение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

0211 РИСК-СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Гурьянова Л.Н., Антипова В.Н., Гуранова Н.Н., Фазлова И.Х, Радайкина О.Г.
ГОУВПО "МГУ им. Н.П.Огарева" Саранск, Россия

Выявление факторов, указывающих на неблагоприятный прогноз при остром коронарном синдроме (ОКС), имеет большое значение. Чтобы оказывать качественную медицинскую помощь, не повышая затрат на здравоохранение, необходимо по результатам оценки клинического течения и инструментального обследования больных ОКС определить риск развития осложнений, что позволит выработать оптимальную стратегию их ведения и предупреждения новых эпизодов ОКС.

Целью настоящей работы явилось выявление факторов, влияющих на течение ОКС, развитие осложнений и летальность.

Ретроспективно было изучено 215 историй болезни пациентов с ОКС, проходивших лечение в ГУЗ "БСМП" г. Саранска в 2009 году. Из них — 126 мужчин (58,6 %) и 89 женщин (41,4 %). В 25 случаях (11, 6 %) наступил летальный исход (14 — мужчин и 11 — женщин).

По результатам исследования было установлено, что вероятность летального исхода увеличивается с возрастом. Средний возраст пациентов с неблагоприятным исходом составил 67,4 ± 11,3 лет; средний возраст выживших — 62,2 ± 12,01 лет. Было установлено влияние пола на смертность при ОКС: средний возраст умерших мужчин (61,13 ±10,07) был меньше, чем у умерших женщин (71,33 ± 11,09).

Выявлена корреляционная статистически значимая связь летального исхода с атипичным течением ОКС, как в мужской, так и в женской группе пациентов ($p<0,001$). У больных с неблагоприятным исходом значительно чаще наблюдались такие формы, как: астматическая, гастралгическая, церебральная и др.

Установлена корреляция между исходом ОКС и предшествующей амбулаторной активностью пациентов ($p<0,001$). Среди выживших больных 62,3 % ранее наблюдались в поликлинике по месту жительства, тогда как среди умерших — только 29,2 %.

Более 60 % всех пациентов обратились за скорой медицинской помощью в течение первых трех часов после появления симптомов. Однако обращаемость в течение первого часа заболевания среди умерших больных была выше и составила 43 %, в то время, как среди выживших только 23 %. Раннее обращение было обусловлено большей выраженностью болевого синдрома и вегетативной симптоматики, что в свою очередь бывает связано с большим объемом поражения миокарда.

Наиболее часто ОКС развивался в ранние утренние (06:00-08:59) — 23,9 %, утренние (09:00-11:59) — 19,7 % и вечерние (18:00-20:59) — 35,1 %. Реже ОКС возникал в дневные (12:00-14:59) -11,2 % и предутренние (03:00-05:00) часы — 10,1 %. При этом было установлено, что развитие клиники ОКС с 21:00 до 09:00 сопряжено с более высокой летальностью.

Таким образом, вероятность летального исхода ОКС выше у следующих пациентов: мужчин старше 60 лет, женщин старше 75 лет; с развитием ОКС в ночную половину суток (с 21:00 до 09:00); с атипичным болевым синдромом и яркой вегетативной симптоматикой; у пациентов, не находящихся под постоянным амбулаторным наблюдением.

0212 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С РАБОТАЮЩИМИ ГРАЖДАНАМИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

Гусева С. Л., Логинова Р. Д., Борзова О. А., Воекова Н. А.
ММУ "Городская поликлиника № 6", Самара, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — основная причина смертности и преждевременного выхода на инвалидность в России, в том числе среди лиц трудоспособного возраста. С целью раннего выявления и профилактики ССЗ среди работающих в 2009г. реализована совместная целевая программа страховой компании "Аскомед" и ММУ ГП № 6 "Помогите своему сердцу!".

Пути реализации программы: скрининг на выявление факторов риска и ССЗ на раннем этапе; первичная профилактика ССЗ — проведение лекций, бесед по здоровому образу жизни и коррекции факторов риска; вторичная профилактика ССЗ — составление индивидуальных программ лечебно-оздоровительных мероприятий, обучение в "школах здоровья".

1 этап — предварительная работа с организациями по отбору контингента соответствующего возраста- 1000 человек от 35 до 60 лет.

2 этап — анкетирование для выявления факторов риска ССЗ. Анкета составлена с учетом принципов социального маркетинга и также содержит вопросы: для определения отношения пациентов к регулярным профосмотрам, приверженности здоровому образу жизни, предпочтения методов медицинской профилактики — для разработки индивидуальных лечебно-оздоровительных программ с профилактическими мероприятиями, наиболее востребованными конкретными пациентами.

3 этап — осмотр врачей-специалистов: эндокринолог, невролог, офтальмолог и терапевт; экспресс-диагностика заболеваний сердца ("Кардиовизор-6С") или ЭКГ; расчет индекса массы тела с определением типа ожирения; определение риска развития ССЗ со смертельным исходом в ближайшие 10 лет по шкале SCORE; экспресс-исследование уровня глюкозы и холестерина. При впервые выявленных ССЗ и высоком риске по шкале SCORE на базе ММУ ГП № 6 проведено дообследование — консультации врачей-специалистов (кардиолог, андролог, гематолог, ревматолог, гинеколог, хирург); лабораторные и функциональные методы исследования (Эхо-КГ, ВЭМ, УЗИ и уровень гормонов щитовидной железы, УЗДГ БЦС, холтер-АД (ЭКГ), гликированный гемоглобин). Дообследованы 233 человека (23,3 % от всех осмотренных). Все пациенты направлены для дальнейшего наблюдения по месту жительства.

4 этап — мероприятия по первичной и вторичной профилактике ССЗ и повторное анкетирование через 6 месяцев для оценки изменений мотивации к ведению здорового образа жизни. В ходе реализации программы все осмотренные информированы о выявленных факторах риска с получением рекомендаций по их коррекции в виде бесед, лекций, обучения в "школах здоровья".

Выводы: повторный анализ анкет показал, что в результате проведенных профилактических мероприятий приверженность к ведению здорового образа жизни повысилась на 12 %; положительное отношение к регулярным профосмотрам выросло на 23 %; уменьшились основные факторы риска: курение на 4 %, избыток массы тела на 7 %.

Окончательная оценка эффективности будет проведена через год по показателям: временная потеря трудоспособности, динамика случаев экстренной госпитализации и вызовов "скорой помощи".

0213 ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гусейнова А.А.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра внутренних болезней, Баку, Азербайджан

Цель исследования — изучение легочной гемодинамики у больных почечно-каменной болезнью (ПКБ), осложненной хроническим пиелонефритом (ХП) для обеспечения выбора

безопасных методов лечения их и ранней профилактики возможных осложнений аппарата внешнего дыхания.

Легочный кровоток был изучен у 86 больных ПКБ, осложненной ХП, а также у 36 больных ПКБ без ХП. В качестве контрольной группы были обследованы 20 практически здоровых лиц. Параметры легочного кровотока изучались методом сцинтиграфии легких после введения больным макроагрегата, меченного 99м Тс. Возраст обследованных составил (от 24 до 63 лет), среди них мужчин было 76 человек, женщин — 46. Среди больных ПКБ, осложненной ХП, мужчин было 56, а женщин — 30, а среди больных ПКБ без ХП мужчин — 20, женщин — 16. У больных ПКБ с ХП камни в почках были выявлены у 78 больных, а в мочеточнике — у 8 больных, причем у 25 больных камни обнаружены в левой почке, а у 22 — в правой почке, у 31 больного в обеих почках. У больных ПКБ без ХП камни в левой почке были найдены у 15 пациентов, в правой почке — у 10, в обеих почках — у 11. Все больные были распределены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии (АГ). АГ выявлена у 62 больных ПКБ с ХП и 16 больных ПКБ без ХП. Исследование легочной гемодинамики проводилось в начале обследования до лечения и через 14-18 дней после оперативного вмешательства.

При анализе легочного кровотока исходили из параметра перфузионного градиента (ПГ) легких, который отражает давление в легочной артерии. В норме ПГ равен 0,8. При показателях ПГ>0,8 компьютер выдавал информацию о легочной гипертензии (ЛГ). При сцинтиграфии легких в дооперационном периоде у 32 больных (26,2 %) была выявлена ЛГ, а у остальных 90 больных (73,8 %) обнаружены скрытые признаки нарушений легочной гемодинамики. У больных ПКБ с ХП ЛГ наблюдалась у 33 больных (38,3 %), в то время как у больных ПКБ без ХП лишь у 12 больных (33,3 %) отмечалась гипертензия малого круга кровообращения. На наш взгляд, повышение сосудистой резистентности у больных ПКБ с ХП, а также возникающие сосудистые поражения легочной ткани и гипоксемия способствуют развитию ЛГ и ухудшению легочного кровотока у больных ПКБ с ХП, особенно с сопутствующей АГ. Известно, что АГ приводит к существенным изменениям эластичности миокарда, которая снижается при гипертрофии, фиброзе и склерозе миокарда, что, в свою очередь, способствует развитию нарушений диастолической функции левого желудочка. Безусловно, при этом следует ожидать и дисфункцию дыхательного аппарата.

Выводы: 1) Выявлены признаки легочной гипертензии у больных с ПКБ и ХП в сравнении с группой больных с ПКБ без ХП и контрольной группой здоровых лиц. 2) Изменения легочного кровотока в большей степени выражены у лиц с ПКБ и ХП с сопутствующей АГ.

0214 УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ — МАРКЕР ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Давид Л., Гроссу А., Цуркану В., Ченуша О., Кузор Т., Рэчилэ В., Радукан А.
Институт Кардиологии, Кишинёв, Молдова

Гипергликемия при поступлении наблюдается часто у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) независимо от наличия сахарного диабета (СД). У этих лиц отмечена повышенная смертность.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи уровня глюкозы крови при поступлении (ГКП) и клиническим течением инфаркта миокарда в больнице и при длительном наблюдении.

Материал и методы. В исследование включили 304 больных ОИМ поступивших в Клинику Кардиологии за период январь 2007 — апрель 2008, средний возраст 63±11,5 лет, 68 % мужчин, 18,5 % имели СД. В зависимости от уровня ГКП больных разделили на 4 подгруппы (пгр): I пгр (n=51) — < 5,0 мм/л, II пгр (n=105) — 5,0 — 7,0 мм/л, III пгр (n=76) — 7,0 -11,0 мм/л и IV пгр (n=70) — >11.0 мм/л. Изучили особенности клинической характеристики пациентов и течения ОИМ в больнице и при длительном наблюдении в зависимости от уровня ГКП.. Больных наблюдали в течении 18±6 месяцев после выписки.

Результаты. Гипергликемию при поступлении выявили у 48 % лиц с ОИМ. Средний возраст больных в изучаемых подгруппах не отличался. Индекс массы тела, окружность живота и процентное соотношение женщин были достоверно выше в IV пгр ($p<0,05$). В III и IV пгр пациенты чаще были гипертониками, имели анамнез сердечной недостаточности (СН), инсульта, поражения периферических сосудов. При госпитализации у них чаще наблюдали атипичную клиническую картину, подъём сегмента ST на ЭКГ, отёк легких, кардиогенный шок, АВ блокаду, желудочковые тахиаритмии, СН >2 класса KIIIip. Течение ОИМ осложнилось чаще периинфарктой стенокардией, мерцательной аритмией, прогрессированием СН, развитием синдрома Дресслер. У лиц с повышенным уровнем ГКП достоверно чаще диагностировали ОИМ с зубцом Q ($p<0,001$). Различий в локализации очага некроза в подгруппах не отметили. В IV пгр достоверно чаще наблюдали выраженную регургитацию на митральном клапане и снижение фракции выброса левого желудочка ($p<0,05$). Большинство больных с ГК > 11.0 мм/л имели 3-х сосудистое поражение коронарного русла.

Больничная смертность в IV пгр была в 2,5 раза выше в сравнении с I пгр ($p<0,05$). Различий в смертности между подруппами при длительном наблюдении не отметили (8,5 %, 12,8 %, 13,8 % и 10,7 %, соответственно), но длительность выживания была самой низкой у лиц с ГКП > 11,0 мм/л.

Пациенты недиабетики с ГКП>11,0 мм/л имели высокий риск фатального исхода ОИМ в больнице, их смертность значительно превысила таковую лиц остальных подгрупп ($p<0,0001$), в том числе и диабетиков IV пгр ($p<0,001$).

Выводы. Гипергликемия при поступлении у больных с ОИМ указывает на высокий риск развития крупноочагового поражения с осложненным течением и неблагоприятным, в том числе фатальным исходом в больнице. Прогноз и смертность пациентов без сахарного диабета, но с уровнем глюкозы крови при поступлении > 11,0 мм/л значительно хуже, чем у диабетиков.

0215 ОЦЕНКА КОМПЛАЙЕНСА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Кусаев В.В.
ГОУ ВПО “КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого”, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучить приверженность к лечению (комплайенса) больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого и старческого возраста.

В исследование были включены 292 больных АГ II — III степени (по рекомендациям ВНОК-2008, ESH/ESC-2007), 190 лиц пожилого (60-74 года — по классификации ВОЗ, 1963) и 102 пациента старческого возраста (75 лет и старше) соответственно. Средний возраст составил 68,7 года. Средний стаж болезни составил 14,7 года. Все пациенты заполняли оригинальный опросник, проводилась оценка комплайентности по методики Мориски-Грина.

Результаты исследований вносились в протоколы и в электронную базу данных. Статистическая обработка материала производилась с помощью пакета “STATISTICA”.

Только 39,2 % больных постоянно соблюдают предписанную терапию, в основном это пациенты пожилого возраста — 69,2 %, 40,1 % больных — когда-либо самостоятельно изменяли предписанную дозу антигипертензивных ЛС полностью или частично, 36,7 % пациентов — периодически прекращали прием ЛС, а 24,3 % — полностью отказывались от приема, пациенты пожилого возраста среди причин отказа от терапии АГ чаще называли отсутствие эффекта и побочное действие ЛС (55,1 %), а больные старческого возраста чаще называли социально-финансовые причины, такие как: отсутствие ЛС в аптеках (73,7 %),

исключение ЛС из "разрешительных" списков (39,4 %), отказ от набора социальных услуг — НСУ (14,0 %). Среди причин полного или частичного отказа от приема антигипертензивной терапии (АГТ) также называли назначение большого количества ЛС, по данным проведенного нами фармакоэпидемиологического анализа амбулаторных карт пациентов, включенных в исследование, количество АГТ составляло 4,3 у пациентов пожилого возраста, 4,9 — старческого, общее количество назначенных ЛС всеми врачами составляло 6,9 и 7,7 соответственно. Была проведена оценка комплайентности по методики Мориски-Грина. Обследованные пациенты были разделены не только по возрастным критериям, но и по наличию права на льготное получение ЛС. Наименее комплайентными оказались лица старческого возраста, имеющими право на федеральные льготы. Это можно объяснить тем, что пациенты данной категории испытывают периодические перебои в получении ЛС, они вынуждены принимать ЛС не очень высокого качества, им часто в аптеках дают различные торговые наименования одного ЛС, не всегда сопоставимые по своей биоэквивалентности. Их комплайентность оказалась ниже на 17,3,% по сравнению с пациентами данной возрастной группы не имеющими федеральных льгот, и на 33,7 % по сравнению с пациентами пожилого возраста не имеющими федеральных льгот.

Таким образом, у пациентов АГ пожилого и старческого возраста отмечается низкая комплайентность, которая увеличивается с возрастом больных. Включение пациентов в список получателей НСУ (ДЛО) не улучшает эти показатели, а наоборот значительно уменьшает следование врачебным рекомендациям. Целесообразна разработка рекомендаций на основе комплайентности пациентов различных групп по организации их лекарственного обеспечения.

0216 ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАЦИЕНТАМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Давыдов Е.Л., Кусаев В.В., Харьков Е.И.
ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого", Красноярск, Россия

Цель исследования: Оценить качество оказания стационарной помощи и работы бригад "Скорой медицинской помощи" больным артериальной гипертонией (АГ) пожилого и старческого возраста по специально разработанной анкете.

В исследование были включены 292 больных АГ II — III степени (по рекомендациям ВНОК-2008, ESH/ESC-2007), 190 лиц пожилого (60-74 года — по классификации ВОЗ, 1963) и 102 пациента старческого возраста (75 лет и старше) соответственно. Средний возраст — 68,7 года. Средний стаж болезни — 14,7 года. Все пациенты заполняли оригинальный опросник, результаты исследований вносились в индивидуальные протоколы. Статистическая обработка материала производилась с помощью компьютерного пакета "STATlSTICA".

Вызывают бригаду "Скорой помощи" при высоком АД 39,1 % опрошенных, среднее АД, при котором вызывают бригаду "Скорой помощи" — 178,9±4,8/99,7±2,4 мм рт.ст. Среди жалоб, при которых больные АГ пользовались услугами "Скорой помощи" (указывались несколько вариантов): головные боли — 92,4 %, головокружение — 72,7 %, снижение остроты зрения — 66,8 %, мелькание мушек перед глазами — 74,1 %, плохой сон — 22,9 %, раздражительность — 18,7 %, потливость — 12,8, покраснение лица — 37,4 %, дрожание рук — 9,8 %, отеки рук и лица — 10,4 %, боль за грудиной — 88,4 %, боль в грудной клетке — 80,2 %, перебои в области сердца, — 64,9 % одышка при спокойной или быстрой ходьбе — 23,2 %, онемение или слабость мышц лица, рук на одной или обеих половинах тела — 6,4 %, нарушения походки, координации и равновесия — 11,3 %. Причинами, по которым пациенты не вызывают бригаду "Скорой помощи" (указывались несколько вариантов): низкая квалификация персонала- 31,2 %; долгое ожидание вызова — 43,6 %; отсутствие адекватной медицинской помощи — 35,4 %; нетактичность и грубость медицинского персонала — 12,0 %; затруднились ответить — 9,6 % респондентов. Врач во время осмотра измерял АД у 98,2 % опрошенных, однако измерение АД в положении стоя было произведено лишь у 2,8 % респондентов. 49,7 % опрошенных посчитали, что врач во время вызова был внимательным и тактичным; 26,3 % считают, что врач уделял мало внимания пациенту; 14,8 % — врач был нетактичен, откровенно груб. 36,9 % удовлетворены полностью качеством полученной медицинской помощи, 44,7 % — не совсем удовлетворены; 14,3 % — не удовлетворены,. В среднем пациенты госпитализировались за год 1,3±0,3 раза, что обусловлено не только состоянием их здоровья, но и рядом нормативных актов, ограничивающих частоту госпитализаций. 9,2 % пациентов были доставлены в стационар "Скорой помощью"; сразу после обращения были госпитализированы 17,2 %; в течение 24 ч.- 18,7 %; через 1-3 дня — 22,4 % опрошенных; через 4-7 дней — 23,5 %; через 8-15 дней — 8,7 %; через 16-30 дней — 1,3 % респондентов.

Таким образом, анкетирование больных АГ пожилого и старческого возраста является эффективным и простым методом получения ценной информации о качестве деятельности медицинских учреждений и "слабых местах" их работы.

0217 РИСК ИНСУЛЬТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА — ДАННЫЕ 3-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Данковцева Е.Н., Бакланова Т.Н., Затейщиков Д.А. от лица коллектива участников многоцентрового исследования
ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ, кафедра кардиологии и общей терапии, Москва, Россия; Москва, Челябинск, Казань, Пермь, Ставрополь, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Анализ частоты встречаемости инсультов у больных, перенесших ОКС, а также выявление факторов риска, ассоциирующихся с развитием данного состояния, в периоде ближайшего и отдаленного наблюдения.

Методы исследования. Данное исследование явилось частью многоцентрового проспективного исследования по изучению факторов риска неблагоприятного исхода у больных, перенесших обострение ИБС. Начато в 2004г, включено 1237 больных, проводится по настоящее время в Москве, Санкт-Петербурге, Ставрополе, Ростове-на-Дону, Перми, Казани, Челябинске. В данной работе представлены результаты наблюдения за 1191 больным. В исследование включались больные, поступившие в стационар по поводу острого коронарного синдрома (ОКС). Обязательным критерием включения, наряду с клиническими данными, было наличие повышения уровня тропонина T, тропонина I или КФК-МВ выше верхней границы нормы и/или ишемические изменения на ЭКГ. Включение в исследование проводилось на 10-й день от момента развития ОКС при условии стабильного течения заболевания. В ходе дальнейшего наблюдения фиксировалось развитие фатального и нефатального инсульта.

Результаты. Средний возраст больных составил 61,3±0,34 года, мужчин было 63,2 %. АГ имели 81,5 % больных, сахарный диабет — 14,6 %. 38,5 % больных курили. ИБС до развития настоящего ОКС была зарегистрирована у 67,6 % больных, ИМ ранее перенесли 47,8 %. У 45,3 % больных поводом для поступления в стационар явился ИМ с зубцом Q, у остальных была диагностирована НС или ИМ без формирования зубца Q. Всех больных наблюдали до развития конечной точки. Максимальный срок наблюдения составил 1164 дня. Всего за время наблюдения случилось 24 инсульта (2 %), из них 10 (41,7 %) — фатальные, 14 (58,3 %) — нефатальные. Не зарегистрировано ни одного случая геморрагического инсульта, все произошедшие события расценивались как ишемические или неклассифициро-

ванные инсульты. Наименьший срок до развития инсульта от включения больного в исследование составил 8 дней, наибольший — 754 дня, средний — 306 (±48,6) дней. Из 24 инсультов только 3 произошли во время пребывания больных в стационаре (на 8, 12 и 14 день от включения в исследование, все они были нефатальными). У больных с инсультами достоверно более часто отмечалась в анамнезе ИБС до данной госпитализации (91,7 % против 63 %, p=0,002), средний возраст развития ОКС был выше (71,4±2,20 года против 61,6±0,39 года, p<0,001), более часто отмечалась гипертрофия ЛЖ (68,4 % против 43,7 %, p=0,029), была достоверно более низкой ФВ ЛЖ, по данным ЭхоКГ, выполненного на 10 день от развития ОКС (47,0±2,74 % против 54,0±0,51 %, p=0,007), была ниже СКФ (54,2±3,87 мл/мин/1,73м^2 против 65,3±0,69 мл/мин/1,73м^2, p=0,004). Группы не отличались по частоте встречаемости АГ до данного ОКС, СД, другим эхокардиографическим параметрам, а также толщине комплекса "интима-медиа". По данным многофакторного анализа, возраст >65 лет, ранее установленный до развития данного ОКС диагноз ИБС и рецидив ИМ в период индексной госпитализации оказались неблагоприятными прогностическими факторами для развития инсульта у этой категории больных.

Выводы. По результатам 3-летнего наблюдения за больными, госпитализированными в связи с ОКС, независимыми предикторами развития ишемического инсульта являются только возраст старше 65 лет, ИБС в анамнезе и рецидив ИМ в период госпитализации.

0218 ДИСЛИПИДЕМИЯ У РАБОЧИХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Демина И.Д.[1], Мелентьев А.В.[2], Федина И.Н.[2], Серебряков П.В.[2]

МСЧ ОАО "Метровагонмаш"[1], Мытищи, Россия; *ФГУН ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана Роспотребнадзора[2], Москва, Россия*

Машиностроение относится к тем отраслям, где условия труда продолжают оставаться неблагоприятными за счет повышенных уровней вибрации, шума, являющихся основными негативными факторами рабочей среды. Для уточнения особенностей состояния здоровья и изменений ССС работников под влиянием комплекса факторов рабочей среды было проведено углубленное обследование 200 работников предприятия: 124 слесаря-сборщика и 76 газоэлектросварщиков.

Целью нашего исследования явилось патогенетическое обоснование комплекса мероприятий по оптимизации здоровья и профилактике сердечно-сосудистой патологии у рабочих машиностроительного предприятия. Применен комплекс гигиенических, клинико-функциональных, биохимических исследований. В результате работы выявлены достоверные изменения ЭХО-КГ показателей (t=2,6-4,2), интегральных показателей регуляции деятельности ССС, t=2,5-3,3), показателей системы гемостаза (фибриноген, протромбиновый индекс, t=2,7-3,4), липидного спектра ((ОХС, ХС ЛПНП, коэффициент атерогенности, t=2,6-4,3) в группе слесарей-сборщиков со стажем свыше 15 лет по сравнению с малостажированными рабочими этой группы.

Анализ взаимосвязи стажа работы и показателей липидного профиля подтверждает наличие прямой умеренной зависимости уровней ОХС (r=0,56), триглицеридов (r=0,3), ХС ЛПНП (r=0,57) и коэффициента атерогенности (r=0,34), взаимосвязи уровней САД и ДАД (r=0,42 и 0,36 соответственно), а также зависимости уровня САД и ДАД от концентрации ОХС (r=0,52 и 0,47 соответственно) и ХС ЛПНП (r=0,61 и 0,57 соответственно), более выраженные в группе слесарей-сборщиков.

Выявлена линейная взаимосвязь между повышением систолического (R2=0,95), диастолического (R2=0,91), пульсового (R2=0,95) АД, индекса функциональных изменений (R2=0,92) с уровнями ХЛНП. Отмечено преобладание IIa и IIb фенотипов гиперлипидемий в обеих группах обследованных, наиболее выраженное в группе слесарей-сборщиков (49,2 и 29,0 %) по сравнению с группой электрогазосварщиков (47,4 и 17,1 % соответственно).

Применение в комплексе профилактических мероприятий патогенетически обоснованных гиполипидемических медикаментозных (статины, Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты) и немедикаментозных (плазмаферез и диетотерапия) лечебно-профилактических методов способствует достоверной нормализации САД (t=2,6-5,3), снижению частоты нарушений ритма и ишемических изменений миокарда при ЭКГ-исследовании (t=2,6-3,8), нормализации показателей липидного профиля (t=2,5-13,7), снижения частоты выявляемости атерогенных (IIa и IIb) и появления умеренно (IV) и неатерогенных (I) фенотипов гиперлипидемий. Проведенный методом регрессионного анализа расчет динамики уровней САД и ИФИ при изменении концентрации ХС ЛПНП в плазме крови позволяет прогнозировать снижение показателей САД на 5,1 мм рт. ст. (R2=0,95) и ИФИ — на 0,1 балла (R2=0,92) при снижении уровня ХС ЛПНП на 0,5 ммоль/л.

0219 ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Денисова Е.А.[1], Соловьева О.А.[2]

ФГУН "Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф.Эрисмана Роспотребнадзора[1], Москва, Россия; кафедра терапии и профессиональных болезней (зав. — акад. РАМН проф. Н.А. Мухин) ММА им. И.М. Сеченова[2], Москва, Россия

Эластические свойства и жесткость артерий являются важными показателями, определяющими как повышение САД, так и ДАД, и, в целом, отражают изменения структуры и функции артерий, нагрузку на них. Поэтому оценка эластических свойств и жесткости артерий как факторов риска кардиоваскулярных нарушений имеет существенное значение. К одним из показателей является дисфункция эндотелия (ДЭ). ДЭ, как универсальный дефект, по современным представлениям лежит в основе развития сердечно — сосудистых заболеваний, в том числе — артериальной гипертонии (АГ). Одним из способов ее оценки является определение дилатации периферических артерий в ответ на кратковременную ишемию. Современные методы изучения эндотелиальной дисфункции направлены на выявление степени увеличения диаметра сосуда.

Цель работы — изучить изменения эластических свойств артерии в условиях, провоцирующих эндотелийзависимую вазодилатацию.

Материалы и результаты исследования: Нами определялись передаточные свойства брахиальной артерии у больных с АГ и их изменение в ходе ишемической пробы. Осцилляции в компрессионной манжете регистрировались в режиме непрерывно возрастающей компрессии. Параметры фиксировались в полуавтоматическом режиме с последующей компьютерной обработкой на оригинальном приборном комплексе. Коэффициент эластичности брахиальной артерии (K1) определяли как прирост амплитуды осцилляций к приросту давления в манжете. Также определяли максимальную амплитуду осцилляции (Amax) и показатель K2 — отношение амплитуды осцилляций к величине средне-динамического давления. Данные показатели, а также систолическое, диастолическое и среднее АД определялись исходно, через одну и пять минут после полной пятиминутной окклюзирующей компрессии одноименной брахиальной артерии. Обследовано 39 мужчин с АГ 2 ст. (средний возраст 44,3±9,6 лет; от 25 лет до 61 года), группу контроля составили 13 здоровых сопоставимых по возрасту мужчин. В ходе пробы произошло достоверное снижение среднего АД только в группе ГБ со 107,02±2,44 до 98,05±1,87 мм рт.ст. (p<0,02). В данных группах на первой минуте после декомпрессии артерии выявлено достоверное увеличение K2 и Amax с тенденцией к более выраженному увеличению в группе здоровых. Прирост же K1 был достоверным только в группе здоро-

вых, его величина составила 38 % — с 14,56±1,87 до 20,31±2,63 ед. ($p< 0.05$).

Таким образом, увеличение K2 и Amax, очевидно, связано с поток-зависимой дилатацией мелких артерий вследствие ишемии, а K1 отражает податливость брахиальной артерии при эндотелийзависимой релаксации ее стенки. Отсутствие изменения этого параметра свидетельствует об эндотелиальной дисфункции у больных с ГБ и А.

0220 ИЗМЕНЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Денисов Е.Н., Русанова Н.Р.
ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия

Цель: исследование роли эндотелина и оксида азота в эндотелийзависимых механизмах регуляции тонуса сосудов у больных артериальной гипертензией (АГ) I-II стадии.

Материалы и методы. Обследовано 94 больных с АГ. В исследование не включали лиц с сахарным диабетом, заболеваниями крови, почечной и печеночной недостаточностью. Исследование вазорегулирующей функции эндотелия проводили по методу D.S.Celermajer et al., 1992г с использованием ультразвука высокого разрешения. Измерение диаметра плечевой артерии осуществляли с помощью линейного датчика 7 МГц на ультразвуковой системе "Acuson 128XP" (США). Методом измерения "спектра мутности" (Хайруллина А.Б., 1983; Heller W. et al.,1962) исследовались параметры циркулирующих в крови эритроцитов. При этом регистрировались концентрация эритроцитов в крови, средний диаметр и объем, содержание сухих веществ и воды в эритроцитах, концентрация гемоглобина в крови. У обследуемых определяли уровень экспрессии эндотелиальной NO-синтазы (eNOS) с помощью Western-блотта. Метаболиты оксида азота (NO_2 и NO_3) определяли в сыворотке крови колориметрическим методом с реагентом Грисса. Эндотелин-1 определяли в плазме крови иммуноферментным методом ("Biomedica", Австрия). Контрольную группу составили 28 практически здоровых лиц мужского пола в возрасте от 20 до 54 лет. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы " Биостатистика 4.03. для Windows".

Результаты. Исследование эндотелийзависимых механизмов регуляции тонуса сосудов у больных АГ I-II стадии показало наличие в них изменений, связанных с нарушением баланса влияния эндотелина и оксида азота на гладкомышечные клетки сосудистой стенки. Это подтверждается тем, что ответные реакции тех же сосудов у больных АГ I-II стадии на действие нитроглицерина были вазодилятаторными и достоверно не отличались от реакций сосудов у лиц контрольной группы.

В то же время, у больных АГ I-II стадии механизмы нарушения вазомоторной активности эндотелия сосудистой стенки, остаются недостаточно изученными. Одним из механизмов нарушения эндотелийзависимой регуляции тонуса сосудов у больных при АГ является изменение параметров циркулирующих в крови эритроцитов, влияющее на продукцию оксида азота и эндотелина эндотелием сосудистой стенки. Развивающаяся в результате действия этого и иных механизмов дисфункция эндотелия сосудистой стенки у больных с АГ приводит к функциональному, а затем и структурному ремоделированию сосудов и требует соответствующей коррекции.

Таким образом, состояние эндотелийзависимых механизмов регуляции тонуса сосудов, несомненно, играет ключевую роль в развитии артериальной гипертензии.

0221 КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Деревнина Е.С., Акимова Н.С., Персашвили Д.Г., Шварц Ю.Г.
"ГОУ ВПО САРАТОВСКИЙ ГМУ Росздрава", Саратов, Россия

Цель исследования: изучение наличия и особенностей когнитивных расстройств у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования: В исследование было включено 46 пациентов (25 мужчин, 21 женщин), средний возраст 63,0±13,5 лет, имеющих фибрилляцию предсердий, с клиническими признаками ХСН II-IV функционального класса (ФК) по NYHA, без перенесенного инсульта или транзиторной ишемической атаки в анамнезе. Когнитивные функции исследовались с помощью психологических субтестов Д. Векслера № 5 и № 7, субъективной оценки памяти, внимания и состояния здоровья по визуально-аналоговым шкалам, корректурной пробы Бурдона. Проводились клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Все пациенты получали подобранную в соответствии с современными рекомендациями терапию.

Полученные результаты. У обследованных отмечалось снижение когнитивных функций при увеличении ФК по NIHA. В большей степени эти нарушения затрагивали нейродинамические показатели когнитивных функций (способность концентрации внимания и скорость психомоторных процессов) ($p=0,02$), однако не зависели от формы мерцания предсердий. Установлена корреляционная связь между выраженностью нарушения внимания и скоростью оседания эритроцитов ($r=0,73$ $p<0,05$), а также между снижением памяти и конечно-систолическим размером полости левого предсердия ($r=0,74$ $p<0,05$), как и дисперсией интервала QT ($r=0,83$ $p<0,05$). Полученные результаты демонстрируют взаимосвязь когнитивных расстройств, как с кардиальными, так и с экстракардиальными факторами при наличии ХСН и ФП.

Выводы. У большинства пациентов с ХСН и фибрилляцией предсердий возникли трудности при выполнении нейропсихологических тестов, причем более низкие результаты показана группа пациентов с III-IV ФК ХСН, однако эти показатели существенно не зависят от формы мерцания предсердий. Очевидно, когнитивные расстройства зависят не только от степени сердечной недостаточности, но и системных нарушений характерных для ХСН и ФП.

0222 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КРУПНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

Деревянных Е.В., Поликарпов Л.С., Петрова М.М., Яскевич Р.А.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска артериальной гипертонии (АГ) среди медицинских работников крупной клинической больницы города Красноярска.

Объект и методы исследования: Обследовано 1230 медицинских работников мужчин и женщин, в возрасте 19 лет и старше, средний возраст составил 38,47±0,38 лет. Проводился клинический осмотр, опрос по стандартным анкетам с выявлением факторов риска, измерение артериального давления (АД), запись и расшифровка электрокардиограммы (ЭКГ). Была изучена распространенность следующих факторов риска: отягощенной наследственности, возраста, курения, избыточной массы тела, употребления алкоголя, пола, гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), гиперхолестеринемии, сахарного диабета, гиподинамии.

Результаты исследования. Среди всех обследуемых мужчин и женщин не имеют факторов риска — 20,2 % обследуемых, один фактор риска у 36,5 %, два фактора риска у 29,0 %, три фактора риска у 11,1 %, четыре фактора риску у 2,7 %, пять факторов риска у 1,1 %, шесть у 0,2 % т. е. обследуемые в наибольшем проценте случаев имеют от 1 до 3 факторов риска АГ.

У обследуемых страдающих АГ количество факторов риска значительно выше, чем у лиц без АГ. Среди медицинских работников имеющих 3 фактора риска АГ выявлена в 58,1 % случаев, 4 фактора риска 84,8 %, а при наличии 5 и 6 факторов риска АГ наблюдалась в 100 % случаев. В связи с этим у всех обследуемых медицинских работников необходимо выделять устранимые факторы риска, с целью возможного проведения их коррекции для предупреждения возникновения АГ и профилактики ее осложнений.

Среди мужчин частота встречаемости факторов риска была выше в сравнении с женщинами. Статистически значимые отличия получены по таким факторам риска как возраст, наследственная отягощенность, курение, употребление алкоголя. Анализируя обследуемых без АГ, можно выделить группы первичной профилактики и уменьшить влияние устранимых факторов риска на развитие АГ. У медицинских работников в группе высокого нормального давления незначимый и низкий риск составил 17,4 % и 65,3 % соответственно, а высокий и очень высокий 16,5 % и 0,8 %. Это говорит о том, что даже в этой группе имеется достаточно большое количество факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. В дальнейшем эту группу можно брать для диспансерного наблюдения в плане профилактики развития АГ и сердечно-сосудистых осложнений. В группах, обследуемых с АГ различной степени, закономерно растут показатели высокого и очень высокого риска.

Выводы. Среди медицинских работников выявлена высокая распространенность устранимых факторов риска артериальной гипертонии.

У мужчин распространенность факторов риска была выше в сравнении с женщинами.

0223 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ФОНЕ 12-НЕДЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И КОРДАФЛЕКСОМ РД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель: оценить динамику показателей суточного мониторирования артериального давления и функции почек на фоне 12-недельной терапии эналаприлом и кордафлексом РД у больных артериальной гипертензией и вторичным хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы: в исследование включено 60 больных с артериальной гипертензией I и II степени тяжести по классификации ВНОК (2008) и вторичным хроническим пиелонефритом вне обострения в возрасте от 45 до 65 лет. Средний возраст 53,7±1,2 года. Все пациенты страдали мочекаменной болезнью и имели оперативные вмешательства на верхних мочевых путях в анамнезе. Проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) аппаратом АВРМ-04, "Meditech", Венгрия, определение относительной плотности мочи в утренней порции, экскреции альбумина с мочой (микроальбуминурию — МАУ) по соотношению альбумин/креатинин в утренней порции мочи, креатинина крови (КК) с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Все пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию: эналаприл в средней суточной дозировке 14,9 мг и кордафлекс РД 40 мг/сутки.

Результаты: через 12 недель терапии анализ показателей СМАД выявил достоверное снижение систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) за сутки (Δ% 16,6, 16,9 соответственно). Установлено снижение дневного и ночного индекса времени систолического (ИВ САДдень, ночь) на 55,6 и 73,1 %, $p<0,05$ и диастолического АД (ИВ ДАДдень, ночь) на 54,0 и 60,9 %, $p<0,05$, пульсового АД (ПАД) на 16,4 %, $p<0,05$. Статистически значимо уменьшение вариабельности САД за сутки и днем (ВСАДсутки, день) на 13,5 и 14,4 % соответственно, а также величины утреннего подъема (ВУП САД) на 13,6 %, скорости утреннего подъема САД и ДАД (СУП САД и СУП ДАД) на 57,3 и 48,6 % соответственно. Достоверно вырос процент больных с нормальной величиной суточного индекса (СИ САД и СИ ДАД) — 70 vs 53,3 и 83,3 vs 53,3 % соответственно, снизилось число пациентов с недостаточным ночным снижением САД, ДАД и ночной гипертензией (23,3 vs 26,7, 6,7 vs 16,7; 0 vs 3,3, 0 vs 3,3 % соответственно, $p<0,05$). После 12-недельной терапии эналаприлом и кордафлексом РД отмечено достоверное снижение уровня МАУ на 67,4 %. Число больных с показателем относительной плотности мочи менее 1018 у.е. уменьшилось на 21,8 % ($p<0,05$). СКФ выросла на 4,7 % (86,8±2,0 vs 90,9±3,5 мл/мин/1,73 м^2). При этом достоверно уменьшилось количество больных со СКФ менее 90 мл/мин/1,73 м^2 (23,3 после лечения vs 43,3 % исходно).

Выводы: комбинированная терапия эналаприлом и кордафлексом РД благоприятно влияет на показатели СМАД у пациентов с артериальной гипертензией и вторичным хроническим пиелонефритом: достоверно улучшает суточный профиль АД, снижает показатели "нагрузки давлением", пульсового давления, уменьшает величину и скорость утреннего подъема АД, не увеличивает вариабельность АД. Сочетание эналаприла и кордафлекса РД оказывает нефропротективное действие: статистически значимо уменьшает уровень МАУ. При этом отмечается увеличение СКФ и нормализация состояния внутриклубочковой гемодинамики.

0224 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА, СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Деревянченко М.В.
Волгоградский Государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель: изучить особенности суточного профиля артериального давления, морфофункциональных параметров сердца, состояния почек и метаболизма у больных артериальной гипертензией (АГ) и вторичным хроническим пиелонефритом (ХП). Методика исследования: в исследование включено 110 пациентов с АГ I-II степени тяжести по классификации ВНОК 2008 г. в возрасте от 45 до 65 лет: 55 больных АГ и вторичным ХП, перенесших оперативное вмешательство на верхних мочевых путях (ВМП) составили 1-ую (основную) группу (средний возраст 54,5±1,2 года) и 55 больных эссенциальной АГ — 2-ую (контрольную) группу (средний возраст 55,2±1,2 года). Пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию, определение относительной плотности мочи в утренней порции, экскреции альбумина с мочой (микроальбуминурию — МАУ) по соотношению альбумин/креатинин в утренней порции мочи, креатинина крови (КК) с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Результаты: при анализе результатов СМАД выявлено, что индекс времени систолического АД (ИВ САДдень) и диастолического АД днем (ИВ ДАДдень) достоверно выше у больных АГ в сочетании с ХП, чем при эссенциальной АГ (69,0±3,1 vs 53,2±3,2 и 63,8±3,6 vs 51,1±3,8 % соответственно). Обнаружена обратная связь между ИВ ДАД ночь и относительной плотностью мочи в утренней порции ($r=-0,23$, $p<0,05$), ИВ ДАД ночь и СКФ ($r=-0,2$, $p<0,05$). При анализе распределения больных по суточному индексу САД (СИ

САД) выявлено, что количество пациентов с кривой non-dipper и night-peaker выше в основной группе, чем в контрольной (48,8 vs 25,4 % соответственно, p<0,05). Число пациентов с СИ ДАД<10 также достоверно выше среди больных АГ в сочетании с ХП (34,1 vs 18,2 % соответственно). В нашем исследовании частота встречаемости ГЛЖ среди больных АГ и ХП составила 71,2 % против 19 % пациентов эссенциальной АГ (p<0,05). Диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ достоверно чаще отмечалась у больных основной группы (60 vs 43,6 % соответственно). При этом у всех пациентов обеих групп была обнаружена I стадия ДД (замедленная релаксация). Частота встречаемости МАУ в основной группе составила 100 %, в то время как в контрольной — 77 % (p<0,05). Уровень мочевой кислоты в 1-ой группе был достоверно выше, чем во 2-ой (0,43±0,02 vs 0,28±0,02 ммоль/л). Частота встречаемости гиперурикемии в основной группе была выше и составила 43,6 % vs 12,7 % среди больных контрольной группы (p<0,05). Отмечены достоверно более высокие значения триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХ) и его фракций: ЛПНП, ЛПОНП крови, а также индекса атерогенности среди больных АГ и ХП по сравнению с больными эссенциальной АГ (1,6±0,09 vs 1,4±0,04, 5,7±0,1 vs 4,5±0,1 ммоль/л, 3,38±0,1 vs 2,75±0,1 ммоль/л соответственно).

Заключение: установленные нами взаимоотношения показателей суточного профиля АД, метаболизма, морфофункциональных параметров сердца и функционального состояния почек отражают параллельное ухудшение состояния органов-мишеней при АГ у больных вторичным ХП, перенесших оперативное вмешательство на ВМП.

0225 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА НА ЧАСТОТУ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Джалилова Д.А., Гайдукова Н.И., Хамитов Ф.Ф., Потешкина Н.Г.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра общей терапии ФУВ, ГКБ № 81, Москва, Россия

Известно, что частота кардиальных осложнений при оперативном вмешательстве у больных с атеросклеротической аневризмой брюшной аорты (АБА) составляет 15 — 34 % и зависит от влияния факторов риска и метода оперативного доступа к аорте.

Цель — оценить влияние факторов риска и используемый метод оперативного доступа к аорте на частоту кардиальных осложнений у больных с АБА.

Материал и методы: в исследование вошли 131 больной с достоверно установленным диагнозом АБА в возрасте от 50 до 84 лет (66,98±5,9 лет). Больные были рандомизированы на 2 группы: 1 группу вошли 62 больных, которым использовался традиционный хирургический доступ; во 2 группу вошли 69 больных — применялся метод минилапаротомии. Средний возраст больных в 1 группе составлял 65,53±5,64 лет. ИБС диагностирована у 47 (75,8 %) больных: стенокардия напряжения II фк — у 20 (32,3 %), III фк — у 11 (17,7 %); БИМ у 5 (8 %), ПИКС у 17 (27,4 %). НК 2 фк по NYHA у 29 больных (46,7 %), 3 фк — у 6 (9,6 %). Постоянная форма фибрилляции предсердий у 3 (4,8 %), у 21 (33,9 %) желудочковая экстрасистолия низких градаций. Артериальная гипертензия II стадии у 3 (4,8 %), III стадии у 47 (75,8 %). Дислипидемия II а — II б ст. выявлена у 32 (51,6 %) и 11 (17,7 %) больных соответственно. По данным Эхо-КГ гипертрофия левого желудочка диагностирована у 30 (48,4 %) больных, положительный результат стресс Эхо-КГ у 15 (24,2 %), отрицательный у 15 (24,2 %). Во 2 группе средний возраст больных составлял 68,28±6,1 лет. ИБС диагностирована у 54 (78,2 %) больных, из них стенокардия напряжения II фк у 32 (46,4 %), III фк у 8 (11,5 %), БИМ у 6 (8,7 %), ПИКС у 22 (31,9 %). НК 2 и 3 фк по NYHA отмечалась у 40 (58 %) и 1 (1,4 %) соответственно. В 2 случаях диагностирована ГКМП (2,9 %), постоянная форма фибрилляции предсердий у 5 (7,2 %), желудочковая экстрасистолия низких градаций у 14 (20,2 %). Артериальная гипертензия II стадии у 5 (7,2 %), III стадии у 56 (81,2 %). Дислипидемия II а ст. и II б ст. у 34 (49,3 %) и 15 (21,7 %) соответственно. По данным Эхо-КГ гипертрофия левого желудочка диагностирована у 34 (49,3 %) больных, положительный результат стресс Эхо-КГ у 20 (30 %), отрицательный у 15 (21,7).

В 1 группе в послеоперационном периоде наблюдались следующие кардиальные осложнения: у 3 (4,8 %) — острый инфаркт миокарда, у 2 из них осложнился острой сердечной недостаточностью. Пароксизмы фибрилляции предсердий зарегистрированы у 4 (6,5 %) — успешно купированные, частая желудочковая экстрасистолия в 9 (14,5 %) случаях. Острая сердечная недостаточность — 6 (9,7 %).

Во 2 группе: у 3 (4,3 %) пациентов развился инфаркт миокарда, в первом случае осложненный острой сердечной недостаточностью, во втором — преходящей AV блокадой II степени. Пароксизмы фибрилляции предсердий развились у 5 (7,3 %), успешно купированные, частая желудочковая экстрасистолия у 3 (4,3 %), пароксизмы наджелудочковой тахикардии у 2 (2,9 %). Острая сердечная недостаточность — 4 (5,8 %).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов, прооперированных традиционным методом наблюдалась более высокая частота кардиальных осложнений по сравнению с пациентами, которым использовался мини-доступ: (32,3 %), (p<0,05) и (21,7 %), (p<0,05) соответственно. Кардиальные осложнения преимущественно отмечались у больных с ИБС в сочетании с артериальной гипертензией (p<0,05), гипертрофией левого желудочка (p<0,05), и положительным результатом стресс Эхо-КГ (p<0,05) в обеих группах. Выявление преходящей ишемии миокарда по данным стресс-Эхо-КГ и оценка ее выраженности позволит прогнозировать риск кардиальных осложнений и оптимизировать терапию в пред- и послеоперационном периоде.

0226 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Джалилова Р.А., Тирулов М.Т., Джалилова Ф.А., Сефербеков Г.А.
ДГМА, кафедра госпитальной терапии № 2, Махачкала, Россия

Артериальная гипертония (АГ) одно из самых распространенных заболеваний в современной кардиологии и главный фактор риска ишемической болезни сердца (ИБС). Длительное течение АГ поражает многие органы-мишени и приводит к осложнениям, главными из которых являются инфаркт миокарда и инсульт. Это обусловливает своевременное и адекватное лечение этого заболевания, особенно у лиц пожилого возраста, поскольку эта категория больных относится к группе повышенного риска. Однако, целый ряд сопутствующих заболеваний требует учета особенностей и побочных эффектов гипотензивных препаратов.

Цель работы: анализ и оценка целесообразности применения того или иного средства в комплексной терапии АГ у лиц пожилого возраста с различными сопутствующими заболеваниями.

Материалы и методы: в исследование вошли 148 больных в возрасте от 55 до 84 лет, (средний возраст 72,4±3,2 года) страдающих артериальной гипертензией. Мужчин было 89 (60,2 %) человек, женщин — 59 (39,8 %). Всем больным проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее ЭКГ и ЭхоКГ, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), контроль АД, биохимических показателей крови, ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сосудов головного мозга. Артериальная гипертония II стадия у 36 (24,3 %) больных, III стадия — у 112 (75,7 %). Среди сопутствующей патологии основное место занимали ИБС —

112 (75,7 %) больных, сахарный диабет — 61 (41,2 %), болезни респираторной системы — 103 (69,6 %) и опорно-двигательного аппарата 46 (31,1 %). Пациентам под контролем артериального давления и биохимических показателей крови проводилось лечение артериальной гипертензии.

Особенности действия лекарственных препаратов создают определенные трудности в лечении больных пожилого возраста. Следует учитывать нарушение метаболических процессов в печени, снижение фильтрационной способности почек, нарушение всасывательной способности желудочно-кишечного тракта из-за структурных изменений слизистой оболочки и другие факторы, сочетание коронарной патологии с цереброваскулярными нарушениями, что сопровождается нарушением когнитивных функций мозга. С возрастом снижается способность сосудистого эндотелия продуцировать эндотелий — зависимый расслабляющий фактор, снижается эластичность артерий, что ослабляет барорецепторную функцию. Существенно меняется регуляция гормонов, таких как ренин, альдостерон, ангиотензин, вазопрессин, играющих существенную роль в патогенезе АГ. У больных ИБС снижается сердечный индекс, повышается общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

Выводы. Наиболее рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов в пожилом возрасте являются дигидропиридиновые антагонисты кальция и ингибиторы АПФ. При ИБС в сочетании с застойной сердечной недостаточностью противопоказаны короткодействующие дигидропиридины. Однако выходом из положения является использование антагонистов 3 поколения, увеличивающие толерантность к физической нагрузке, и обладающие антиангинальным действием. Комбинированное лечение наряду со стабилизацией АД улучшало когнитивный статус и показатели УЗДГ сосудов головного мозга.

0227 МИЛДРОНАТ ПОДТВЕРЖДАЕТ РЕПУТАЦИЮ КАРДИОПРОТЕКТОРА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Дзерве В.Я.
Научный институт кардиологии Латвийского Университета, Рига, Латвия; Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва

Целью работы была оценка эффективности и безопасности терапии Милдронатом (М) в дозе 1000 мг/сут в сочетании со стандартной терапией при лечении пациентов со стабильной стенокардией.

Методика. Проводилось проспективное рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое клинического исследование III фазы (абревиатура — МИЛСС II). Исследование проводилось в 37 исследовательских центрах 4 стран — Латвии, Литвы, России и Украины. Толерантность к ФН оценивали методом велоэргометрии (ВЭМ). Для определения динамики симптомов стенокардии использовался Seattle angina questionnaire (SAQ). Пациенты на протяжении 12 мес принимали М в дозе 500 мг 2 р/сут (137 пациентов) или плацебо (П) (141 пациент). О безопасности терапии судили по динамике зарегистрированных нежелательных явлений (НЯ) и лабораторных показателей.

Результаты. Первичный критерий эффективности: прирост продолжительности выполнения ФН после 12 месяцев лечения составил 55,05±88,01 секунды в группе М (увеличение на 10 %), и 0,79±68,21 секунды в группе П ($p<0,001$). Разница продолжительности выполнения ФН в конце лечения составила 13 % ($p=0,009$) Вторичные критерии эффективности:

Динамика максимально достигнутой нагрузки в течение 12 мес терапии в группе М составило 7,78±13,90 Вт, в группе П — 0,10±12,40 Вт ($p<0,001$) и разница между группами составила 8,3 %.12-месячная терапия М увеличила продолжительность выполнения ФН до появления депрессии сегмента ST на 1 мм на 13,6 % по сравнению с исходными показателями, а разница в показателях между группами М и П составила 13,9 % в пользу группы М

Терапия М в течение 12 мес позволяет увеличить продолжительность выполнения ФН до появления приступов стенокардии на 6,5 % по сравнению с исходными показателями, а разница в показателях на 12-м месяце между группами М и П составила 10,6 % в пользу пациентов группы М ($p=0,044$).

Безопасность и переносимости терапии.

Статистически значимых различий между группами не выявлено. Большинство НЯ были легкой (607 случаев) или средней (133 случая) степени тяжести. Наиболее частые НЯ: головная боль (27 случаев: 12 в группе Милдроната, 15 — в группе плацебо), дислипидемия (21: 7/14), инфекции дыхательных путей (14:8/6), суправентрикулярная экстрасистолия (13:5/8), желудочковая экстрасистолия (12: 6/6), повышение артериального давления (12: 5/7), боль в верхней части живота (10: 4/6), повышение уровня С-реактивного протеина (10: 5/5).

Выводы. Результаты MILSS II продемонстрировали, что стандартная терапия в сочетании с М повышает толерантность пациентов к ФН, увеличивает уровень максимальной достигнутой ФН, продолжительность выполнения ФН до возникновения приступа стенокардии и депрессии сегмента ST, а также улучшает качество жизни больных с ИБС. Даже при длительном приеме (12 мес) М обладает высоким профилем безопасности.

0228 ПРИОРИТЕТЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС В ИНГУШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Дидигова Р.Т.[1], Угурчиева З.О.[1], Инарокова А.М.[2], Мамедов М.Н.[3]
Ингушский государственный университет[1], Назрань, Россия; Кабардино-Балкарский государственный университет[2], Нальчик, Россия; Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины[3], Москва, Россия

Цель исследования. Выявление основных факторов риска среди мужчин и женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС) для определения приоритетов вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Ингушской Республике.

Материалы и методы. В исследование включены 300 мужчин в среднем возрасте 54±0,4 лет и 230 женщин в среднем возрасте 55,7±0,5 лет из центральных медицинских учреждений 3 районов Ингушской Республики.

Все пациенты были опрошены по стандартному вопроснику для оценки социально-демографических показателей, поведенческих факторов риска и учета принимаемых лекарственных препаратов. Артериальное давление (АД) измеряли дважды в положении сидя с 5 минутным интервалом. Для оценки абдоминального ожирения (>102 см для мужчин и >88 см для женщин) измеряли окружность талия в см. Уровень хронического стресса определяли с помощью опросника Reeder. Наряду с этим всем пациентам измеряли уровни общего ХС (ммоль/л) и глюкозы (ммоль/л) в крови.

Результаты. Большинство мужчин и женщин страдали стенокардией напряжения ФК II ст (69 % в каждой группе), тогда как ФК III ст было диагностировано у 14 % мужчин и 8 % женщин, у остальных пациентов выявлен ФК I ст стенокардии напряжения.

Наиболее часто встречаемым фактором риска ССЗ является гиперхолестеринемия (95 % среди мужчин и 81 % у женщин). АГ с ИБС страдали 77,3 % мужчин и 65 % женщин. Каждая вторая женщина имела абдоминальное ожирение, тогда как среди мужчин этот показатель составлял 25 %. Сахарный диабет 2 типа был установлен у 24 % мужчин и у 13 % женщин, при этом 15 % пациентов с ИБС имели высокую гликемию натощак. Более, чем 50 % пациентов с ИБС были подвержены среднему стрессу, тогда как высокий стресс был выявлен у 23 % мужчин и 15 % женщин с ИБС. Каждый четвертый мужчина курит и 12 % злоупотребляли алкоголем. По данным опроса ни одна женщина не имела вредных привычек.

Заключение. Таким образом, основными приоритетами вторичной профилактики ИБС в Ингушской Республики при проведении профилактических мероприятий является адекватная коррекция гиперхолестеринемии и артериальной гипертонии. Каждому второму пациенту необходимо осуществить проведение коррекции таких метаболических факторов риска, как абдоминальное ожирение и нарушения углеводного обмена. Около 25 % пациентов с ИБС нуждаются в профессиональной помощи в борьбе с хроническим стрессом.

0229 ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В ИНГУШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Дидигова Р.Т.[1], Угурчиева З.О.[1], Инарокова А.М.[2], Мамедов М.Н.[3]
Ингушский государственный университет[1], Назрань, Россия; Кабардино-Балкарский государственный университет[2], Нальчик, Россия; Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины[3], Москва, Россия

Цель исследования. Анализ адекватности коррекции артериальной гипертонии (АГ), гиперхолестеринемии и сахарного диабета 2 типа среди мужчин и женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС) в Ингушской Республике.

Материалы и методы. В исследование включены 300 мужчин в среднем возрасте 54±0,4 лет и 230 женщин в среднем возрасте 55,7±0,5 лет из центральных медицинских учреждений 3 районов Ингушской Республики.

Все пациенты были опрошены по стандартному вопроснику для оценки социально-демографических показателей, поведенческих факторов риска и учета принимаемых лекарственных препаратов. Артериальное давление (АД) измеряли дважды в положении сидя с 5 минутным интервалом. Всем пациентам измеряли уровни общего ХС (ммоль/л) и глюкозы (ммоль/л) в крови.

Адекватность коррекции АГ, гиперхолестеринемии и сахарного диабета 2 типа оценивалась как достижение целевых уровней АД, уровня общего ХС и глюкозы натощак на фоне соответствующей терапии.

Результаты. Среди лиц с ИБС гиперхолестеринемия являлась наиболее часто встречаемым фактором риска: 95 % среди мужчин и 81 % у женщин. Липиднижающую терапию (в основном, симвастатин) получали 11,3 % мужчин и 21 % женщин. Целевые уровни общего ХС были достигнуты у 1 % мужчин и 2 % женщин. АГ страдали 77,3 % мужчин и 65 % женщин с ИБС. Среди мужчин с ИБС и АГ 93 % принимали антигипертензивную терапию, из них 18 % получали монотерапию, 49 % два препарата и 26 % принимали три препарата. У 43 % мужчин АД находилось в пределах рекомендуемого уровня. Среди женщин 28 % принимали монотерапию, 60 % два препарата и только 7 % три антигипертензивных препарата. Целевые уровни АД были достигнуты у 49 % женщин с ИБС и АГ. Сахарный диабет 2 типа был установлен у 17 % мужчин и у 13 % женщин. Среди мужчин с ИБС и сахарным диабетом 2 типа в 41 % случаев сахар в крови натощак находился в пределах целевого уровня, тогда как среди женщин этот показатель был в два раза меньше — 21 %.

Заключение. Таким образом, среди пациентов с ИБС целевые уровни АГ достигаются у каждого второго пациента, целевые уровни гликемии в среднем в 30 % случаев, тогда как уровень общего ХС снижается до рекомендуемых цифр менее, чем у 2 % пациентов.

0230 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Динер В.Э., Устинова О.Ю., Возгомент О.В.
ФГУН “ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения” Роспотребнадзора, Пермь, Россия

С целью изучения влияния неблагоприятной экологической обстановки среды обитания на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у 187 практически здоровых детей в возрасте 12-14 лет проведена оценка эхокардиографических показателей.

Основную группу составили 98 детей с контаминацией биосред токсикантами промышленного происхождения (свинец, медь, никель, хром) в 1,2-1,7 раза превышающей референсный уровень. Группу контроля составили 89 детей с присутствием в биосредах аналогичных токсикантов в концентрациях ниже референсных. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и антропометрическим данным исследуемых детей.

Эхогардиографическое исследование проводилось на ультразвуковом сканере Toshıba Aplıo XG модель SSA-790A микроконвексными датчиками 5-10 мГц по стандартной методике.

В ходе исследования оценивались параметры: конечный диастолический размер — максимальный диаметр полости ЛЖ в диастолу (КДР), конечный систолический размер — диаметр полости ЛЖ в систолу (КСР), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), ударный объем (УО), минутный объем (МО), фракция выброса (ФВ), фракция укорочения волокон миокарда (ФУ). КДО и КСО рассчитывались по формуле L.Teıchholz: V=7,0 / (2,4 + D) x D3, где V — объём ЛЖ (мл или см3), D — переднезадний размер ЛЖ в систолу или диастолу.

При сопоставлении полученных значений КДР, КСР, УО, МО у детей основной группы и группы сравнения статистически значимых различий не установлено. В тоже время, у детей основной группы такие показатели, как фракция выброса и фракция укорочения имели достоверно большее значение, чем в группе сравнения ФВ 67,8 ±1,8 % и 65,2±1,2 % p=0,03, ФУ 37,6±1,3 % и 35,3±1,3 % p=0,01, соответственно.

Таким образом, у детей с контаминацией биосред токсикантами промышленного происхождения (свинец, медь, никель, хром) в 1.2-1.7 раза превышающей референсный уровень показатели систолической функции ЛЖ (ФВ и ФУ) имели достоверно большее значение, чем у детей с присутствием в биосредах аналогичных токсикантов в концентрациях ниже референсных, что свидетельствует о начальных признаках дилатации левого желудочка и развития гиперкинетического типа кровообращения.

0231 ВРЕМЕННАЯ ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Довгалевский Я.П., Дурнова Н.Ю., Бурлака А.Н.
ФГУ СарНИИК Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Целью работы явилось проведение сравнительного анализа состояния реполяризации миокарда у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на госпитальном и постгоспитальном этапах в зависимости от эффективности проведенной тромболитической терапии.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 49 больных (средний возраст 57,4±6,9 лет) острым инфарктом миокарда (ОИМ), которым проводилась тромболитическая терапия. По результатам ЭКГ контроля больные были разделены на две группы — с эффективным тромболизисом (ТЛТ+) (33 чел.) и без ЭКГ-признаков реперфузии (ТЛТ-) (16 чел.). Всем больным на 1, 7, 14 сутки заболевания, а также через 4 месяца, проводилась регистрация ЭКГ во II стандартном отведении в течение 5-ти минут с последующей автоматической обработкой цифрового сигнала. Анализировались показатели: средний, минимальный, максимальный, корригированный интервал QT, дисперсия интервала QT, интервалы RR и их вариационный размах, мода и амплитуды моды интервалов RR.

Результаты. У больных ОИМ с эффективной и неэффективной тромболитической терапией длительность и дисперсия интервала QT и его производных были схожими. Статистически значимые отличия были получены только для показателей вариационной пульсометрии, что

сделало необходимым расчет величины дисперсии интервала QT нормированной по степени синусной аритмии (DQTec/VRV). Указанный показатель в 1 сутки составил 4,12±1,97 и 3,48±1,4 у.е. в группах ТЛТ- и ТЛТ+, соответственно. Выявленная тенденция к увеличению временной дисперсии QT у больных с недостаточной эффективностью тромболизиса сохранялась на всех временных отрезках исследования, даже через 4 месяца после выписки из стационара. Однако, только на 7 сутки заболевания это различие носило достоверный характер: 6,6±3,7 и 4,2±2,5 у.е. в группах ТЛТ- и ТЛТ+, соответственно (p=0,01).

Выводы. При оценке временных показателей реполяризации миокарда требуется их коррекция по степени синусной аритмии. Временная дисперсия интервала QT, нормированная по степени синусной аритмии у больных с неэффективной тромболитической терапией является повышенной как на госпитальном этапе, так и через 4 месяца после выписки из стационара. Оценка временной дисперсии интервала QT у больных ОИМ может быть использована в качестве показателя степени тяжести заболевания.

0232 ОЦЕНКА ФАТАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПОСЕЛКА АЭРОПОРТ

Докшин М.С., Яшина Л.М.
МУЗ ГКБ № 6, ЧелГМА Росздрава, Челябинск, Россия

Цель исследования. Оценить распространенность факторов кардиоваскулярного риска (ФКВР) и риска развития фатальных сердечно — сосудистых осложнений у населения, проживающего в п. Аэропорт.

Материалы и методы. Проведено сплошное эпидемиологическое обследование 2037 жителей поселка Аэропорт в возрасте 18 65 лет (мужчин — 45 %, женщин — 55 %), что составило 91 % от числа жителей, подлежащих обследованию. Средний возраст (M±m) — 45,5±3,4 лет. В качестве контроля методом случайных чисел была сформирована популяция сравнения из 537 человек в возрасте 18-65 лет (мужчин — 48 %, женщин — 52 %), проживающих в том же районе, но, в отличие от основной популяции, в отдалении на ≥14 км от взлетно-посадочной полосы аэропорта. Средний возраст — 42,4±3,7 лет. Изучена распространенность курения, средние уровни систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД) и уровня общего холестерина (ОХС). Исследование ФКВР проводили, согласно рекомендациям ВОЗ. Оценку по SCORE проводили у лиц с 40 до 65 лет, согласно Европейским рекомендациям для лиц с высоким коронарным риском.

Результаты исследования. У мужчин п. Аэропорт средний уровень САД был достоверно выше, чем в популяции сравнения (136,8±0,8 и 128,8±1,8, p<0,01). Средний уровень ОХС и распространенность курения достоверно не различались. Средний уровень фатального риска по SCORE в популяции п. Аэропорт и популяции сравнения в возрастной группе 40-49 лет составил 1,1±0,5 % и 0,7±0,8 % (p > 0,05), в возрастной группе 50-59 лет — 7,9±0,8 % и 3,1±1,0 % (p <0,01), в возрастной группе 60-65 лет — 12,7±1,1 % и 7,3±1,3 % (p<0,01).

У женщин п. Аэропорт средний уровень САД был достоверно выше, чем в популяции сравнения (139,6±0,6 и 129,4±1,1, p<0,01). Средний уровень ОХС и распространенность курения достоверно не различались. У женщин п. Аэропорт и популяции сравнения средний уровень риска по SCORE в возрастной группе 40-49 лет составили 0,7±0,3 % и 0,3±0,6 % (p>0,05), в возрастной группе 50-59 лет — 3,9±0,7 % и 1,0±0,9 % (p<0,01), в возрастной группе 60-65 лет — 5,7±1,2 % и 2,1±1,4 % (p>0,05).

Выводы. 1.В популяции мужчин и женщин п. Аэропорт средний уровень САД был достоверно выше, чем в популяции сравнения.

2. У мужчин п. Аэропорт старше 50 лет риск фатальных сердечно — сосудистых осложнений был достоверно более высоким в сравнении с мужчинами популяции сравнения.

3. У женщин 50 -59 лет п. Аэропорт риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений достоверно более высокий в отличие от популяции сравнения.

0233 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Донов А.В, Петрова М.М., Гарганеева Н.П.
КГБУЗ “Краевая клиническая больница”, Красноярск, Россия; ГОУ ВПО “Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития”, Красноярск, Россия; ГОУ ВПО “Сибирский государственный медицинский университет Росздрава”, Томск, Россия

Цель исследования: изучить динамику качества жизни и психологического состояния больных прогрессирующей стенокардией на фоне применения методов психологической реабилитации пациентов на этапе стационарного лечения.

Материал и методы. На базе кардиологического отделения и регионального сосудистого центра г. Красноярска обследовано 107 больных с прогрессирующей стенокардией, все мужчины (средний возраст 59,2±3,04 года). Продолжительность коронарного стажа 4,00±1,11 года. Психологическое состояние пациентов изучалось с помощью методики СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности), опросника “Шкала Враждебности”, опросника качества жизни (Гладков А.Г.и соавт., 1982). Курс психотерапии включал альфа/тета медитацию (“электронные очки”), преимущественно на тетаволнах и методику “Биологической обратной связи” (БОС) с помощью прибора, разработанного в научно-медицинском центре “Радикс” (Москва).

Результаты. Анализ индивидуальных профилей СМОЛ позволил выявить признаки социально-психологической дезадаптации (СПД) у 27 больных ИБС. 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. Кроме того, учитывалось повышение показателя “общей враждебности”, составившее в среднем 49,2±5,6 баллов, а также снижение показателей качества жизни (КЖ), в первую очередь, связанных с “необходимостью лечиться”, “ограничениями в повседневной жизни” и “физической активности”. Суммарные показатели КЖ были умеренно снижены у 23,2 % пациентов, значительно снижены у 29 %, снижены в легкой степени у 16 % больных прогрессирующей стенокардией. Контрольную группу составили больные, не прошедшие курс психологической реабилитации. В основной группе к окончанию курса психотерапии отмечено достоверное снижение ряда показателей усредненного профиля СМОЛ по шкале 1 (с 58,42±2,28 до 52,61±1,7; p<0,01), шкале 2 (с 53,85±2,31 до 48,70±2,05; p<0,05), шкале 3 (с 54,23±2,1 до 49,65±1,93; p<0,01), шкале 7 (с 49,38±1,86 до 47,48±1,8; p<0,05) и повышение по шкале 9 (с 47,25±1,33 до 48,15±1,35). Суммарные показатели по шкалам “враждебности” также уменьшились по сравнению с исходным уровнем (с 49,2±5,6 баллов до 42,64±3,92 p<0,05). Методика психологической реабилитации была включена в комплексную программу лечения, профилактики и реабилитации больных ИБС с прогрессирующей стенокардией на фоне используемой схемы медикаментозной терапии.

Выводы. Показана целесообразность раннего выявления признаков СПД у больных ИБС с помощью методов психологической диагностики, что позволит оптимизировать дальнейшую тактику наблюдения и повысить приверженность медикаментозного лечения пациентов с прогрессирующей стенокардией.

0234 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ГИПОТЕЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Дроботя Н.В., Гусейнова Э.Ш., Долтмурзиева Н.С., Калтыкова В.В., Дроботя А.А.
ГОУ ВПО "Рост ГМУ Росздрава", Ростов-на-Дону, Россия

В настоящее время сосудистая стенка рассматривается как одна из наиболее типичных "мишеней" гипертензивного процесса. Имеющиеся в современной литературе данные свидетельствуют о том, что изменение параметров жесткости сосудистой стенки нередко предшествует клинической манифестации артериальной гипертензии (АГ). С другой стороны, именно ремоделирование сосудистой стенки является основной причиной наиболее частых и жизнеугрожающих осложнений АГ — инсульта и инфаркта миокарда.

Учитывая вышеизложенное, цель настоящего исследования состояла в динамической оценке состояния сосудистой стенки по параметрам ее жесткости у больных АГ на фоне антигипертензивной терапии.

Материал и методы исследования. В исследование включено 36 больных гипертонической болезнью II стадии, степень АГ 2, относящихся к группе высокого риска, мужского и женского пола, средний возраст которых составлял 58±6,7 лет. Для оценки жесткости сосудистой артериальной стенки использовали прибор "Система массового обследования сосудов VaSera VS-1000" (Fucuda Denshı, Япония). Жесткость сосудистой стенки оценивали по следующим параметрам: сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (аналог скорости пульсовой волны), характеризующий истинную жесткость артерий, не зависящую от уровня АД и отраженной волны в сосуде (CAVI); лодыжечно-плечевой индекс (ABI) и биологический возраст артерий. Анализировали динамику данных показателей до и через 3 мес. от начала антигипертензивной терапии фиксированной комбинацией периндоприла и индапамида.

Полученные результаты. Значения исследуемых показателей у больных АГ до начала антигипертензивной терапии составляли: индекс CAVI — 11,8±0,9 м/с, ABI — 1,05±0,08, биологический возраст артерий — 65,3±5,5 лет. Эти исходные результаты свидетельствовали о повышении жесткости сосудистой стенки по сравнению с верхней границей нормы (до 9 м/с) и увеличении биологического возраста артерий, с учетом истинного среднего возраста обследованных. Следует подчеркнуть, что в современных рекомендациях повышение СПВ более 11 м/с рассматривается как объективное подтверждение сосудистого ремоделирования. Неизмененные значения показателя ABI отражали отсутствие диагностически значимых окклюзий в сосудах нижних конечностей, что соответствовало критериям отбора больных в группу наблюдения.

При повторном обследовании больных через 3 мес. от начала антигипертензивной терапии было зарегистрировано достоверное ($p<0,05$) снижение индекса CAVI до 9,7±0,5 м/с, что отражало его уменьшение на 18 % от исходных значений. Параллельно отмечалась тенденция к снижению взаимосвязанного с данным индексом расчетного показателя биологического возраста артерий в среднем на 3,2±1,6 года.

Выводы. Ремоделирование сосудистой стенки у больных АГ в условиях отсутствия системного атеросклеротического поражения сосудов проявляется повышением основных параметров ее жесткости, за исключением показателя ABI. Адекватная гипотензивная терапия способствует достоверному регрессу данного процесса по показателям CAVI и биологического возраста артерий.

0235 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ АПТЕК

Дроздецкий С.И., Кучин К.В., Сменов М.Ю., Григорьев С.С.
Медицинский институт, Нижний Новгород, Россия

Цель: комплексно оценить качество жизни женщин 45-64 лет (работников "первого стола" аптечных учреждений), страдающих артериальной гипертонией (АГ) в сопоставлении с лицами без АГ.

Материалы: методом случайной выборки среди работников аптечных учреждений была отобрана группа женщин (n=27) в возрасте от 45 до 64 лет (медиана — 55 лет). Методика обследования включала сбор анамнеза, объективное обследование, анкетирование по шкалам SF-36, Цунга (ШЦ), Спилбергера (ШС). Познавательные способности оценивали с помощью краткой анкеты когнитивных функций (КАКФ) основанной на методике А.Л. Лурия. Кроме того, был проведен комплекс биохимических исследований крови. Статистический анализ полученного материала проводился с помощью программы BIOSTAT.

Результаты. В исследуемой когорте распространенность АГ составила 63 %. Наиболее часто (47 %) встречались больные с длительностью течения АГ менее 5 лет. Опрос по ШЦ не выявил расстройств депрессивного спектра в обследуемой когорте. Ситуативная тревожность по ШС1 среди всех обследованных оказалась в пределах физиологической нормы. Личностная же тревожность по ШС2 превысила допустимый уровень (45 баллов) в обеих группах и составила 50 баллов. В группе обследованных с АГ уровень когнитивных функций оказался сниженным до 23 баллов (норма выше 25), тогда как среди лиц без АГ — медиана составила 26. Качество жизни по шкале SF-36 в группе больных с АГ оказалось ниже такового у лиц без АГ по таким показателям как: жизненная активность (65 % против 70 %), социальное функционирование (75 % против 88 %), психическое здоровье (64 % против 72 %), общее здоровье (52 % против 67 %). Достоверная корреляционная зависимость была выявлена для следующих пар показателей: бал по КАКФ и длительность течения АГ — 0,5 (по критерию Спирмена), регулярность приема антигипертензивных препаратов (АГП) (0,6), нарушения липидного обмена (0,55); уровень тревожности по ШС2 и наличие жалоб на головокружение и головную боль (0,51), наличие в анамнезе указаний на неправильное питание (0,64), наличие в анамнезе АГ (0,51), любого сердечно-сосудистого заболевания (0,76), заболевания опорно-двигательного аппарата (0,56), желудочно-кишечного тракта (0,71), а также — индекс массы тела (0,5) и нарушение липидного обмена (0,64). Уровень такого показателя качества жизни, как физическое функционирование коррелировало с общим количеством заболеваний (-0,54) и индексом массы тела (-0,66).

Выводы: низкий уровень качества жизни обследованных женщин с АГ (работников аптек) в сравнении с лицами без АГ обусловлен, прежде всего, снижением жизненной активности и социального функционирования, недостаточным уровнем психического и общего здоровья, а также признаками когнитивного упадка. Основными маркёрами этого снижения оказались: нарушение липидного обмена, длительность течения АГ, нерегулярность приема АГП; наличие в анамнезе любого сердечно-сосудистого и (или) желудочно-кишечного заболевания, а также повышенный индекс массы тела и наличие в анамнезе указаний на неправильное питание.

0236 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН И ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ВИСОКОСНЫЕ И ОБЫЧНЫЕ ГОДЫ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить смертность от сердечно-сосудистых причин и общий показатель смертности у женщин в високосные и обычные годы.

Материал и методы. В Городской поликлинике под наблюдением находилось 5387 женщин в возрасте от 20 до 88 лет. Мониторинг фатальных событий проводился на протяжении 13 лет.

Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной ста-

тистики. Смертность от сердечно-сосудистых причин и общий показатель смертности рассчитывались для високосного года и предшествующего ему и последующего за ним обычных лет. Сравнение долей умерших в високосный и не в високосные годы проводили с использованием точного критерия Фишера (ϕ) с поправкой Бонферрони.

Полученные результаты. Медиана возраста женщин составила 53 года (интерквартильный размах от 41 до 66 лет). За время наблюдения выбыло из исследования 268 женщина, смерть от всех причин зарегистрирована у 1084 женщин (из них 722 умерло от сердечно-сосудистых причин) и 4035 женщин находятся под наблюдением. Общий показатель смертности на 1000 в високосные годы составил 15,9 (2000г), 17,6 (2004г). Общий показатель смертности на 1000 в обычные годы составил 17,9 (1999г), 20,0 (2001г), 21,7 (2003г) и 15,0 (2005г).

Смертность от сердечно-сосудистых причин на 1000 в високосные годы составила 10,3 (2000г), 12,6 (2004г). Смертность от сердечно-сосудистых причин на 1000 в обычные годы составила 13,0 (1999г), 13,2 (2001г), 12,6 (2003г) и 9,7 (2005г).

Выводы:

1. Смертность от сердечно-сосудистых причин в високосные и в обычные годы не имеет различий (p=0,056).

2. Общий показатель смертности в високосные и в обычные годы не имеет различий (p=0,041).

0237 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН И ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДНЯ НЕДЕЛИ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить смертность от сердечно-сосудистых причин и общий показатель смертности у женщин в зависимости от дня недели.

Материал и методы. В Городской поликлинике под наблюдением находилось 5387 женщин в возрасте от 20 до 88 лет. Мониторинг фатальных событий проводился на протяжении 13 лет.

Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики. Смертность от сердечно-сосудистых причин и общий показатель смертности рассчитывались для каждого дня недели. Сравнение долей умерших в високосный и не в високосные годы проводили с использованием точного критерия Фишера (ϕ) с поправкой Бонферрони.

Полученные результаты. Медиана возраста женщин составила 53 года (интерквартильный размах от 41 до 66 лет). За время наблюдения выбыло из исследования 268 женщина, смерть от всех причин зарегистрирована у 1084 женщин (из них 722 умерло от сердечно-сосудистых причин) и 4035 женщин находятся под наблюдением. Общий показатель смертности на 1000 в понедельник составил 25,7; во вторник — 27,1; в среду — 30,0; в четверг — 32,2; в пятницу — 28,7; в субботу — 32,4 и в воскресенье — 35,3.

Смертность от сердечно-сосудистых причин на 1000 в понедельник составила 18,5; во вторник — 17,7; в среду — 20,5; в четверг — 17,9; в пятницу — 20,3; в субботу — 21,6 и в воскресенье — 24,2.

Выводы:

1. Наибольшая смертность от сердечно-сосудистых причин регистрируется в воскресенье, которая значимо различается с понедельником, вторником и четвергом (p<0,0017).

2. Наибольшая смертность от всех причин регистрируется в воскресенье, которая значимо различается с понедельником и вторником (p<0,0014).

0238 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН И ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСЯЦА ГОДА

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить смертность от сердечно-сосудистых причин и общий показатель смертности у женщин в различные месяцы.

Материал и методы. В Городской поликлинике под наблюдением находилось 5387 женщин в возрасте от 20 до 88 лет. Мониторинг фатальных событий проводился на протяжении 13 лет.

Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики. Смертность от сердечно-сосудистых причин и общий показатель смертности рассчитывались для каждого месяца. Сравнение долей умерших проводили с использованием точного критерия Фишера (ϕ) с поправкой Бонферрони.

Полученные результаты. Медиана возраста женщин составила 53 года (интерквартильный размах от 41 до 66 лет). За время наблюдения выбыло из исследования 268 женщина, смерть от всех причин зарегистрирована у 1084 женщин (из них 722 умерло от сердечно-сосудистых причин) и 4035 женщин находятся под наблюдением. Общий показатель смертности на 1000 в январе составил 22,2; в феврале — 14,6; в марте — 16,6; в апреле — 14,6; в мае — 16,8; в июне — 19,9; в июле -17,8; в августе — 15,6; в сентябре — 15,2; в октябре — 17,6; в ноябре — 21,0 и в декабре — 19,5.

Смертность от сердечно-сосудистых причин на 1000 в январе составила 14,5; в феврале — 11,3; в марте — 12,1; в апреле — 9,4; в мае — 10,0; в июне — 11,5; в июле -13,5; в августе — 10,8; в сентябре — 10,9; в октябре — 11,1; в ноябре — 13,5 и в декабре 13,1.

Выводы:

1. Наибольшая смертность от сердечно-сосудистых причин на январь, которая значимо различается только с апрелем (p=0,0015).

2. Наибольшая смертность от всех причин регистрируется в январе, которая значимо различается с февралём, апрелем, августом и сентябрём (p=0,0013).

0239 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН И ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЁН ГОДА

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить смертность от сердечно-сосудистых причин и общий показатель смертности у женщин в различные времена года.

Материал и методы. В Городской поликлинике под наблюдением находилось 5387 женщин в возрасте от 20 до 88 лет. Мониторинг фатальных событий проводился на протяжении 13 лет. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики. Смертность от сердечно-сосудистых причин и общий показатель смертности рассчитывали для каждого времени года (зима — декабрь, январь, февраль); весна — март, апрель, май; лето — июнь, июль, август; осень — сентябрь, октябрь, ноябрь). Сравнение долей умерших проводили с использованием точного критерия Фишера (ϕ) с поправкой Бонферрони.

Полученные результаты. Медиана возраста женщин составила 53 года (интерквартильный размах от 41 до 66 лет). За время наблюдения выбыло из исследования 268 женщина, смерть от всех причин зарегистрирована у 1084 женщин (из них 722 умерло от сердечно-сосудистых причин) и 4035 женщин находятся под наблюдением. Общий показатель смертности на 1000 зимой составил 56,5; весной — 48,1; летом — 53,3 и осенью — 53,9.

Смертность от сердечно-сосудистых причин на 1000 зимой составил 38,9; весной — 31,5; летом — 35,2 и осенью — 35,6.

Выводы: 1. Наибольшая смертность от сердечно-сосудистых причин и общая смертность приходится на зимний период, но статистически значимых различий не выявлено ($p>0,1$).

2. Наименьшая смертность от сердечно-сосудистых причин и общая смертность приходится на весну, но статистически значимых различий не выявлено ($p>0,1$).

0240 ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ПО ДНЯМ НЕДЕЛИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВРЕМЕНА ГОДА

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить общий показатель смертности у женщин по дням недели в различные времена года.

Материал и методы. В Городской поликлинике под наблюдением находилось 5387 женщин в возрасте от 20 до 88 лет. Мониторинг фатальных событий проводился на протяжении 13 лет. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики. Общий показатель смертности рассчитывали для каждого дня недели в зависимости от времени года (зима — декабрь, январь, февраль); весна — март, апрель, май; лето — июнь, июль, август; осень — сентябрь, октябрь, ноябрь). Сравнение долей умерших проводили с использованием точного критерия Фишера (ϕ) с поправкой Бонферрони.

Полученные результаты. Медиана возраста женщин составила 53 года (интерквартильный размах от 41 до 66 лет). За время наблюдения выбыло из исследования 268 женщина, смерть от всех причин зарегистрирована у 1084 женщин (из них 722 умерло от сердечно-сосудистых причин) и 4035 женщин находятся под наблюдением. Общий показатель смертности на 1000 зимой: в понедельник составил 7,4; во вторник — 7,8; в среду — 7,4; в четверг — 9,2; в пятницу — 7,2; в субботу — 9,0 и в воскресенье — 8,4. Весной: в понедельник составила 6,4; во вторник — 5,5; в среду — 7,4; в четверг — 6,3; в пятницу — 6,1; в субботу — 7,8 и в воскресенье — 8,6. Летом: в понедельник составила 7,8; во вторник — 7,8; в среду — 6,6; в четверг — 6,6; в пятницу — 7,2; в субботу — 8,4 и в воскресенье — 8,8. Осень: в понедельник составила 4,1; во вторник — 6,1; в среду — 8,6; в четверг — 10,2; в пятницу — 7,2; в субботу — 8,2 и в воскресенье — 9,6.

Вывод. Наибольшая смертность от общих причин приходится весной и летом — на воскресенье; зимой — на четверг, но достоверности различий нет ($p>0,1$); осенью — на четверг, которая достоверно отличается от понедельника и вторника ($p<0,0014$).

0241 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН СРЕДИ ЖЕНЩИН ПО ДНЯМ НЕДЕЛИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВРЕМЕНА ГОДА

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить смертность от сердечно-сосудистых причин у женщин по дням недели в различные времена года.

Материал и методы. В Городской поликлинике под наблюдением находилось 5387 женщин в возрасте от 20 до 88 лет, прошедших через кабинет регистрации электрокардиограммы. Мониторинг фатальных событий проводился на протяжении 13 лет. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики. Смертность от сердечно-сосудистых причин рассчитывали для каждого дня недели в зависимости от времени года (зима — декабрь, январь, февраль); весна — март, апрель, май; лето — июнь, июль, август; осень — сентябрь, октябрь, ноябрь). Сравнение долей умерших проводили с использованием точного критерия Фишера (ϕ) с поправкой Бонферрони.

Полученные результаты. Медиана возраста женщин составила 53 года (интерквартильный размах от 41 до 66 лет). За время наблюдения выбыло из исследования 268 женщина, смерть от всех причин зарегистрирована у 1084 женщин (из них 722 умерло от сердечно-сосудистых причин) и 4035 женщин находятся под наблюдением. Смертность от сердечно-сосудистых причин на 1000 зимой: в понедельник составила 6,1; во вторник — 5,7; в среду — 4,9; в четверг — 5,5; в пятницу — 4,7; в субботу — 6,6 и в воскресенье — 5,5. Весной: в понедельник составила 3,7; во вторник — 3,3; в среду — 4,1; в четверг — 4,1; в пятницу — 4,5; в субботу — 5,7 и в воскресенье — 6,1. Летом: в понедельник составила 5,7; во вторник — 5,1; в среду — 4,9; в четверг — 3,9; в пятницу — 5,3; в субботу — 4,5 и в воскресенье — 5,9. Осень: в понедельник составила 3,1; во вторник — 3,7; в среду — 6,6; в четверг — 4,5; в пятницу — 5,9; в субботу — 4,9 и в воскресенье — 6,8.

Вывод: Наибольшая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний приходится зимой — на субботу; весной и летом — на воскресенье, но не достигает различий ($p>0,1$); осенью — на воскресенье, которая отличается от понедельника и вторника ($p<0,0017$).

0242 СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить структуру смертности у женщин.

Материал и методы. В Городской поликлинике под наблюдением находилось 5387 женщин в возрасте от 20 до 88 лет. Мониторинг фатальных событий проводился на протяжении 13 лет. Все случаи смерти наблюдаемой группы кодировали по МКБ 10. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики. Структуру причин смерти изучали с помощью таблицы частот. Рассчитывали общий показатель смертности и показатели других причин смерти. Сравнение долей умерших проводили с использованием точного критерия Фишера (ϕ) с поправкой Бонферрони.

Полученные результаты. Медиана возраста женщин составила 53 года (интерквартильный размах от 41 до 66 лет). За время наблюдения выбыло из исследования 268 женщина, смерть от всех причин зарегистрирована у 1084 женщин (из них 722 умерло от сердечно-сосудистых причин).

Общий показатель смертности на 1000 составил 211,8. Показатель смертности от сердечно-сосудистых причин — 141,0 на 1000; показатель смерти от новообразований составил 36,5 на 1000 и смерть в результате травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин — 11,1 на 1000. Показатель смертности от других причин составил 23,0 на 1000.

Вывод: смертность от сердечно-сосудистых причин является доминирующей в структуре смертности и составляет 66,3 % (718 женщин) ($p<0,001$).

0243 К ВОПРОСУ О СМЕРТНОСТИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРЕХОДА НА ЛЕТНЕЕ И ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить смертность среди женщин в зависимости от перехода на летнее и зимнее время.

Материалом работы послужили женщины от 15 лет и старше. Все они подверглись анкетированию и регистрации ЭКГ в покое. Всего в исследование включено 5597 женщин. Мониторинг фатальных событий осуществлялся на протяжении 13 лет. На момент окончания наблюдения умерло 1089 женщин, выбыло из исследования 268, выжило 4240. Используемый способ в настоящее время перевод стрелок часов был внедрён на территории России с 1997 года, когда перевод на летнее время производится в последнее воскресенье марта в 02оо. А перевод часов на зимнее время осуществляется в последнее воскресенье октября в 02оо. Соответственно этому мы анализировали смертность с первого числа, предшествующего переводу часов месяца и такое же количество дней следующих после перевода стрелок часов вперёд или назад. То есть в одном случае мы сравнивали смертность женщин наступившей в марте и апреле; а в другом случае — в октябре и ноябре. Таким образом, анализ смертности проведён за 11-летний период наблюдения. Учитывали смертность от всех причин и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей по критерию Shapiro-Wilk, методами описательной статистики и таблицы частот. Сравнение долей выживших до и после перевода стрелок часов на летнее и зимнее время провели с использованием точного критерия Фишера (ϕ).

Полученные результаты. Возраст всех женщин включенных в исследование составил 51,6±17,04 лет (Me 55 лет; интерквартильный размах от 39 до 65 лет). Возраст женщин умерших от всех причин в период исследования — 64,3±12,5 лет (Me 67 лет; интерквартильный размах от 15 до 88 лет). Возраст женщин умерших от сердечно-сосудистых заболеваний (n=723) составил 66,8±10,6 лет (Me 69 лет; интерквартильный размах от 17 до 88 лет).

Общая смертность за март месяц всех лет составила 14,0 на 1000 женщин; за апрель — 13,8 на 1000 (p>0,1). Общая смертность за октябрь составила 13,5 на 1000; за ноябрь — 15,7 на 1000 (p>0,1). Смертность от сердечно-сосудистых причин за март месяц всех лет — 10,6 на 1000; за апрель — 9,1 на 1000 (p>0,1). Смертность от сердечно-сосудистых причин за октябрь месяц всех лет — 8,0 на 1000; за ноябрь — 11,2 на 1000 (p>0,1).

Выводы. 1. Общая смертность среди женщин до и после перевода стрелок часов на летнее и зимнее время не имеет различий (p>0,1).

2. Смертность от сердечно-сосудистых причин при переходе, как на летнее, так и на зимнее время различий не имеет (p>0,1).

0244 К ВОПРОСУ О СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРЕВОДА СТРЕЛОК ЧАСОВ НА ЛЕТНЕЕ И ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить смертность среди мужчин в зависимости от перевода стрелок часов на летнее и зимнее время.

Материалом работы послужили мужчины от 15 лет и старше. Все они подверглись анкетированию и регистрации ЭКГ в покое. Всего в исследование включено 2930 мужчин. Мониторинг фатальных событий осуществлялся на протяжении 13 лет. На момент окончания наблюдения умерло 1003 мужчин, выбыло из исследования 414, выжило 1513. Используемый способ в настоящее время перевод стрелок часов был внедрён на территории России с 1997 года, когда перевод на летнее время производится в последнее воскресенье марта в 02оо. А перевод часов на зимнее время осуществляется в последнее воскресенье октября в 02оо. Соответственно этому мы анализировали смертность с первого числа, предшествующего переводу часов месяца и такое же количество дней следующих после перевода стрелок часов вперёд или назад. То есть в одном случае мы сравнивали смертность мужчин наступившей в марте и апреле; а в другом случае — в октябре и ноябре. Таким образом, анализ смертности проведён за 11-летний период наблюдения. Учитывали смертность от всех причин и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей по критерию Shapiro-Wilk, методами описательной статистики и таблицы частот. Сравнение долей умерших до и после перевода стрелок часов на летнее и зимнее время провели с использованием точного критерия Фишера (ϕ).

Полученные результаты. Возраст всех мужчин включенных в исследование составил 50,7±18,2 лет (Me 54 лет; интерквартильный размах от 38 до 66 лет). Возраст мужчин умерших от всех причин в период исследования — 61,7±14,0 лет (Me 64 лет; интерквартильный размах от 55 до 71 лет). Возраст мужчин умерших от сердечно-сосудистых заболеваний (n=616) составил 64,8±12,1 лет (Me 67 лет; интерквартильный размах от 58,5 до 73 лет).

Общая смертность за март месяц всех лет составила 32,5 на 1000 мужчин; за апрель — 32,5 на 1000 (p>0,1). Общая смертность за октябрь составила 27,8 на 1000; за ноябрь — 23,8 на 1000 (p>0,1). Смертность от сердечно-сосудистых причин за март месяц всех лет — 22,6 на 1000; за апрель — 19,0 на 1000 (p>0,1). Смертность от сердечно-сосудистых причин за октябрь месяц всех лет — 15,8 на 1000; за ноябрь — 14,3 на 1000 (p>0,1).

Выводы. 1. Общая смертность среди мужчин до и после перевода стрелок часов на летнее и зимнее время не имеет различий (p>0,1).

2. Смертность от сердечно-сосудистых причин при переходе, как на летнее, так и на зимнее время различий не имеет (p>0,1).

0245 ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК ФАТАЛЬНОГО ИСХОДА У ЖЕНЩИН ЗА 13 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНИЦЫ ЗНАЧЕНИЙ УГЛА АЛЬФА И УГЛА Т НА ЭКГ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.
Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника № 6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить относительный риск (ОР) фатального исхода у женщин в зависимости от разницы значений угла альфа (Â QRS) и угла Т (Â Т) на ЭКГ покоя за 13 лет наблюдения.

Материалом работы послужили ЭКГ исследования на аппарате “Spectrum ECG Systems” (USA) в городской поликлинике среди женщин ≥15 лет. Выполнено 8940 ЭКГ. Все ЭКГ подверглись шифровке по Миннесотскому коду. В анализ включали данные только одной (первой) ЭКГ каждого пациента. В дальнейшем исключили из анализа женщин имеющих как острые, так и хронические заболевания. Так же из анализа исключали пациентов, имеющих ЭКГ-патологию (в т.ч. Â QRS и Â Т от <0о и >90о), что позволило сформировать группу здоровых женщин в возрасте от 40 до 70 лет включительно (n=462). На момент окончания наблюдения умерло 58 женщин, выбыло 22, выжило 382. Первоначально было сформировано 5 групп, соответствующих полученным значениям разницы угла альфа и угла Т с шагом в 5о: 1-я группа от 0о до 6о; 2-я группа от 6о до 11о; 3-я группа от 11о до 16о и т. д.

Проведённый анализ выживаемости по Kaplan-Meier показал, что с увеличением значений разницы Â QRS и Â T выживаемость ухудшается. Выше других кривых выживаемости располагалась кривая выживаемости 2-й группы; за ней следовала кривая выживаемости 1-й группы, 3-й,4-й и т. д. Выявленная закономерность послужила основанием для формирования двух групп: 1-я группа включала значения разницы Â QRS и Â T от 0о до 6о и от 11о и выше, которые и подверглись дальнейшему изучению. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей по критерию Shapiro-Wilk, методами описательной статистики и таблицы частот. Анализ выживаемости проведён по методу Kaplan-Meier.

Полученные результаты. Возраст женщин 1-й группы составил 52,8±8,0 лет (Me 52 лет; интерквартильный размах от 46 до 59 лет). Средний возраст женщин 2-й группы составил 52,5±8,2 лет (Me 52 лет; интерквартильный размах от 45 до 59 лет). Согласно результатам анализа по Kaplan-Meier лучшая выживаемость наблюдалась у женщин 2-й группы со значениями угла от 6о до 11о (Gehan's Wilcoxon: p<0,043; Cox's F-Test: p<0,042; Cox-Mantel test: p<0,037; Peto Wilcoxon Test: p<0,040; Log-Rank Test: p<0,036). Относительный риск фатального исхода у женщин 1-й группы составил 2,39; доверительный интервал (ДИ) для ОР — 1,04; 5,54. Полученный ДИ свидетельствует о статистически значимых различиях двух групп.

Выводы. 1. Относительный риск фатального исхода выше у женщин с разницей угла альфа и угла Т от 0о до 6о и от 11о и более в 2,4 раза по сравнению с женщинами, имеющими разницу углов от 6о до 11о.

2. Наилучшая выживаемость регистрируются у женщин со значениями разницы угла альфа и угла Т от 6о до 11о (p<0,043).

3. Значения разницы угла альфа и угла Т от 6о до 11о предлагаем рассматривать в качестве оптимальных для здоровых женщин в возрасте от 40 до 70 лет.

0246 ТРАДИЦИОННЫЕ И НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.

Дурова О.А., Воронцова А.П., Кобылкина Т.В., Ананьева Л.В.
Государственная медицинская академия, МУЗ Городская поликлиника № 9, Чита, Россия

Цель: Анализ традиционных и новых (дополнительных) факторов риска (ФР) развития сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Задачи: 1.Выявить распространенность традиционных ФР ССЗ (курение, гиперхолестеринемия ГХС), артериальная гипертензия (АГ)) среди больных РА. 2.Оценить наличие и распространенность дополнительных ФР: СРБ, ревматоидный фактор (РФ), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) по данным ЭхоКГ и лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). 3. По шкале SCORE оценить риск развития в течение 10 лет смертельных осложнений ССЗ. 4. Анализ ФР ССЗ с учетом наличия у больных АГ.5. Оценить вклад в развитие ССЗ традиционных и дополнительных ФР в исследуемой группе.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов с диагнозом РА. Средний возраст обследованных составил 56,3±8,4 года (36-70 лет), длительность РА 20±13,5. Индекс активности РА составил 5,53±0,9. У всех пациентов оценивалось наличие ССЗ; традиционные ФР ССЗ: АГ, курение, ГХС. Из дополнительных ФР исследованы уровни СРБ, РФ, ЛПИ, ГЛЖ. Оценен риск осложнений ССЗ по шкале SCORE. При статистической обработке данных использованы методы описательной статистики, критерий X^2, коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. АГ выявлена у 13 (52 %) пациентов, ИБС — у 7 (28 %) пациентов, атеросклероз центральных и периферических артерий у 10 пациентов (40 %). Традиционные факторы риска ССЗ: курение у 10 пациентов (40 %), ГХС у 9 (36 %). И СРБ и РФ выше нормы отмечены у 13 (52 %) пациентов. ЛПИ составил 1,014±0,02. ГЛЖ отмечена в 72 % случаев. Риск по шкале SCORE составил 2,12±1,5 %, что может считаться низким уровнем риска. Расчетный уровень риска SCORE коррелирует с длительностью РА (p<0,05), уровнем СРБ (p<0,05). Проведен анализ традиционных и новых ФР у пациентов с РА при наличии и отсутствии АГ. Пациенты с АГ были старше 58,9±4,5 по сравнению с группой пациентов с нормальным АД — 50,7±7,6 (p<0,03), имели большую длительность заболевания — 25,7±13,6 лет, и 13,9±8,7 лет соответственно (p<0,02), более высокий уровень общего холестерина 5,2±1,3 и 4,1±0,8ммоль/л соответственно (p<0,02). Риск по шкале SCORE в группе пациентов с АГ оказался ожидаемо большим (2,7±1,75,1-6 %) по сравнению с пациентами без АГ (1,5±0,67,1-5 %) (p<0,03). При анализе дополнительных ФР уровень СРБ оказался в 1,9 раза выше у лиц с АГ (5,99±2,6) по сравнению с нормотензивными пациентами 3,17±1,7мг/л, (p<0,03), положительный РФ в процентном соотношении также отмечался чаще у гипертоников (58,9 %), у пациентов без АГ составил 50 %. Индекс активности РА у лиц с АГ составил 6,008±0,.64, с нормальным АД 5,031±0,9 (p< 0,005). В группе пациентов с АГ ГЛЖ выявлена в 77 % случаев, требуется уточнение причин высокая распространенность ГЛЖ у пациентов без АГ (50 %). Но сама ГЛЖ даже в отсутствии АГ является весомым ФР неблагоприятных исходов ССЗ.

Выводы. Риск развития смертельных осложнений, вычисляемый только с учетом традиционных ФР, у пациентов с РА оказался невысоким. Для стратификации у них кардиоваскулярного риска необходим учет дополнительных факторов (СРБ, РФ, ГЛЖ), играющих важную роль в атерогенезе и ответственных за большую вероятность смерти от осложнений ССЗ по сравнению с общей популяцией.

0247 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ О ПРИНЦИПАХ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Евдокимова О.В., Гапон Л.И.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель исследования. Оценить информированность пациентов артериальной гипертонией в сочетании с ожирением о принципах здорового питания по результатам анкетированных опросников.

Материал и методы исследования. В исследование включено 55 пациентов мужского и женского пола, имеющие ИМТ более 25 кг/м^2, и мягкую или умеренную АГ. На протяжении всего исследования пациенты выполняли немедикаментозные мероприятия (диетотерапия, увеличение физической активности), направленные на снижение массы тела. Анализ изменения образа жизни у пациентов с АГ и ожирением проводился с использованием анкетированных опросников. Пациентам в начале и в конце исследования предлагалось ответить в письменном виде на вопросы анкеты об информированности о принципах здорового питания, собственных пищевых привычках и стиле питания, социального статуса и качества жизни.

На предложенные вопросы об информированности о принципах здорового питания пациенты дали следующие ответы:

Половина пациентов (53 %) не знали о том, какое количество свежих овощей и фруктов необходимо употреблять ежедневно и не дали ответа на этот вопрос. Более половины (61 %) всей группы пациентов считали, что основу рациона должны составлять мясные или рыбные продукты, а так же овощи и фрукты. 14 % считали, что мясные (рыбные) продукты, крупы, хлеб и картофель должны составлять основу рациона. При приобретении продовольствия в магазине большинство (67,9 %) не обращают внимания на жирность продукта, 32,1 % опрошенных сознательно выбирают продукты по проценту жирности. Информированность была приблизительно одинаковой среди работающих и неработающих пациентов.

По анализу анкет о принципах рационального питания можно заключить, что информированность среднего пациента остается недостаточно высокой и подавляющее большинство пациентов игнорируют основу питания (злаки) и не задумываются о количестве потребляемых жиров. Очень большой процент пациентов — любители досаливать пищу (48 %), и лишь половина из них (52 %) — не злоупотребляют солеными продуктами. Трехкратное питание предпочитают 48 % пациентов, 36 % едят чаще. Режим приема пищи крайне неудовлетворительный у 9 %, а треть пациентов систематически не завтракают. Осознают факт собственного переедания 64 % из страдающих избытком массы тела пациентов, но это не мешает им употреблять в большом количестве мясные продукты и смешанные (в состав которых входит мясо).

Таким образом, на основании проведенного анализа группы наблюдаемых больных, необходимо отметить, что в качестве группы обследования был выбран однородный контингент больных с АГ и ожирением. Достаточная частота выявления нарушений пищевого поведения позволяет сделать вывод об алиментарном генезе нарастания массы тела, осложняющей течение и лечение АГ.

0248 О РАБОТЕ ЦЕНТРА СТУДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В АСПЕКТЕ КОРРЕКЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ РИСКОВ МОЛОДЁЖИ

Евсевьева М.Е., Никулина Г.П.
Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить особенности системы ценностей современной молодёжи во взаимосвязи с некоторыми изменениями сердечно-сосудистой деятельности и возможности их коррекции в рамках Школы студенческого здоровья.

Материал и методы: обследовано в динамике до начала обучения и после 6-месячных занятий в Школе студенческого здоровья 105 студентов Ставропольской госмедакадемии в возрасте от 20 до 23 лет (юношей 42, девушек 63). Проводилось анкетирование по шкалам 1) жизненных ценностей 2) тревоги и депрессии 3) стресс-устойчивости 4) факторов сердечно-сосудистого риска (курение, отягощённая наследственность, гиподинамия, неправильное питание), а также оценка конституционально-антропометрических данных, параметров вариабельности сердечного ритма, показателей офисного и мониторного исследования АД, у части обследованных — полосочное исследование глюкозы и холестерина крови. Оценивался также уровень относительного сердечно-сосудистого риска по методикам EOK (2008) и H.C.McGıll и C.A.McMahan (2007), адаптированным для молодого контингента. Для анонимности анкетирования применялись соответствующие коды и шифры. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета системы BIOSTAT.

Результаты. Оказалось, что среди тех, кто готов ради собственной карьеры поступиться моральными нормами (почти половина) достоверно выше уровень тревожно-депрессивных и нейро-вегетативных расстройств, которые сочетаются с более высокими показателями офисного и среднесуточного АД. У некоторых студентов из этой группы обнаруживались признаки лабильных форм артериальной гипертензии по типу офисной (чаще) или скрытой (маскированной) гипертензии (реже). Указанные изменения в состоянии этих молодых людей сочетались с одновременным снижением порога стресс-устойчивости и более частым выявлением факта курения. Относительный сердечно-сосудистый риск, определяемый по двум указанным шкалам, у них также оказался выше. Добровольное многомесячное посещение занятий в школе студенческого здоровья, участие в неформальных дискуссиях (темы “Подходы к здоровьесбережению основных традиционных религий”, “Стресс — убийца № 1 современного мира”, “Есть ли счастье в мире иллюзий?” и др) в том числе с участием священнослужителей, участие в проведении самои взаимодиагностики собственного профиля факторов риска и уровня резервов собственного здоровья после проведения соответствующих обучающих тренингов, а также вовлечение в организацию и проведение групповых и массовых профилактических мероприятиях (городские акции “Молодёжь за здоровую Россию”, “Стоп, гопертония!” и др.), информационно-оздоровительные мероприятий среди старшеклассников и т. д. сопровождалось заметными положительными сдвигами в описанных выше объективных показателях здоровья студенческой молодёжи.

Заключение. Для уменьшения негативных тенденций в сознании современной молодёжи следует формировать комплексную программу действий всего социума на основе межсекторального сотрудничества с активным включением системы образования, воспитания, СМИ и других его элементов. Особенно это касается подготовки будущих врачей, как инициаторов и катализаторов оздоровительных процессов в обществе. Особую значимость при этом должны играть высшие и средние медицинские учебные заведения с целью создания инновационных комплексных воспитательно-оздоровительных форм образования современных студентов.

0249 ВКЛАД ОЖИРЕНИЯ В СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКУЮ ПЕРЕСТРОЙКУ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Евсина М.Г.
ГОУ ВПО УГМА Россздрава, кафедра внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии, Екатеринбург, Россия

Целью исследования явилось изучение влияние избыточной массы тела и ожирения на структуру и функцию сердца пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: среди 238 больных впервые выявленной эссенциальной АГ I-III степени было выделено 3 группы пациентов по значению индекса массы тела (ИМТ): 1 группа (n=75) — больные с АГ без избыточной массы тела (ИМТ до 25 кг/м²); 2 группа (n=106) — больные с АГ и ИМТ 25-29,9 кг/м²; 3 группа (n=57) — больные с АГ и ожирением (ИМТ ≥30 кг/м²). Всем выполнялась трансторакальная ЭхоКГ с расчетом индексов ремоделирования ЛЖ: ИММЛЖ, ОТС, индексы сферичности ЛЖ (ИСс и ИСд), индекс ремоделирования систолический и диастолический (ИСИР, ИДИР), миокардиальный стресс (МСс и МСд), конечно-диастолическое давление (КДД) и конечно-диастолическое напряжение стенки ЛЖ (КДНС), показатели ФВ/МС (в систолу и диастолу), МСс/КСОИ, МСд/КДОИ. Анализировалась диастолическая функция ЛЖ: (E/A, DecT, IVRT). Также проводилось исследование ВРС и лабораторные тесты.

Результаты: при сравнении групп 1 и 2 выявлены большие значения ОТС (0,37(0,34; 0,42) и 0,39(0,36; 0,43), p=0,03), ММЛЖ (174,82(142,62; 204,80) и 196,99(168,98; 226,71), p<0,01), МСд (176,03(155,26; 193,12) и 189,68(167,92; 212,76), p<0,01) в группе 2. При сравнении групп 3 и 1 помимо увеличения ММЛЖ (226,62 (197,75; 241,93) и 174,82 (142,62;204,80), p<0,01) выявлено увеличение систолической сферичности ЛЖ. По мере нарастания ИМТ отмечено увеличение количества больных с концентрическим ремоделированием, концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ (p<0,01). Увеличение индекса массы тела у больных исследованных групп приводило к снижению общей вариабельности сердечного ритма (в виде снижения SDNN, HRVti, SDANN и RMSSD, p<0,01 для всех). Выявлены тесные ассоциативные связи МСд с общей ВРС (r=-2,03; p=0,05), ИММЛЖ с SDANN (r=0,28; p=0,02) вне зависимости от наличия ожирения. С увеличением степени избытка массы тела усиливается взаимозависимость ИМТ и ИММЛЖ с индексами, характеризующими систолическую и диастолическую функцию ЛЖ и отражающими симпатические влияния ВНС на регуляцию сердечной деятельности.

Выводы: Избыточная масса тела у больных с АГ является фактором, провоцирующим развитие гипертрофии ЛЖ и воз-

никновения предикторов нарушения его диастолической функции. При увеличении массы тела наблюдается напряженность адаптивных механизмов вегетативной регуляции сердца, а также развитие неблагоприятных вариантов патологического ремоделирования ЛЖ. При ожирении происходит ухудшение диастолической функции ЛЖ, раннее нарушение систолической функции сердца.

0250 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Евсина О.В., Якушин С.С.
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Цель: изучить распространенность тревожно-депрессивных нарушений (ТДН) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в зависимости от пола, оценить качество жизни (КЖ) при ТДН у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Использованы психометрические шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS); опросник Спилберга-Ханина, опросник SF-36, анкета "Жизнь больных с аритмией" (Либис Р.А., 1998). Обследовано 112 больных (63 (56 %) мужчин, средний возраст мужчин — 50,75±7,46 лет, женщин- 56,59±8,0 лет, p<0,001) с ФП (перманентная — 26,8 %, рецидивирующая 73,2 %, в т.ч. пароксизмальная — 40,2 %, персистирующая -33 %).

Результаты. У 31 (67,3 %) женщин выявлены ТДН (соответственно 46,0 % у мужчин, p<0,05), в т.ч. у 16,0 % выявлена клинически выраженная депрессия, (соответственно у 22,2 % мужчин). У 78,8 % женщин и 72,4 % мужчин с рецидивирующей ФП выявляются ТДН.

Женщины имеют достоверно большие баллы по шкалам — личностной тревожности 31,81±9,66 (у мужчин 26,47±8,93, p<0,001), HADS (D) 6,92±3,54 (у мужчин 5,29±3,35, p=0,012), HADS (A) 8,65±4,32 (у мужчин 6,3±3,83, p=0,001).

При сравнении клинико-инструментальных данных не выявлено достоверных различий в эхокардиографических показателях, липидном спектре, но имеется тенденция к ухудшению ФК ХСН у женщин согласно тесту 6 мин. ходьбы- 381,43±83,85 м. по сравнению с мужчинами 428,39±101,43 м., женщины чаще страдают стенокардией напряжения в 81,6 % случаев (против 60,3 % у мужчин, p<0,05), артериальной гипертензией в 87,8 % (против 82,8 %) и ХСН в 93,9 % (против 76,2 %, p>0,01).

По результатам SF-36 установлено, что независимо от пола пациенты с ФП коморбидной с ТДН имеют статистически значимо более низкие показатели физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного состоянием здоровья и эмоциональным состоянием, жизненной активности, психического здоровья, физического и психического компонента здоровья. Но женщины с ТДР имеют достоверно значимые худшие показатели физического функционирования (p=0,023), социального функционирования (p=0,043), психологического здоровья (p=0,041), по другим показателям наблюдается тенденция к более низким показателям. По результатам анкеты "Жизнь больных с аритмией" женщины имеют статистически значимое более низкое КЖ — 49,0±10,9 (у мужчин 63±12,7, p<0,001).

Выводы. ТДН выявляются в 1,67 раз достоверно чаще у женщин с ФП, чем у мужчин, наиболее часто у пациентов с персистирующей ФП.

Женщины показали более худшие результаты по шкалам HADS и личностной тревожности. Все пациенты с ФП коморбидной с ТДН имеют достоверно значимо более низкие показатели качества жизни, но женщины с ТДН имеют худший показатель физического функционирования (p=0,023), социального функционирования (p=0,043), психологического здоровья (p=0,041).

0251 ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Евсюков А.А.[1], Гарганеева Н.П.[2], Петрова М.М. 1
ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития"[1], Красноярск, Россия; ГОУ ВПО "Сибирский государственный медицинский университет Росздрава" [2], Томск, Россия

Цель: оценить совокупность факторов риска (ФР) и условия формирования депрессивных расстройств у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 280 амбулаторных больных ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III, находящихся на диспансерном учете в городской поликлинике, средний возраст 57,74±5,59 года, из них 95 мужчин (33,9 %) и 185 женщин (66,1 %). Содержание липидов крови: общий холестерин крови (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) определяли стандартизированными и унифицированными методами. Скрининговым инструментом для выявления депрессии являлся опросник CES-D. Для оценки выраженности и динамики депрессивных расстройств использовался психометрический опросник депрессии (HDRS). Психологическое состояние пациентов изучалось с помощью сокращенного многофакторного опросника исследования личности (СМОЛ), опросника качества жизни (КЖ) MOS SF-36.

Результаты. У 90 (31,1 %) пациентов с ИБС из 280 обследованных по данным опросника CES-D были выявлены депрессивные расстройства, соответствующие высоким показателям оценочной шкалы депрессии от 19 до 28 баллов. Средний возраст этой группы составил 57,33±4,75 года, возраст женщин 57,84±6,86 года, мужчин 57,25±8,8 (p=0,152). Анализ ФР у больных ИБС с депрессией указывает на их высокую частоту и значимость по сравнению с группой без депрессивной симптоматики (p=0,0001). Инфаркт миокарда перенесли 47,8 % больных, инсульт 6,6 %, курили 72,6 % мужчин. В 90,7 % ИБС ассоциировалась с АГ, в 18,9 % с СД 2 типа, в 55,5 % с дислипидемией. Выявлены значимые различия содержания показателей спектра липидов крови у больных ИБС с депрессий в сравнении с пациентами, у которых не выявлено депрессивных расстройств, по уровню ОХС (5,76±0,81 ммоль/л против 5,38±0,61 ммоль/л; p=0,005), ХСЛПНП (3,72±0,87 ммоль/л против 3,34±0,68 ммоль/л; p=0,025), индексу атерогенности (5,31 против 4,91; p=0,03). В социальном положении предшествующие психотравмирующие событии жизни (психосоциальный стресс) перенесли все 90 пациентов, одиноко проживающие (отсутствие социальной поддержки) составили 24,4 %, низкий уровень материального дохода имели 64,4 %. У больных ИБС с депрессией усредненный профиль личности по результатам СМОЛ характеризовался повышением показателей в Т-баллах по шкалам 1 (ипохондричности), 2 (депрессии), 3 (эмоциональной лабильности), 6 (ригидности), 7 (тревоги) и снижением по шкале 9 (оптимизма), а также снижением показателей КЖ.

Выводы. В условиях амбулаторного наблюдения выявлена высокая частота депрессивных расстройств у больных ИБС с высоким сердечно-сосудистым риском. Депрессивные расстройства, обусловленные психотравмирующими событиями (психосоциальным стрессом), оказывают влияние на течение и прогрессирование коронарной патологии. При разработке комплексных профилактических программ диспансеризации пациентов с ИБС необходимо оценивать суммарный риск кардиоваскулярных и психосоциальных ФР, снижение которых может улучшить прогноз и качество жизни данной категории больных.

0252 ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИКОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Евтерева Е.Д., Стаценко М.Е.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель — оценить влияние мексикора на клиническое состояние, углеводный и липидный обмен у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза и сопутствующим метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. Проводились: тест с шестиминутной ходьбой, подсчет количества приступов стенокардии в неделю. Оценка состояния углеводного обмена (глюкоза крови натощак, базальный уровень инсулина, инсулинорезистентность) и липидного обмена (общий холестерин, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), индекс атерогенности (ИА)). Статистическая обработка проводилась на основе пакета анализов программ Excel.

Обследовано 60 пациентов, 45-65 лет с ХСН II-III функционального класса с сопутствующим МС. Все пациенты были включены в исследование через 3-4 недели после развития инфаркта миокарда. Все пациенты получали базисную терапию ХСН (бисопролол, эналаприл, аспирин, симвастатин, при необходимости нитраты и диуретики). Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания, характеру проводимой базисной терапии. Средние дозировки препаратов базисной терапии в 1-й и 2-й группе достоверно не различались. Основная группа (30 человек) дополнительно к базисной терапии ХСН получала мексикор в дозе 0,4 г/сутки перорально. Продолжительность исследования — 12 недель.

Результаты. Количество приступов стенокардии у пациентов, дополнительно получающих мексикор, уменьшилось на 14,3 %, в контрольной группе — на 5,9 % ($p<0,1$). В основной группе результаты теста 6-ти минутной ходьбы улучшились на 20 % vs 7,2 % в контрольной группе ($p<0,05$). К 12-й неделе исследования уровень глюкозы крови натощак у пациентов, получающих мексикор, снизился на 4 %, в контрольной группе — на 0,9 %. В основной группе базальный уровень инсулина снизился на 6,7 %, а контрольной группе — на 0,9 % ($p<0,1$). Индекс Homa в основной группе снизился на 10,5 %, в контрольной группе этот показатель снизился на 1,7 % ($p<0,05$). Достоверно уменьшился уровень ТГ на 19 % и ЛПНП — на 19 % у пациентов основной группы. В контрольной группе эти показатели снизились лишь на 5,8 % и 5 % соответственно. В обеих группах отмечено снижение индекса атерогенности, но в большей степени в основной группе ($p<0,05$).

Выводы. Применение мексикора у пациентов с ХСН и сопутствующим МС сопровождается повышением толерантности к физической нагрузке, сокращением количества приступов стенокардии в неделю. Цитопротектор мексикор в составе комплексной терапии ХСН снижает уровень ТГ и ЛПНП и оказывает благоприятное влияние на углеводный обмен за счет снижения выраженности инсулинорезистентности.

0253 СВЯЗЬ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИДА (а) С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕНОЗНЫХ АНАСТОМОЗОВ И УХУДШЕНИЕМ ПРОГНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Ежов М.В., Афанасьева О.И., Ильина Л.Н., Сафарова М.С., Афанасьева М.И., Соболева Д.И., Лякишев А.А., Покровский С.Н.
ФГУ "РКНПК Росмедтехнологий", Москва, Россия

Цель исследования: изучить роль высокого уровня Лп (а) в поражении венозных анастомозов и развитии сердечно-сосудистых осложнений после операции коронарного шунтирования (КШ) у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Мы проспективно наблюдали 1621 больного ИБС, прошедших обследование в отделе проблем атеросклероза с 1993 по 2008 года. В группу хирургического лечения ИБС был включен 361 больной. Поражение одной магистральной артерии было у 9 пациентов, двух артерий — у 63 человек, трех артерий — у 291 больного. У 102 больных с возобновлением болевого синдрома в грудной клетке в течение года после КШ была выполнена шунтография (ШГ) методом ЭЛТ на приборе "Imatron C-150" (США). У 263 человека период наблюдения составил от 1 до 140 мес, в среднем 69±44 мес. Регистрировали следующие осложнения: смерть, в том числе от ИБС, нефатальный инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, инсульт, операции реваскуляризации миокарда и госпитализации, связанные с прогрессированием стенокардии.

Результаты. В подгруппе больных с окклюзией одного и более шунтов (n=66) уровень Лп (а) был достоверно выше: 42±5 (медиана; 25 %-75 % — 24; 12-64) мг/дл в сравнении с больными с проходимыми венозными шунтами (n=36) — 24±5 (12; 5-28) мг/дл, $p=0,007$. Больные с проходимыми шунтами чаще принимали статины: 15 из 36 (42 %) в сравнении с 12 из 66 (18 %) в группе пораженных анастомозов, $p<0,05$. При построении кривых Каплана-Майера установлено, что у лиц с уровнем Лп (а) более 30 мг/дл выживаемость после КШ была хуже (лог-ранговый тест $p<0,001$): количество смертельных исходов за весь период наблюдения составило 11,3 % (11 из 93) в группе с гиперлипопротеидемией (а) [ГЛП (а)] и 5,2 % (9 из 170 человек) при уровне Лп (а)<30 мг/дл. Относительный риск всех коронарных осложнений при ГЛП (а) составил 3,24 (95 % доверительный интервал 2,18-4,83), $p<0,001$, в том числе для смертельных исходов ОР=2,89 (1,31-6,35), $p<0,01$ и ИМ — ОР=1,01 (1,00-1,02), $p=0,02$, возобновления стенокардии — ОР=1,02 (1,01-1,02), $p<0,01$. Относительный риск развития суммарной частоты ИМ и смертельного исхода при ГЛП (а) за 5 лет наблюдения был равен 2,61 (1,11-5,74), $p=0,02$, за 10 лет — 2,95 (1,50-5,79), $p<0,001$.

Заключение. У больных хронической ИБС после операции коронарного шунтирования повышенная концентрация Лп (а) ассоциируется с окклюзирующим поражением венозных анастомозов в течение первого года и увеличением риска сердечно-сосудистых событий в 3 раза в отдаленные сроки.

0254 АНАТОМИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ МОСТИКОВ МИОКАРДА С ВЕТВЯМИ ЛЕВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Елинская М.С., Якимов А.А.
ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия Росздрава", Екатеринбург, Россия

Информация о взаимоотношении ветвей венечных артерий и миокарда имеет большое значение в связи с широкой распространенностью ишемической болезни сердца. Мышечные образования над венечными артериями были изучены многими авторами, но до сих пор в литературе нет единого определения термина "мышечный мостик", противоречивы данные о частоте встречаемости этих структур. Цель работы — установить частоту встречаемости мостиков миокарда в системе левой венечной артерии (ЛВА) и дать их морфометрическую характеристику. Исследование проводили на фиксированных в 10 % формалине 11-ти сердцах людей зрелого и пожилого возраста, умерших от причин, не связанных с болезнями сердца. Препарировали венечные артерии до их погружения в миокард, сохраняя мышечные образования над артериями. С помощью штангенциркуля и микрометра измеряли длину артерий, их наружный диаметр в месте отхождения, протяженность мостиков и их удаленность от различных структур сердца. Под "мостиком" понимали образование из миокарда желудочка, располагающееся над участком артерии. Мышечные мостики встретились на 9 сердцах из 11. Наряду с мостиками на одном из препаратов встретились мышечные петли — образования из миокарда предсер-

дий, охватывавшие сосуды в венечной борозде. Мостики миокарда в системе ЛВА были обнаружены во всех 9-ти случаях. Мостики были расположены над передней межжелудочковой ветвью (ПМВ) и ветвями огибающей артерии (ОА). Над стволом ОА также имелись мостики, а в одном случае — мышечные петли. Мостики над ПМВ присутствовали во всех 9-ти случаях: на пяти препаратах по одному, на трех — по два, на одном — три. Их протяженность в среднем была равна 17,26мм. Диаметр артерий перед погружением в миокард составил 2,59мм, после выхода на поверхность 1,94мм. Мостики находились на расстоянии 43,6мм от аорты, 66,2мм от верхушки сердца, 39,4мм от места отхождения артерии. На одном препарате мостик был обнаружен над одной из ветвей ПМВ. Его протяженность составила 5,0мм, удаленность от аорты 42,6мм, от верхушки сердца 61,4мм, от места отхождения артерии 2,0мм. На двух препаратах мостики длиной 14,7мм были расположены над ОА. Диаметр ОА при ее прохождении под мостиком изменился с 1,10мм до 1,85мм. Мостики располагались на расстоянии 37,5мм от аорты, 95,1мм от верхушки сердца, 28,2мм от места начала ОА. В одном случае мостик протяженностью 7,9мм был над ветвью ОА на диафрагмальной поверхности сердца. Диаметр этой ветви перед мостиком 0,7мм, после — 0,5мм. Удаленность мостика от венечного синуса 44,1мм, от верхушки сердца 41,5мм, от места начала этой ветви 44,2мм. Результаты позволяют утверждать, что в локализации мышечных мостиков над артериями системы ЛВА наблюдается относительное постоянство: в большинстве случаев “ныряющий” ход имеет ПМВ, несколько реже — ОА. Мышечные образования над другими артериями системы ЛВА встречаются нечасто, их ширина и толщина изменчивы. Связь между протяженностью мостиков и их удаленностью от аорты или места отхождения артерии, над которой они располагаются, не выявлена. Для уточнения взаимоотношений миокарда с венечными артериями необходимо изучение большего количества препаратов, а также проведение микроскопических исследований интрамиокардиальных участков стенок артерий.

0255 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У НЕКУРЯЩИХ И ТАБАКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Елисеева И.В., Матросова И.Б., Гусаковская Л.И., Олейников В.Э.
Медицинский Институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: сравнительная оценка показателей липидного профиля у некурящих и табакозависимых больных метаболическим синдромом (МС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени.

Методы исследования: всего обследовано 102 пациента с МС: 59 мужчин (57,8 %) и 43 женщины (42,2 %) в возрасте от 27 до 61 лет (средний возраст 50,2±9,1лет). Включение больных в исследование осуществляли, следуя рекомендациям Всероссийского Национального общества кардиологов, 2007. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=62, 28 мужчин и 34 женщины, средний возраст 51±8,4 лет) включала больных МС, которые в настоящее время не курили либо курили менее 10 сигарет в день. Во 2-ю группу (n=40, 31 мужчина и 9 женщин, средний возраст 48,9±10,1 лет) распределяли пациентов, которые выкуривали в день более 10 сигарет. Стаж курения составлял от 5 до 42 лет (в среднем 24,9±10,3 лет), в день пациенты выкуривали в среднем 17,2±6,6 сигарет. Измерение офисного АД проводили по Н.С. Короткову. Определяли уровни общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ); коэффициент атерогенности (КА).

Полученные результаты: офисное АД в 1-й группе составило 149,9±10,4 и 97,2±5,7мм рт.ст.; окружность талии — 104,7±10см; во 2-й — 149,8±10,8 и 95,1±6,7мм рт.ст. и 107,6±10,5 см, соответственно. Показатели липидного обмена у некурящих пациентов: ОХ — 6,1±0,9ммоль/л, ЛПНП — 4,2±0,7 ммоль/л, ЛПВП — 1,3±0,3 ммоль/л, ТГ — 1,9±0,9 ммоль/л, КА — 3,9±1,2. У табакозависимых больных ОХ составил 6,4±0,9ммоль/л, ЛПНП — 4,2±0,8 ммоль/л, ЛПВП — 1,2±0,4 ммоль/л, ТГ — 2,2±1,3 ммоль/л, КА 4,6±1,8. Достоверных различий по анализируемым показателям между группами выявлено не было.

Выводы. Статус курения не оказывал статистически значимого влияния на показатели липидного обмена у больных метаболическим синдромом в сочетании с артериальной гипертонией 1-2 степени.

0256 РОЛЬ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ПАТОГЕНОВ В ОБОСТРЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

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

Целью настоящей работы было оценить диагностическую значимость количественного определения уровня антител к Mycoplasma pneumoniae и Chlamydia pneumoniae при остром коронарном синдроме.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 365 больных, поделенных на две группы: 173 человека, у которых определяли уровень антител к Chlamydia pneumoniae и 192 человека, у которых определяли уровень антител к Mycoplasma pneumoniae. В первую группу вошли 71 пациент с острым коронарным синдромом (ОКС), 72 пациента с хронической ИБС (ХИБС) и 30 человек, не имеющих проявлений ИБС — контрольная группа. Во вторую группу вошли 108 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), 36 пациентов с хронической ИБС (ХИБС) и 48 человек без клинических признаков ИБС. Всем обследуемым проводилось стандартное клиническое, лабораторное, включая определение маркеров повреждения миокарда, и инструментальное обследование (ЭКГ в динамике, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография) для верификации либо исключения ОКС, а также уточнения его варианта. Наряду с этим пациентам первой группы проводили количественное определение уровня антител к Chlamydia pneumoniae, а пациентам второй группы количественное определение уровня антител к Mycoplasma pneumoniae иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем. Результаты определения уровня антител анализировали с помощью методов вариационной статистики.

Результаты. Повышенное содержание антител к Chlamydia pneumoniae было выявлено у 67,8 % больных ОКС против 26,4 % в группе ХИБС и 13,3 % в контрольной группе. Антитела к Mycoplasma pneumoniae были обнаружены в крови у 70,3 % больных ОКС против 33,3 % в группе ХИБС и 22,9 % в контрольной группе. Средние значения оптической плотности при определении антител к Chlamydia pneumoniae составили: в группе ОКС — 1,395±0,056, в группе ХИБС — 0,973±0,028, в группе лиц без ИБС — 0,783±0,043. Средние значения оптической плотности при определении антител к Mycoplasma pneumoniae составили: в группе ОКС — 0,160±0,014, в группе ХИБС — 0,092±0,031, в группе лиц без ИБС — 0,088±0,008. Разница оказалась достоверной между группами ОКС и ХИБС, а также между ОКС и контрольной группой.

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

0257 АРТЕРИАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Емельянов И.В., Иваненко В.В., Колесова Е.П., Меркулова Н.К., Конради А.О.
ФГУ "ФЦСКИЭ имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий", Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить связь между уровнем экскреции катехоламинов и метаненфринов с мочой и эффективностью комбинированной антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью II стадии.

Материал и методы. В исследование включено 136 пациентов с неконтролируемой гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте 48,3±4,2 года, из них женщин — 84. Всем пациентам исходно проводилась коррекция антигипертензивной терапии. Таким образом, 32 пациента из 136 включенных в исследование (23,5 %) имели истинную резистентность к лечению, подтвержденную при суточном мониторировании артериального давления (СМАД) с помощью прибора SpaceLabs 90207 (США) по стандартной методике, а также в день мониторирование определялось содержание в плазме крови — метанефринов (МН) и норметанефринов (НМН) методом катионно-обменной хроматографии и оценки на спектрофотометре СФ-36 (Россия). В этот же день пациентам определяли скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) и индекс аугментации (ИА) при помощи прибора SphygmoCor (ArtCor, Австралия) на фоне антигиперттензивной терапии амлодипином (10 мг в сутки), лизиноприлом 20 мг в сутки и гидрохлоротиазидом 25 мг в сутки.

Результаты. В результате исследования оказалось, что 23,5 % пациентов по данным СМАД не достигли целевого уровня АД, несмотря на то, что при медицинских осмотрах АД у них на фоне терапии было менее 140/90 мм рт.ст. Среди пациентов с резистентной АГ оказалось 13 мужчин и 19 женщин.

Исходный уровень концентрации МН и НМН среди пациентов с резистентной ГБ был заметно выше (0,54±0,03 нмоль/л и 0,36±0,09 нмоль/л, против 0,27±0,04 и 0,21±0,06 нмоль/л, соответственно, при $p<0,05$) по сравнению с больными, достигшими на фоне комбинированного лечения нормальных показателей СМАД.

Вместе с тем, величина базальной концентрации МН в плазме тесно коррелировала с показателями СРПВ ($r=0,63$ при $p<0,001$) и ИА ($r=0,47$ $p<0,05$) у пациентов с резистентной ГБ. При этом среди пациентов с контролируемой АГ подобной связи между показателями метаболизма катехоламинов и параметрами СРПВ и артериальной жесткости выявлено не было.

Выводы. Истинная резистентность к антигипертензивной терапии среди пациентов с неконролируемой ГБ встречается более чем у каждого довольно часто. Данный феномен может быть обусловлен как повышением показателей артериальной жесткости, так и повышением активности симпатической нервной системы при ГБ. При этом при резистентных формах АГ процессы активации симпатической нервной системы и повышения артериальной жесткости протекают параллельно. Вместе с тем, следует отметить, что выявленные тенденции касаются многокомпонентного лечения, не включающего антиадренергические препараты.

0258 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Еременко Е. Ю., Соколова Л. А., Егорова Е. А.
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт- Петербург, Россия

Цель исследования: определить предикторы развития фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) на основании построения математической модели, включающей эхокардиографические (ЭхоКГ) показатели структурных изменений сердца.

Материалы и методы: обследован 61 человек с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии с АГ I-II степени и ЭхоКГ признаками ГЛЖ с суправентрикулярными нарушениями ритма сердца (СВНРС) без значимой сопутствующей патологии. Среди обследованных было 26 мужчин и 35 женщин, средний возраст которых составил 49,2±7,5 года, уровень среднего САД- 148,7±9,6 мм рт.ст., среднего ДАД- 93,5±7,7 мм рт.ст. Всем пациентам помимо общеклинического обследования проводилось ЭхоКГ, единовременное Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) и суточное мониторирование АД (СМАД). Все перечисленные исследования выполнялись на фоне отмены антигипертензивной терапии. Для моделирования риска развития ФП использовался метод логистической регрессии с оценкой относительного вклада отдельных признаков в развитие ФП.

Результаты: при ХМЭКГ у обследованных больных с АГ, ФП наблюдалась в 18 % случаев. Построена модель для прогнозирования вероятности развития ФП с включением 16 параметров, отражающих структурные изменения сердца, показатели ХМЭКГ и СМАД. Учитывая изученное влияние на развитие ФП величины передне-заднего размера левого предсердия, этот признак был исключен из списка потенциальных предикторов. Установлено, что наибольший вклад в риск развития ФП вносит индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), фракция выброса (ФВ) и конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ). Вероятность развития ФП (Р) может рассчитываться по следующей формуле:

$$P=\frac{\exp(8,483+0,092\cdot[\text{ИММЛЖ}]-0,316\cdot[\text{ФВ}_{\text{выб}}]+0,926\cdot[\text{КСРЛЖ}])}{1+\exp(8,483+0,092\cdot[\text{ИММЛЖ}]-0,316\cdot[\text{ФВ}_{\text{выб}}]+0,926\cdot[\text{КСРЛЖ}])}$$

При Р, превышающим 0,5, риск развития ФП считается высоким. Модель обеспечивает сбалансированные и достаточно хорошие значения чувствительности и специфичности (87,8 % и 75,0 % соответственно) и является статистически значимой ($P<0,01$). Информационная способность модели в целом составляет 85,2 %.

Заключение: с помощью математической модели, позволяющей рассчитать риск развития ФП у пациентов с АГ, осложненной ГЛЖ, установлена достоверная связь между значениями ИММЛЖ, КСРЛЖ и ФП (прямая зависимость) и ФВ и ФП (обратная зависимость). Полученные данные свидетельствуют о необходимости контроля за перечисленными показателями с целью первичной профилактики развития ФП.

0259 НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Ермакова Е.А., Матюшин Г.В., Гоголашвили Н.Г.
Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Целью нашего исследования было изучение частоты и структуры нарушений ритма и проводимости сердца у беременных женщин в первом триместре беременности.

Материалы и методы: Обследовано 44 беременных женщин, в возрасте 18 лет и старше. Средний возраст обследованных женщин составил 21±1,09. Всем обследуемым беременным женщинам проводилось анкетирование, клинический осмотр с измерением АД, ЧСС, запись ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях, 24 часовое холтеровское мониторирование ЭКГ с использованием кардиорегистратора "Valenta". При анализе результатов к редкой экстрасистолии относили экстрасистолию меньше 30 в час, к частой экстрасистолии относили экстрасистолию более 30 в час.

Результаты: В обследованной группе беременных женщин лишь у 11 (25 %) были жалобы на периодическое ощущение учащенного сердцебиения и перебоев в работе сердца, у 10 (22,7 %) данные жалобы сопровождались чувством нехватки воздуха. По данным ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях из нарушений ритма сердца регистрировалась только наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ). Данная аритмия была выявлена у 3 женщин (6,8 %). У 38,6 % обследованных наблюдалась блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ). Наиболее часто отмечалась неполная БПНПГ (36,4 %), значительно реже имела место полная БПНПГ (2,3 %). У 2,3 % на ЭКГ были зарегистрированы признаки синдрома удлиненного интервала QT и у 2,3 % признаки синдрома укороченного интервала PQ. По данным 24 часового холтеровского мониторирования миграция водителя ритма по предсердиям наблюдалась у 25 обследованных женщин (56,8 %). Из гетеротопных нарушений ритма наиболее часто отмечалась НЖЭ. Данное нарушение ритма было выявлено у 36 обследованных беременных женщин (81,8 %). В структуре этой аритмии наибольший удельный вес имела редкая НЖЭ: 75 % от общего количества случаев данного нарушения ритма. Частая НЖЭ составила 5,6 %, парная НЖЭ отмечалась в 19,4 % от всех случаев этой аритмии. Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) регистрировалась у 28 обследованных беременных женщин (63,6 %). В структуре данного нарушения сердечного ритма редкая ЖЭ составила 92,9 % от общего количества случаев этой аритмии. Парная ЖЭ 7,1 % от всех случаев данного нарушения ритма. У 22 беременных женщин (50 %) НЖЭ сочеталась с ЖЭ. Нарушения атриовентрикулярной (АВ) проводимости отмечались у 3 обследованных беременных женщин (6,8 %). Из них в 2 случаях (4,5 %) регистрировалась АВ блокада 1 степени и в 1 случае (2,3 %) АВ блокада 2 степени 1 типа. Синоаурикулярная (СА) блокада 2 степени 1 типа была выявлена у 9 беременных женщин (20,6 %).

Таким образом, по результатам нашего исследования у беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто возникают следующие нарушения сердечного ритма: экстрасистолия, миграция водителя ритма по предсердиям, неполная БПНПГ, сочетанные аритмии.

0260 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ермачкова Л.В., Головской Б.В., Ховаева Я.Б., Осташева Н.Л.
ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель исследования: выявить клинические особенности пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), имеющих признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы. Было обследовано 47 человек, находившихся на лечении в кардиологическом отделении для больных инфарктом миокарда по поводу нестабильной стенокардии или перенесенного инфаркта миокарда. Среди обследованных лиц был проведен скрининг на наличие маркеров ДСТ со стороны костно-мышечной системы, связочно-суставного аппарата и кожи. По результатам исследования пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая группа — лица с системными проявлениями ДСТ (21 человек, средний возраст 55,8±3,5 лет), 2-ая группа — лица, не имеющие системных проявлений ДСТ (26 человек, средний возраст 63,4±2,6 лет, p=0,082). По половому составу группы были сопоставимы. В обеих группах проводилось клинико-инструментальное обследование, включавшее заполнение опросника для активного выявления общесоматических жалоб и заболеваний, ассоциированных с ДСТ, физикальное обследование, а также электрокардиографическое и допплерэхокардиографическое исследование. Помимо морфо-функциональных параметров, учитывались кардиальные проявления ДСТ такие, как пролапсы клапанов сердца, дополнительные хорды левого желудочка.

Результаты. Данные опросника показали, что в 1-ой группе наиболее часто отмечается повышенная утомляемость по сравнению со 2-ой группой (57,1 % против 23,1 %, p=0,037), чаще встречаются расстройство сна: в 1-й группе — 71,4 %, во 2-й группе — 34,6 % (p=0,027).

При клинико-инструментальном обследовании у лиц с ДСТ достоверно чаще встречались различные нарушения ритма сердца, чаще по типу экстрасистолии — 80,9 %, по сравнению с группой без признаков ДСТ — 46,1 % (p=0,033). При этом у лиц с ДСТ достоверно чаще выявлялись деформации грудной клетки — 33,3 %, чем у лиц без признаков ДСТ — 3,8 % (p=0,022), сопровождающиеся уменьшением ее переднезаднего размера. По данным эхокардиографии были выявлены достоверно меньшие размеры камер сердца (обоих предсердий и желудочков, а также толщина стенок левого желудочка и межжелудочковой перегородки) в группе с ДСТ по сравнению с лицами без ДСТ (p=0,04-0,008). Наряду с этим в 1-ой группе чаще выявлялись дополнительные хорды левого желудочка — 47,6 %, чем во 2-ой группе — 15,4 % (p=0,036).

Таким образом, пациенты с ИБС и системными признаками ДСТ обладают повышенной тревожностью и склонны к астенизации. Характерной особенностью этих лиц являются сопутствующие нарушения ритма сердца, что может быть обусловлено кардиальными проявлениями ДСТ (дополнительные хорды), относительно малыми размерами сердца при наличии деформаций грудной клетки. Данные особенности лиц с ДСТ и ИБС следует учитывать в клинической практике.

Размеры левого предсердия в 1-й гр. составили — 3,86±0,48, во 2-й гр. — 4,33±0,49 (p<0,001).

Правое предсердие 1-я гр. — 3,91±0,48; 2-я гр. — 4,30±0,49 (p=0,008).

Правый желудочек 1-й группы — 2,49±0,26; 2-й группы — 2,80±0,49 (p<0,005).

Толщина задней стенки миокарда левого желудочка в 1-й и 2-й группах составили соответственно: 1,045±0,089; 1,151±0,096 (p <0,005).

МЖПд в 1-й группе — 1,066±0,127; во 2-й гр. — 1,159±0,105 (p=0,009).

КДО 1-й гр. — 118,38±31,44; 2-й гр. — 137±40,36 (p=0,005).

ДХЛЖ чаще встречаются у лиц имеющих ДСТ — 48,3 %, тогда как, у лиц без ДСТ выявлены в 30,2 % (p=0,04).

В среднем возрастные различия составили семь лет.

Подведя итог можно сказать, что в группе, имеющей дисплазию соединительной ткани, отмечено более раннее развитие ИБС, тогда как в группе без дисплазии соединительной ткани развитие ИБС отмечается на 7 лет позже; наиболее часто встречаются нарушения ритма сердца.

Большие размеры камер сердца, гипертрофия задней стенки левого желудочка и МЖПд, увеличение КДО, напротив, отмечаются у лиц, не имеющих дисплазию соединительной ткани.

В анамнезе у лиц, не имеющих ДСТ, среди кровных родственников, выявляются инфаркты миокарда (до 55 лет) чаще, чем у лиц с дисплазией соединительной ткани: 1-я гр. — 23,8 %; 2-я гр. — 61,5 % (p=0,005), а также чаще отмечается внезапная смерть (до 55 лет) 1-я и 2-я группы составили соответственно — 23,8 %; — 73,7 % (p=0,003).

0261 ОСНОВНЫЕ МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА (ФР) ИБС У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС), ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ефанов А.Ю., Дороднева Е.Ф., Шалаев С.В.
ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Цель: Оценить распространенность основных модифицируемых ФР ИБС среди пациентов, перенесших ОКС, проживающих на территории Тюменской области.

Материалы и методы исследования: обследованы 130 пациентов, перенесших ОКС (инфаркт миокарда с подъемом с.ST, инфаркт миокарда без подъема с.ST, нестабильная стенокардия). Из них 65,3 % мужчины (n-85), 34,7 % женщины (n-55), средний возраст 61±6 год. Оценена распространенность основных модифицируемых факторов риска ИБС, а также частота приема основных групп медикаментозных препаратов.

Результаты: На момент госпитализации курили 50,7 % больных (n-66), из которых 7,6 % (n-10) были женщины моложе 50 лет. 23 % пациентов (n-30) страдали сахарным диабетом (СД), у трети из которых (n-10) СД был выявлен впервые. При исследовании гликозилированного гемоглобина у пациентов с СД было выявлено, что лишь 20 % (n-6) контролировали уровень гликемии за последние 3 месяца (HbA1<6,5 %). 30 % (n-9) имели уровень HbA1>8 %, что говорит о декомпенсации заболевания. У 41,5 % пациентов (n-42) выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Среди всех пациентов с артериальной гипертонией, включенных в исследование (n-114, 87,6 %), адекватно контролировали уровень артериального давления (АД) и поддерживали его на рекомендованных значениях (<140/90 мм рт.ст. и <130/85 мм рт.ст. при наличии СД) лишь 24,5 % (n-28). 82,3 % пациентов (n-107) имели уровень холестерина выше рекомендованных 4,5 ммоль/л. Целевой уровень ХСЛПНП ниже 2,5 ммоль/л имели всего 17 пациентов (13 %). 52,3 % исследуемых пациентов (n-68) имели избыточную массу тела (ИМТ>30), и выраженное абдоминальное ожирение (окружность талии >102 см для мужчин и >88 см для женщин). Из получаемой медикаментозной терапии до госпитализации среди пациентов с ранее установленным диагнозом ИБС (n-89) процентное соотношение основных групп медикаментозных препаратов было следующим: В-адреноблокаторы — 44,9 % (n-40), статины — 19,1 % (n-17), антиагреганты — 58,4 % (n-52), препараты, влияющие на РААС (ИАПФ, АРА), — 65,2 % (n-58), антагонисты кальция — 25,8 % (n-23), нитраты длительного действия — 60,6 % (n-54) диуретики — 24,7 % (n-22). 14,6 % пациентов (n-13) не принимали никакой лекарственной терапии, имея в анамнезе ИБС.

Заключение. Результаты нашего исследования показали большую распространенность модифицируемых факторов риска ИБС, особенно артериальной гипертонии, гиперхолестеринемии и нарушений углеводного обмена. А также плохой уровень контроля артериального давления и очень низкую приверженность пациентов к гиполипидемической терапии. Это говорит о необходимости интенсификации мер по профилактике ИБС.

0262 НАКОПЛЕНИЕ ФТАЛОЦИАНИНА АЛЮМИНИЯ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ СОННЫХ АРТЕРИЙ, УДАЛЕННЫХ ПРИ ОПЕРАЦИИ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ IN VITRO

Ефремова Ю.Е., Соболева Г.Н., Андреева Е.Р., Радюхина Н.В., Карпов Ю.А., Тарарак Э.М.
ФГУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздрава им. А.Л.Мясникова", Москва, Россия

Введение. Фотодинамическая реакция является одним из перспективных методов диагностики и лечения атеросклероза. Метод основан на возможности накопления фоточувствительного красителя — фотосенсибилизатора (ФС) в атеросклеротических поражениях. Последующее эндоваскулярное лазерное облучение участков сосудистой стенки, индуцирует флуоресценцию ФС, которая может быть детектирована. Целью данного исследования явилось изучение локализации участков преимущественного накопления ФС Фотосенса (сульфированный фталоцианин алюминия (ФГУП ГНЦ "НИОПИК")) и идентификация типов клеток, которые могут принимать участие в этом процессе.

Методы: 30 атеросклеротических бляшек (АСБ), удаленных во время операции каротидной эндартерэктомии, инкубировали в питательной среде RPMI, содержащей 10 мкг/мл Фотосенса, в течение 24 часов. Флуоресценцию ФС на гистологических срезах биоптатов регистрировали микроскопически. Идентификацию областей атеросклеротического поражения, с преимущественным накоплением ФС, проводили в сопоставлении с данными морфологического анализа. Типы клеток, накопивших препарат, определяли иммуногистохимически с использованием специфических моноклональных антител против макрофагов, лимфоцитов и гладкомышечных клеток (ГМК).

Результаты. Интенсивность флуоресценции Фотосенса в различных областях АСБ различалась. Морфологический анализ показал, что в областях с наибольшей интенсивностью флуоресценции присутствовало значительное количество клеточных элементов, которые иммуногистохимически были идентифицированы как макрофаги, лимфоциты и ГМК. Преимущественное накопление Фотосенса выявлялось в клеточных элементах находящихся в покрышке, плечах, участках вновь образованной соединительной ткани, а также в атеронекротическом ядре и в зонах васкуляризации бляшки. В участках с минимальным количеством клеток, в областях кальциноза и некротического ядра, флуоресценция ФС не определялась.

Заключение. Преимущественная локализация Фотосенса в определенных участках АСБ связана с присутствием в них значительного количества клеточных элементов, таких как макрофаги, лимфоциты и ГМК. Полученный результат в дальнейшем может быть использован для поиска новых методов неинвазивной диагностики атеросклероза и оптимизации режима фотодинамического воздействия.

Работа поддержана Департаментом науки и промышленной политики г. Москвы, ГК № 8/3-408н-09.

0263 СКОРОСТНЫЕ РЕЖИМЫ КРОВОТОКА В МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ефремушкин Г.Г., Филиппова Т.В., Денисова Е.А.
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: изучить особенности кровотока в магистральных артериях у больных артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Обследовано 50 больных АГ в возрасте от 61 до 88 лет. Все больные в зависимости от уровня артериального давления (АД) распределены на три группы: а) с нормальным АД (НАГ) — 10 человек, б) изолированная систолическая АГ (ИСАГ) — 14, в) систоло-диастолическая АГ (СДАГ) — 26. Всем больным проведено дуплексное сканирование магистральных артерий: общей сонной (ОСА), плечевой (ПА) и бедренной (БА) с определением диаметра артерий (ДА), толщины комплекса интима-медиа (ТИМ), максимальной скорости кровотока (Vmax), средней по времени максимальной скорости кровотока (VTamax), минимальной скорости кровотока (Vmin).

Результаты. У больных АГ пожилого возраста в ОСА Vmax была одинакова при НАГ и СДАГ, при ИСАГ меньше, чем СДАГ на 18,2 % (p<0,01). VTamax и Vmin были больше у больных НАГ по сравнению с СДАГ на 21 % (p<0,01) и 80 % (p < 0,001) соответственно. У больных ИСАГ отмечена тенденция к нарастанию VTamax и увеличению Vmin на 37,6 % (p<0,05) по сравнению с НАГ. Существенных различий величины ДА в группах больных не определялось, тогда как ТИМ у больных с СДАГ была меньше по сравнению с ИСАГ на 7,3 % (p<0,05). В ПА Vmax и VTamax были большими у больных с СДАГ, а наименьшая VTamax (на 18 %, p<0,05) — у больных ИСАГ. В БА скорость кровотока в различные его фазы не зависела от уровня АД и характера АГ. У больных ИСАГ ДА был значительно больше, чем у больных с НАГ (p<0,05) и СДАГ (p<0,001). У последних ДА был меньше по сравнению с НАГ

и ИСАГ на 10,2 % (p<0,05) и 15,2 % (p<0,05) соответственно. ТИМ БА была больше у больных ИСАГ — на 8,4 % и СДАГ — на 6 % (p<0,001) по сравнению со значением её у больных с НАГ.

Таким образом, у больных ИСАГ в ОСА и ПА максимальная скорость кровотока была меньше, а средняя максимальная и минимальная больше, чем при НАГ и СДАГ. В БА у больных АГ скорость кровотока в различные фазы не зависела от уровня АД.

0264 ФАРМАКОКИНЕТИКА ВЕРАПАМИЛА ПРИ УТРЕННЕМ И ВЕЧЕРНЕМ ПРИЕМЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Жабина Е.А.
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. В рамках комплексного сравнительного исследования сравнить фармакокинетику ретардной формы верапамила — таблеток Изоптин СР 240 при регулярном утреннем и вечернем приеме у больных артериальной гипертонией I-II степени и сопоставить полученные данные с результатами фармакодинамического исследования.

Материал и методы. Исследование выполнено открытым, рандомизированным, перекрестным методом у больных артериальной гипертонией I-II степени при регулярном приеме в течение 3 недель. До начала активного лечения больным на 2 недели отменялась вся гипотензивная терапия за исключением препаратов короткого действия (“период отмены”). Через 2 недели пациенту выдавался Изоптин СР 240, согласно схеме рандомизации с рекомендацией принимать 1 таблетку утром или вечером в одно и то же время. Через 3 недели пациент госпитализировался для проведения фармакокинетического исследования параллельно с СМАД. Через 7 дней после отмены первого изучаемого препарата проводился второй аналогичный курс терапии с инвертированным временем приема. Концентрацию неизмененного верапамила в плазме крови больных определяли с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии с флуоресцентным детектированием.

Результаты. У 14 больных артериальной гипертонией I-II степени изучено влияние времени приема на фармакокинетику верапамила при регулярном приеме ретардной лекарственной формы. Выявлены достоверные различия между фармакокинетическими параметрами на фоне утреннего и вечернего приема верапамила. Достоверные различия наблюдались для значений Cmax и T1/2. Среднее значение Cmax при утреннем приеме достоверно превышало таковое при вечернем приеме более чем в полтора раза, при этом вечерний прием сопровождался существенным (в 1,8 раза) удлинением среднего значения T1/2 по сравнению с утренним приемом. Таким образом, вечерний прием Изоптина СР 240, согласно полученным данным, более предпочтителен с точки зрения плавности развития гипотензивного эффекта и обладает свойствами хронотерапевтической системы, не будучи изначально созданным с этой целью.

Заключение. При вечернем приеме Изоптина СР у больных АГ 1-2 степени нарастание концентрации препарата в плазме происходит медленнее относительно утреннего приема и характеризуется более высоким уровнем корреляции соотношения “концентрация-эффект”. Таким образом, вечерний прием препарата может быть рекомендован, как более рациональный.

0265 НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА БОЛЬНЫХ С КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА

Жаворонкова И.А.
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Многоклапанная коррекция пороков сердца в сочетании с АКШ. Хирургическое лечение больных с одно- и многоклапанными пороками сердца, сочетающимися с поражениями коронарных артерий (КА) относится к группе операций большого риска и являются одной из малорешенных и сложных проблем современной кардиохирургии. Анализ опыта особенностей хирургического лечения сочетанных поражений клапанов сердца и коронарных артерий, включающий в себя вопросы хирургической тактики и техники, защиты миокарда, показаний к одномоментной коррекции патологии клапанного аппарата и стеноза коронарных артерий.

Материал и методы. Представляем наш опыт операций данной категории больных за последние 4 года. Все операции в исследуемой группе больных выполнены в условиях ИК в сочетании с различными методами миокардиальной защиты. Наш опыт — 19 операций у данной группы больных. Среднее число дистальных анастомозов с коронарными артериями составило 3,2 на одного пациента, при этом внутренняя грудная артерия использовалась в 16 операциях, лучевая артерия в качестве свободного аутоартериального шунта — в 18 операциях (одновременно с внутренней грудной артерией), желудочно-сальниковая артерия — в 1 операции. Вид операций и количество выполненных операций: ПАК+ПМК+АКШ — 8; ПАК+ПМК+ПлТК+АКШ — 1; ПМК+ПлТК+АКШ — 1; ПлМК+ПлТК+АКШ — 4; ПлАК+ПМК+АКШ — 2; ПАК+ПлМК+АКШ — 3. Результаты. Инфаркт миокарда развился у 2 (10,5 %) больных в послеоперационном периоде. У всех этих больных исходно перед операцией — нестабильная стенокардия. Синдром малого сердечного выброса был у 2 больных (10,5 %). Нарушения ритма сердца отмечались у 1 больного (5,2 %). Длительная ИВЛ потребовалась 3 больным (5,7 %), неврологические осложнения развились у 1 больного (5,2 %). Умерло после операции в данной группе 1 больной. Летальность составила 5,2 %.

Выводы. Таким образом, к особенностям хирургического лечения больных с клапанной патологией и поражением коронарных артерий сердца, позволяющим успешно оперировать данное сочетание, мы относим: адекватную клапанную коррекцию порока сердца с полной реваскуляризацией миокарда. И возможность использования для АКШ у данной группы больных — аутоартерий.

0266 КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Жаворонкова И.А.
Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Цель исследования: состояла в изучении когнитивных нарушений у пациентов в послеоперационный период с сочетанной клапанной патологией при помощи метода дерматоглифики (изучение параметров дерматоглифики по отпечаткам десяти пальцев рук).

Материал и методы исследования: объектом исследования явились 1669 пациентов (26 — 70) возраста. Из них обследовали лиц мужского пола — 497, женского — 1172, прооперированных по поводу сочетанной патологии сердца и сосудов в условиях искусственного кровообращения с июня 2008г по декабрь 2008г в ГУ РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН. Применены антропометрические, дерматоглифические методы, соматотипирование, использован математический подход (получение средних значений и средне-квадратичных ошибок, Т-критерий Стьюдента. Оценку соматических типов производили по морфологическому выражению конституции человека, где габаритный, компонентный и пропорционный уровни варьирования признаков располагаются в следующем порядке: (ГУВ; КУВ — ЖМ, ММ, КМ; ПУВ). Параметры дерматоглифики изучали по отпечаткам десяти пальцев, полученным по стандартной методике. Узоры классифицировались по трем общепринятым типам: дуга (A), петля (L) и завиток (W). Использовали традиционные неврологические методики.

Результаты: Госпитальной летальности не было. Время искусственного кровообращения составило в среднем-107,0 мин. Всем пациентам были выполнены реконструктивные операции на клапанах сердца. В 10 % случаев у больных без неврологических дефицитов на предоперационном этапе, в послеоперационном периоде отмечались транзиторные ишемические атаки. При проведении работы была определена конституциональная принадлежность исследованных пациентов и показано, что среди женщин МиС составляют 13,7 %, МиМеС — 23,7 %. У мужчин эти конституциональные типы определяются соответственно в 21,85 % и 29,65 % случаев. МеМаС — соматотипы представлены в одинаковом соотношении, как среди мужчин (23,2 %), так и женщин (23,09 %). В проведенном исследовании были выявлены конституциональные особенности кожного рисунка пальцев в связи с наличием патологии сердечно-сосудистой системы: у женщин на обеих руках макросомного типа наблюдается явное снижение частот встречаемости дуг бездельтовых узоров (БУ) — 4,18 %, по сравнению с лицами микросомного — 6,48 % и мезосомного — 5,12 % соматотипов. У мужчин отмечена наибольшая частота встречаемости однодельтовых узоров — 67,95 %.

Заключение: Первые кардиохирургические операции в условиях ИК сопровождались 30 % развитием полиорганной недостаточности, при этом отсутствие теоретических и практических знаний затрудняло определение причин и механизмов развития осложнений.

0267 РОЛЬ ω-3 ПНЖК В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ

Жалолов Б.З., Курбанов Р.Д., Хусанов Ш.С.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить влияние ω -3 полиненасыщенных жирных кислот (ω-3 ПНЖК) на частоту возникновения рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) после электрической кардоверсии (ЭКВ).

Материалы и методы: нами обследовано 47 больных с персистирующей формой ФП, имевшие в анамнезе не менее 2 двух рецидивов после успешной ЭКВ. Все пациенты были мужского пола, средний возраст их составил 69,7±6,5 лет. Перед началом исследования всем больным проводились общеклинические и лабораторные обследования, включавшие определение трансаминаз, тиреоидных гормонов, электрокардиограммы, эхокардиоскопию. Исследование состояло из подготовительного этапа (4 недели — назначение амиодарона, ингибиторов иАПФ и антикоагулянтов с титрованием дозы до достижения оптимальных значений МНО), ЭКВ и наблюдения за пациентами на 3 и 6 месяцах терапии. После проведения ЭКВ больные были рандомизированы на 2 группы: I группа (n=21) получала терапию амиодароном, иАПФ, антикоагулянтами, II группа (n=26) к вышеуказанным препаратам дополнительно получала препарат ω-3 ПНЖК Омакор ("Solvay Pharma", Нидерланды) в дозе 1 грамм в сутки. Всем больным на 3 и 6 месяцах наблюдения проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ). Статистическую обработку полученных результатов выполняли с помощью компьютерной программы Statistica-6.

Результаты. При сравнительном анализе между группами обследуемых достоверных различий в отношении клинических (средний возраст в I группе составил 63,5±6,0 лет, во II группе 64,1±7,2 лет), эхокардиографических показателей, а также продолжительности и этиологии ФП не выявлено. По данным ХМ ЭКГ проведенного на 3 и 6 мес наблюдения частота рецидивов ФП на 3 и 6 месяцах была достоверно ниже в группе больных, принимавших Омакор в сравнении с группой больных, получавших стандартную терапию (17,1 % против 25,2 %, p<0,04; 26,5 % против 44,3 %, p<0,05).

Заключение: наше исследование выявило значительное снижение частоты рецидивов ФП после ЭКВ на длительный период (3 и 6 месяцев) при включении в схему удержания синусового ритма (СР) препарата ω-3 ПНЖК Омакора.

0268 ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жданкина Н.В.
ГОУ ВПО "Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава", Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить особенности артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП) и оценить взаимосвязь показателей суточного ритма артериального давления (АД) с данными вариабельности ритма сердца (ВРС).

Материалы и методы: обследовано 68 юношей (средний возраст 18 [18;21] лет), страдающих ГСПП с АГ. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД). При проведении СМАД регистрировались показатели среднего систолического АД (срСАД), среднего диастолического АД (срДАД), индекс времени САД и ДАД (ИВСАД, ИВДАД). Кроме того, оценивались суточные индексы САД и ДАД (СИСАД, СИДАД). ВРС изучалась путем регистрации 500 кардиоинтервалов в положении лежа и в ортостазе. При этом анализировались показатели спектрального анализа: общая мощность спектра (Total Power-TP), мощность волн высокой частоты (High Frequency-HF), мощность волн низкой частоты (Low Frequency-LF), мощность волн очень низкой частоты (Very Low Frequency-VLF). Колебания в диапазоне HF обусловлены активностью парасимпатической нервной системы, в диапазоне LF — симпатической нервной системы, уровень VLF отражает воздействие гуморальных систем на ВРС.

Полученные результаты: у больных ГСПП с АГ в дневные часы выявлено повышение САД до142[136;149] мм рт.ст. в сочетании со значительным повышением ИВ САД до 52[37;77]%, что свидетельствует о стойкой систолической АГ 1 степени. Кроме того, при анализе СИ САД выявлены следующие нарушения циркадного ритма АД: 31,3 % пациентов составили группу нон-дипперов, 10,9 % — гипердипперов, в 7,8 % случаев регистрировалось повышение САД в ночные часы. При анализе показателей ВРС в состоянии покоя выявлено повышение доли VLF до 43,2[32,6;49,3]%, что характеризует активацию церебральных эрготропных и гуморально-метаболических влияний в регуляции кардиоритма. При переходе в ортостаз у больных ГСПП с АГ наблюдались следующие изменения: отмечена тенденция (p=0,09) к уменьшению общей мощности спектра с 2626 до 1780 мс^2, значительно усилилось (p=0,03) преобладание VLF (43,2 % в фоновой пробе и 49,6 % в ортостазе). Кроме того, уменьшилось проявление вагусных влияний на деятельность сердечно-сосудистой системы. Об этом свидетельствовало уменьшение (p=0,003) абсолютных значений HF с 519[269,5;1019] мс^2 в фоновой пробе до 188[64,9;501] мс^2 в положении стоя, уменьшение (p=0,0003) доли HF с 23,6[13,6;27,7]% до 8,6[5,7;16,6]%.

Выводы: для юношей с ГСПП характерна стойкая систолическая АГ 1 степени преимущественно в дневные часы с нарушением циркадного ритма АД. Изменения ВРС представлены снижением реактивности симпатической и парасимпатической нервной системы, а также сдвигом вегетативной регуляции на более низкий гормонально-метаболический уровень.

0269 ЛИПОИДОЗ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ИБС

Жданов В.С., Веселова С.П., Дробкова И.П., Черпаченко Н.М., Шлычкова Т.П.
ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий, Москва, Россия

Значительная часть исследований по атеросклерозу посвящена начальным этапам его развития и формированию

атеросклеротических бляшек. Изменения в уже сформировавшихся атеросклеротических поражениях, прежде всего в фиброзных бляшках, остаются менее изученными.

Цель исследования: изучение некоторых изменений коллагеновых волокон (КВ) в фиброзных атеросклеротических бляшках коронарных артерий (КА) при хронической форме ИБС и значение этих изменений для течения атеросклероза и ИБС.

Материалы и методы. Проведено изучение эндартерэтомированных сегментов КА, полученных при операциях их шунтирования у 90 больных хронической формой ИБС в возрасте от 56 до 72 лет. Исследовали криостатные, парафиновые и замороженные гистологические срезы удаленных сегментов КА. В срезах КА выявляли липиды, эластические и коллагеновые волокна. Последние окрашивали пикрофуксином по методу ван Гизон, а также по Массону, обзорная окраска — гематоксилин-эозином. Проводилась также поляризационная микроскопия срезов КА.

Результаты. Микроскопические исследования фиброзных бляшек КА при хронической форме ИБС выявили их характерные изменения. Наиболее частые и значимые изменения в фиброзных бляшках характеризуются развитием инфильтрации КВ (основного элемента бляшек) липидами ЛКВ. Это явление отмечалось нами во всех исследованных случаях ИБС. При этом наблюдалось значительное утолщение коллагеновых волокон в фиброзных бляшках, что благоприятствует усилению стенозирования КА.

При липоидозе часто отмечается развитие деструктивных изменений, включая некрозы резко инфильтрированных липидами КВ с появлением в них большого количества кристаллов холестерина. При этом наблюдается разрушение КВ и образование очагов атероматозного вида детрита, занимающих в отдельных случаях довольно большие участки фиброзных бляшек.

В предыдущих наших исследованиях, а также в работах других авторов было отмечено уменьшение содержания липидов в интиме различных артерий при терапии статинами. Однако эти данные были получены при изучении липидов, располагающихся в поверхностных слоях интимы вне собственно фиброзных частей бляшек. Липоидоз КВ, составляющих основу фиброзных бляшек, по-видимому, менее чувствителен к терапии статинами; на это указывает практически во всех этих случаях наблюдаемая нами та или иная степень липоидоза коллагеновых волокон в фиброзных частях атеросклеротических бляшках.

Заключение. Прогрессия атеросклероза в фиброзных атеросклеротических бляшках сопровождается инфильтрацией КВ липидами, что является причиной увеличения размеров (толщины) бляшек, способствуя прогрессированию стенозирования КА. Выраженные проявления липоидоза КВ в фиброзных атеросклеротических бляшках КА часто сопровождаются их некрозами, что ведет к образованию очагов атероматоза в фиброзных бляшках.

0270 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Жикина Н.П., Козиолова Н.А., Щепина Г.М.
Краевой врачебно-физкультурный диспансер, ГОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава", Пермь, Россия

Цель: выявить частоту встречаемости и структуру нарушений ритма и проводимости у молодых спортсменов в зависимости от выраженности гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Методы: обследовано 90 спортсменов в возрасте от 18 до 30 лет, занимающихся лыжным спортом в течение 11,9±1,7 лет, имеющих высокий уровень спортивного мастерства. Всем спортсменам была проведена допплерографическая эхокардиоскопия с оценкой индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и относительной толщины стенок левого желудочка. Критерием наличия ГЛЖ считали ИММЛЖ 125 г/м^2 и более у мужчин и 110 г/м^2 и более у женщин. В зависимости от ремоделирования левого желудочка сердца было выделено 3 группы спортсменов. Первую группу составили 28 (31,1 %) человек без ГЛЖ; вторую группу — 30 (33,3 %) спортсменов с концентрическим ремоделированием и концентрической ГЛЖ, третью группу — 32 (35,3 %) спортсмена с эксцентрической ГЛЖ. Группы сравнения были сопоставимы по полу и возрасту. Всем спортсменам в межсоревновательный период в нетренировочные дни проводилось суточное мониторирование ЭКГ. Оценивались частота и структура нарушений ритма и проводимости.

Результаты: в первой группе желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) в патологическом количестве выявлялась у 3 (10,7 %), во второй группе — у 15 (50 %), в третьей группе — у 9 (28,1 %) спортсменов (pmg=0,005). Среднее количество ЖЭ на одного спортсмена в первой группе составило 460,2±256,2; во второй группе — 718,4±542,0; в третьей группе — 616,3±380,4 (p_{1-3}=0,074; p_{1-2}=0,025). ЖЭ I (L1) градация по Лауну выявлена у 3 (10,7 %) спортсменов первой группы, у 5 (16,6 %) — во второй группе, в третьей группе — у 12 (37,5 %) спортсменов (p=0,044); II (L2) градация по Лауну выявлена у 1 (3,5 %) спортсмена первой группы, у 12 (40 %) спортсменов второй группы, у 9 (28,1 %) спортсменов третьей группы (pmg<0,001); III (L3) градация по Лауну выявлена у 1(3,5 %) спортсмена первой группы, у 13 (43,3 %) спортсменов второй группы, в третьей группе — у 10 (31,2 %) спортсменов (pmg<0,001), IVa (L4A) градация по Лауну не была выявлена у спортсменов первой группы, во второй и третьей группах — у 2 (6,6 % и 6,2 % соответственно) спортсменов (pmg=0,120), IVb (L4b) и V (L5) градации по Лауну у спортсменов не были выявлены. Нарушения проводимости выявлены у 11 (39,2 %) спортсменов в первой группе, у 15 (50,0 %) спортсменов во второй группе и у 9 (28,1 %) спортсменов в третьей группе (pmg<0,001). Достоверных различий между группами по частоте встречаемости различных степеней и типов синоатриальных и атриовентрикулярных блокад не было выявлено. Феномен преждевременного возбуждения желудочков по типу CLC (Clerk-Levy-Critesko) был выявлен у 4 (14,2 %) спортсменов в первой группе, у 3 (10 %) спортсменов во второй и третьей группах (9,3 %) (pmg=0,808), по типу WPW (Wolf- Paarkinson-White) не было выявлено в первой и в третьей группах, и только у 2 (6,6 %) спортсменов во второй группе (pmg=0,007). Удлиненный интервал QT >440мс был выявлен у 2 (7,1 %) спортсменов в первой группе, у 5(16,6 %) — во второй группы, и у 3 (9,3 %) — в третьей группе (pmg =0,407).

Выводы: у молодых спортсменов высокого мастерства ЖЭ в патологическом количестве и нарушения проводимости достоверно чаще выявлялись при наличии ГЛЖ. Увеличение общего количества ЖЭ и связанных с неблагоприятным прогнозом ассоциируется с концентрическим ремоделированием и концентрической ГЛЖ. Выявление феномена преждевременного возбуждения желудочков по типу WPW также сопряжено с наличием концентрического ремоделирования и концентрической ГЛЖ.

0271 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АКАРБОЗЫ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Жирикова Л.Р., Инорокова А.М.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель исследования. Изучение метаболических эффектов акарбозы у мужчин с высоким сердечно-сосудистым риском и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ).

Материалы и методы. В исследование включены 50 мужчин в возрасте 40-60 лет с высоким и очень высоким суммар-

ным сердечно-сосудистым риском (>5 % по шкале SCORE) и НТГ (критерия ВОЗ, 1999 год). Критериями исключения являлись острые и хронические сердечно-сосудистые заболевания, заболевания ЖКТ и сахарный диабет 1 и 2 типов. Пациенты путем рандомизации распределены в две группы. I группа (n=25) пациентов получала акарбозу 150 мг по схеме. II группа (n=25) пациентов получала прежнюю стандартную терапию. Продолжительность исследования составила 6 месяцев. До и после лечения пациентам измерены: АД, ЧСС, окружность талия, ИМТ, липиды крови, уровень глюкозы натощак и через 2 часа после нагрузки, индекс инсулинорезистентности по методу HOMA.

Результаты. На фоне проведенной терапии уровень глюкозы натощак практически не изменился, тогда, как уровень глюкозы через 2 часа после нагрузки снизился в среднем на 30 %. Целевые уровни гликемии после нагрузки достигнуты у 69 % пациентов. В основной группе отмечается статистически значимое снижение массы тела на 4,5 кг, а также уменьшение окружности талии на 4 см. В группе контроля показатели гликемии и антропометрические параметры практически не изменились. Антигипергликемическая терапия способствовала статистически значимому уменьшению концентрации триглицеридов на 20 %, ХС ЛНП на 13 %, увеличению ХС ЛВП на 12 %. Наряду с этим отмечается снижение АД в среднем на 8 % от исходного уровня. В группе контроля изменение АД не имело статистическую значимость. 55 % мужчин с высоким сердечно-сосудистым риском отмечали улучшение эректильной функцию на фоне терапии акарбозы.

Заключение. Таким образом, антигипергликемическая терапия с применением акарбозы 150 мг на протяжении 6 месяцев способствовала достижению целевых уровней гликемии после нагрузки у большинства пациентов. Наряду с этим отмечается достоверное снижение антропометрических показателей, параметров липидного спектра, АД и улучшения эректильной функции у мужчин с высоким сердечно-сосудистым риском.

0272 ВАГОТОНИЧЕССКАЯ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ

Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Губская П.М., Сухенко И.А.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: исследовать особенности вегетативной реакции на холодовой стресс у больных артериальной гипертензией (АГ) с различным вегетативным профилем.

Материал и методы: обследованы 36 мужчин (средний возраст 49,34±1,6) и 41 женщина (средний возраст 50,1±1,2 лет) больные АГ II степени (ЕОК/ЕОАГ 2007). В исследовании использованы метод вариационной интервалометрии с расчетом показателей: коэффициент монотонности (КМ) и индекс напряжения (ИН), отражающие активность симпатического отдела вегетативной нервной системы и напряженность регуляторных механизмов. По значениям ИН из общей группы больных АГ мужчин и женщин были выделены три группы: “ваготоники” с преобладанием активности парасимпатического отдела ВНС (при значениях ИН<100), “симпатотоники” с преобладанием активности симпатического отдела ВНС (при значениях ИН>200) и “нормотоники” — со значениями показателя ИН 100-200.

Обследование пациентов проводилось в покое и при холодовой пробе (ХП), которая проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 мин. Уменьшение показателя ИН при ХП на 10 % расценивалась как ваготоническая вегетативная реакция на стресс.

Результаты исследования показали, что у мужчин с преобладанием симпатических вегетативных влияний в 78,6 % случаев при проведении холодовой пробы отмечалась ваготоническая реакция. В группе больных АГ мужчин “нормотоников” ваготоническая реакция встречалась в 45,8 % случаев. У больных АГ мужчин “ваготоников” в 36,4 % случаев при холодовом стрессе отмечалось нарастание ваготонических влияний.

У больных АГ женщин “ваготоников” в 30 % случаев наблюдалась выраженная ваготоническая реакция, когда ИН уменьшался на 15 % и более. Во второй группе больных АГ женщин “нормотоников” ваготоническая реакция встречалась несколько чаще — в 40 % случаев. В третьей группе больных АГ “симпатотоников” в 35 % случаев также отмечалась ваготоническая реакция на холодовой стресс.

Таким образом, ваготоническая реакция на холодовой стресс встречалась у больных АГ мужчин и женщин, независимо от исходного вегетативного профиля, причем у больных АГ мужчин несколько чаще в группе “симпатикотоников”, а у женщин примерно с одинаковой частотой, независимо от исходного вегетативного профиля.

0273 ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТРОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ КРЫСС ЛИНИИ ВИСТАР ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА

Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Губская П.М., Прошина Л.Г., Нуржанова Т.М.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: изучить отдаленные последствия структурных изменений в миокарде левого и правого желудочков сердца крыс линии Вистар, вызванных однократным введением преднизолона.

Материал и методы: крысам-самцам линии Вистар однократно интраперитонеально вводился преднизлон из расчета 3 мг/кг. Затем животные в течение месяца содержались в обычных условиях без медикаментозных воздействий, после чего под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) и в правом желудочке (ПЖ) в каждой серии эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности кардиомиоцитов (КМЦ), коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства (ВКП).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что через 1 месяц после однократного введения преднизолона в миокарде ЛЖ по сравнению с контрольной серией сохраняется увеличение плотности коллагена (7,06±0,63 об.% в контроле и 12,19±1,12 об.% через 1 месяц, p<0,05), что свидетельствует о развитии фиброза миокарда ЛЖ. Остальные структурные элементы миокарда ЛЖ практически не отличаются от значений контрольной серии.

В миокарде ПЖчерез 1 месяц после однократного введения преднизолона, наряду с развитием фиброза (увеличением плотности коллагена с 7,48±0,6 об.% в контроле до 11,59±1,24 об.% через 1 месяц, p<0,05), регистрируется увеличение объема ВКП с 3,48±0,53 об.% в контроле до 7,78±1,14 об.% через 1 месяц (p<0,05). Сохраняющиеся выраженные изменения жидкостных пространств миокарда ПЖ через месяц после однократного введения преднизолона могут способствовать дальнейшему прогрессированию структурных изменений миокарда правого желудочка, в частоности прогрессированию фиброза.

Таким образом, результаты экспериментального исследования свидетельствуют о том, что даже однократное введение преднизолона не проходит бесследно для миокарда обоих желудочков. Видимо, в клинической кардиологии преднизолон должен вводиться по жизненным показаниям, поскольку

даже отдаленные последствия однократного введения препарата весьма выражены.

0274 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИВОДЯЩИХ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Жолдин Б.К., Беркинбаев С.Ф., Бекжанова Ж.С.
ЗКГМУ имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Цель: изучение распространенности основных сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов с хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследований: с целью выявления пациентов с ХСН, среди 15659 человек, обратившихся за помощью в поликлиники города Актобе, Мугалжарскую и Хобдинскую районные поликлиники Актюбинской области, а также в стационары города, было проведено скрининговое обследование. В исследование были включены пациенты с жалобами на различной степени выраженности одышку, пациенты, имеющие в анамнезе одно из сердечно-сосудистых заболеваний: ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), пороки (приобретенные и врожденные), заболевания миокарда (кардиомиопатия (КМП), миокардиты). По результатам скрининга у 3215 пациентов была установлена ХСН различной степени выраженности. Распространенность ХСН составила 20,5 %. Исследуемую группу больных с ХСН в большей степени составили мужчины — 57,5 % (1849 человека), женщин было — 42,5 % (1366 пациента). Наибольшая распространенность ХСН, независимо от пола, приходилась на возрастной период от 51 до 70 лет, и составила 62,3 % от общей численности исследуемых пациентов.

Полученные результаты: среди всех заболеваний, приведших к развитию ХСН, распространенность ИБС составила 47,7 % от общего количества всех исследуемых пациентов с ХСН. Из них, 68,3 % случаев составляли лица, перенесшие инфаркт миокарда (ИМ). В исследуемой группе распределение ИБС в сочетании с АГ и ИБС с сердечной недостаточностью оказались в равном количестве, и составили 22 %. Стенокардия была представлена в 2,9 % случаев. У 6,8 % пациентов с ХСН было выявлено нарушение ритма. Распространенность гипертонической болезни (ГБ), среди исследуемых пациентов, составила 20,8 %.

Врожденные и приобретенные пороки сердца среди больных ХСН, отмечены в 17,8 % случаях. При этом приобретенные пороки составили 76,6 % от общего количества больных с пороками сердца. В общем числе приобретенных пороков сердца на долю ревматических пороков пришлось 98,9 %. Распространенность врожденных пороков среди общего числа пациентов с ХСН, составила 4,2 %, а в группе больных с пороками сердца отмечена в 23,4 % случаев. Распространенность сахарного диабета (СД) составила 9,05 %.

В группе нозологий, объединенных как заболевания миокарда, были включены пациенты, страдающие КМП, миокардитами, эндокардитами. Распространенность этой группы ССЗ составила 4,5 % от общего числа пациентов с ХСН. В данной группе КМП установлены у 77,4 % больных (дилатационная КМП в 78,8 %, гипертрофическая КМП в 21,2 % случаев). Количество пациентов с миокардитами составило 9,6 % от общего числа пациентов данной группы, с эндокардитами — 13 %.

Выводы: 1) распространенность ХСН составила 20,5 %. 2) основными сердечно-сосудистыми заболеваниями, наиболее часто приводящими к развитию ХСН, были установлены ИБС и ГБ (47,7 % и 20,8 % соответственно).

0275 ВЗАИМОСВЯЗЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА КАК МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В ПОПУЛЯЦИИ МОСКВИЧЕЙ В ВОЗРАСТЕ 55 ЛЕТ И СТАРШЕ

Жукова В.А., Метельская В.А., Худяков М.Б., Деев А.Д., Александри А.Л., Баланова Ю.А., Капустина А.В., Константинов В.В., Кукушкин С.К., Лельчук И.Н., Платонова Е.В., Шальнова С.А.
ФГУ Государственный Научно-исследовательский Центр Профилактической Медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь между уровнем С-реактивного белка и основными компонентами метаболического синдрома в случайной выборке москвичей в возрасте 55 лет и старше.

Материал и методы. На представительной выборке населения г. Москвы 55 лет и старше проведено одномоментное популяционное исследование, которое включало 1876 человек (47,9 % мужчин (М)/52,1 % женщин (Ж)).

В анализ включались: Высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ), абдоминальное ожирение (АО), высокий уровень триглицеридов (вТГ), низкий уровень ХС ЛПВП (нХС ЛПВП), артериальная гипертензия (АГ), высокий уровень глюкозы натощак (ВГН) и метаболический синдром (МетС) согласно критериям NCEP (ATPIII).

По возрастанию концентрации РБ выборка разделена на 3 группы: группа 1 — СРБ ≤1 мг/л нормальное значение СРБ, группа 2 >1<3 мг/л умеренно повышенный уровень СРБ; группа 3 ≥3 мг/л — высокий уровень СРБ, согласно рекомендациям American Heart Association.

Результаты. Среднее значение вчСРБ в популяции москвичей составляет 3,26 ± 0,12 мг/л..

Отмечается тенденция к повышению этого показателя у мужчин, по сравнению с женщинами 3,38±0,19 vs. 3,15±0,15 мг/л. АО достоверно чаще встречается у женщин ($p<0,001$ во всех случаях) и более существенно возрастает с увеличением концентрации вч СРБ: (Ж) 34,5 %; 60,2 %; 75 %, соответственно. У М частота АО менее выражено зависит от уровня вчСРБ: 20,5 %, 36,5 % и 38,4 %, соответственно (различия между 1 и 3 группами для М и Ж статистически значимы). Аналогичная зависимость отмечается при анализе ассоциаций между нХС-ЛПВП и увеличением уровня вчСРБ у женщин 33,1 %, 43,9 % и 54,3 %, соответственно, и у мужчин — 21,8 %, 31,1 % и 40,0 %, соответственно. Распространенность вТГ не различается у М и Ж и в группах СРБ. Распространенность АГ возрастает с увеличением концентрации вчСРБ у лиц обоего пола: 74.3 % vs. 75,9 %; 80,1 % vs.85,3 %; 86,2 % vs. 87,9 % (между 1 и 3 группами $p<0,001$ для М и Ж). Распространенность ВГН достоверно выше у М в группе с нормальным СРБ ($p<0,001$) и имеет тенденцию к повышению в группе умерено повышенного вчСРБ ($p=0,07$): 21 % vs. 35 %; 63,8 % vs. 56,5 %; 41,0 % vs. 42,9 %) (между 1 и 3 группами $p<0,001$ только для Ж, для М различия не достоверны). Распространенность МетС у женщин достоверно выше, чем у М и увеличивается при возрастании концентрации вчСРБ. 22,8 % vs. 15,3 % ($p<0,005$); 41,7 % vs. 26,4 %; 57,3 % vs. 30,1 % ($p<0,001$ в обоих случаях).

Выводы. В популяции москвичей старше 55 лет взаимосвязь воспаления с МетС более выражена у женщин по сравнению с мужчинами. Тогда как частота ВГН преобладает у мужчин с нормальным уровнем вчСРБ и имеет тенденцию к повышению в группе умерено повышенного вчСРБ.

0276 СЦИНТИГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Завадовский К.В., Панькова А.Н., Лишманов Ю.Б.
Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы — выявить наиболее информативные показатели перфузионной пульмоносцинтиграфии и радионук-

лидной томовентрикулографии при тромбоэмболии ветвей легочной артерии.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 72 пациентов: 57 (основная группа) — с тромбоэмболией ветвей легочной артерии и 15 (группа сравнения) — с ишемической болезнью сердца и недостаточностью кровообращения ФК I-II по NYHA. Средний возраст больных в группах составил 60,3±10,4 и 59,0±9,0 лет соответственно. Все пациенты прошли полное клинико-инструментальное обследование в клиниках НИИ кардиологии СО РАМН. Радионуклидные исследования включали вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию легких и радионуклидную равновесную томовентрикулографию. В процессе обработки изображений вычисляли основные гемодинамические показатели: фракцию выброса (ФВ), конечный систолический (КСО) и диастолический объемы (КДО) правого желудочка, ударный (УО) объем; максимальную скорость изгнания (МСИ) и наполнения (МСН), среднюю скорость наполнения за 1/3 диастолы (ССН/3).

Полученные результаты. Фракции выброса и ударный объем ПЖ у пациентов с ТЭЛА были достоверно меньшими, а значения КСО ПЖ значимо большими, по отношению к группе сравнения. По величине конечно-диастолического объема ПЖ группы достоверно не различались, на наш взгляд это связано с тем, что малый круг кровообращения, обладающий большими резервными возможностями, позволяет довольно долго компенсировать повышенное давление в легочной артерии, предотвращая дилатацию камер правого сердца. Наиболее значимые межгрупповые различия были выявлены по скоростным показателям. Так, значения МСН, ССН/3 в группе пациентов с ТЭЛА были достоверно более низкими, а МСИ и ВМН, наоборот, более высокими, что является проявлением дисфункции правого желудочка.

Количество гипоперфузируемых легочных сегментов в основной группе больных составило от 1 до 10 (в среднем 3,1±2,3). В этой группе встречались пациенты как без признаков контрактильной дисфункции ПЖ, так и с наличием таковой.

Выводы. Анализ результатов томовентрикулографии позволяет считать, что признаками дисфункции правого желудочка при тромбоэмболии ветвей легочной артерии являются: уменьшение его ударного объема, а также снижение максимальной скорости изгнания и наполнения. Указанные изменения выявляются даже при незначительном объеме эмболизации сосудов малого круга кровообращения.

Сохраненную функциональную способность правых отделов сердца у пациентов с небольшим объемом поражения сосудистого русла легких можно считать признаком острой тромбоэмболии, а систоло-диастолическую дисфункцию правого желудочка — одним из показателей хронической постромбоэмболической легочной гипертензии.

0277 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ АРХИТЕКТУРА ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Заварин В.В., Радьков О.В., Калинкин М.Н.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Актуальность проблемы артериальной гипертонии у беременных обусловлена крайне неблагоприятными акушерскими и перинатальными показателями при сочетании повышенного артериального давления и беременности. С учетом полигенной природы артериальной гипертонии является перспективным исследование характера взаимодействия аллельных вариантов генов-кандидатов в формировании данного патологического фенотипа.

Целью работы явилось исследование особенностей взаимодействия между генами, регулирующими обмен натрия, геном бета-1-адренорецептора, геном эндотелиальной NO-синтазы при артериальной гипертонии у беременных.

Материал и методы. Обследовано 72 пациентки с артериальной гипертонией и 24 здоровых беременных в сроке гестации 29-39 недель. Аллельную дискриминацию полиморфных генов-кандидатов проводили с помощью полимеразной цепной реакции с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме реального времени. Исследовали однонуклеотидные полиморфизмы Arg389Gly гена бета-1-адренергического рецептора (ADRB1), -786T/C гена эндотелиальной NO-синтазы (NOS3), Thr174Met гена ангиотензиногена (AGT), A1166C гена рецептора 1 типа ангиотензина II (AGTR1), -381T/C гена мозгового натрий-уретического пептида (NPPB). Межгенные взаимодействия выявляли с помощью подхода редукции мультифакторной размерности. Данный непараметрический метод обработки информации позволяет идентифицировать взаимодействия, в том числе неаддитивные, между дискретными параметрами, оказывающими влияние на бинарные исходы. Точность классификации с использованием выявленных комплексов генов тестировалась с помощью кросс-валидации.

Результаты. Установлено, что наилучшей предсказательной способностью в отношении гестационной артериальной гипертонии обладает модель с участием следующих четырех исследованных полиморфных генов: AGT, AGTR1, ADRB1, NPPB. Показатель чувствительности для данной модели составил 0,917, специфичности — 0,778, отношение шансов — 38,5, хи-квадрат — 15,91 ($p<0,001$). Взаимодействие данных генов в формировании предрасположенности к развитию артериальной гипертонии должно рассматриваться, по-видимому, с позиции участия их белковых продуктов в регуляции обмена натрия. Полученные результаты позволяют не только углубить представления о генетической архитектуре артериальной гипертонии у беременных. Тестирование соответствующего комплекса полиморфных генов может быть использовано для прогнозирования развития данной патологии на этапе планирования беременности.

0278 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЯ “КОЭФФИЦИЕНТ АНИЗОТРОПИИ ЭРИТРОЦИТОВ” С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I СТЕПЕНИ

Заирова А.Р., Рогоза А.Н., Ощепкова Е.В.
ФГУ “РКНПК Минздравсоцразвития”, НИИ кардиологии им. А.Л.Мясникова, Москва, Россия

В зарубежной литературе появились данные о прогностической роли показателя “коэффициент анизотропии эритроцитов” или ширины распределения эритроцитов (RDW — Red Cell Distribution Width) у больных острым коронарным синдромом, хронической сердечной недостаточностью и первичной лёгочной гипертензией. Взаимосвязь этого показателя с такими факторами неблагоприятного прогноза сердечно — сосудистых заболеваний как артериальная гипертония и дисфункция эндотелия не изучена.

Цель: изучить взаимосвязь показателя “коэффициент анизотропии эритроцитов” (КАЭ) с уровнем артериального давления и состоянием вазомоторной функции эндотелия (ВФЭ) у лиц молодого возраста с АГ I степени

Методы исследования: обследовано 54 мужчины 20-40 лет с АГ I ст., средний возраст 29,9±0,9 лет, среднее САД/ДАД (клин.) 150,0±1,2/94,5±0,9 мм рт.ст. СМАД проводили с использованием аппарата BpLab (ООО “Пётр Телегин”, г. Нижний Новгород). ВФЭ оценивали при помощи ультразвукового аппарата Vivid 7 (GE, США) по методике Celermajer D.S. Общий анализ крови осуществляли на гематологическом анализаторе Cell Din 3500 (Abbot, США). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 с применением непараметрических методов. Достоверными считались различия при $p<0,05$. Данные приведены в виде M±SE.

Результаты: по данным СМАД АГ зарегистрирована у 78 % (42/54) обследованных, у 15 % (8/54) наблюдалась лабильная АГ, у 7 % (4/54) — “гипертония белого халата”.

По данным ультразвукового исследования ВФЭ значения поток-зависимой вазодилатации (ПЗВД) варьировали от 18,4 % до -1,8 %, в среднем составили 6,8±0,7 %. У 46 % (25/54) наблюдалось нарушение ВФЭ (ПЗВД<6 %). В анализах крови у 37 % (20/54) выявлено повышение показателя "коэффициент анизотропии эритроцитов" (более 14,8 %). В этой подгруппе обследованных (n=20) наблюдались более высокие значения уровня АД, чем в подгруппе с нормальным значением КАЭ (n=34), p<0,05: клин. САД/ДАД 152,1±2,2/97,0±1,7 мм рт.ст против 148,8±1,3/93,0±1,1 мм рт.ст, по СМАД дневное САД/ДАД 137,7±2,4/89,0±2,2 мм рт.ст против 133,3±1,6/81,7±1,6 мм рт.ст, ночное САД/ДАД 117,5±2,2/70,1±2,2 мм рт.ст против 113,8±1,6/65,6±1,7 мм рт.ст Определялась взаимосвязь КАЭ и уровня клин. ДАД (r= 0,4), КАЭ и среднесуточного, дневного, ночного значения ДАД по СМАД (r=0,4), p<0,05. У больных с повышенным КАЭ наблюдались более низкие значения ПЗВД и большая частота дисфункции эндотелия (ДЭ), чем при нормальном значении КАЭ: 4,6±0,4 % против 8,0±0,4 % и 70 % против 33 % соответственно, p=0,01. Показана отрицательная корреляция ПЗВД и КАЭ: r=-0,4, p<0,05. Выявлено, что у мужчин 20-40 лет с АГ I степени шанс иметь нарушение ВФЭ в 5 раз больше при повышенном показателе КАЭ, чем при нормальном его значении.

Выводы: у молодых мужчин с АГ I степени показатель " коэффициент анизотропии эритроцитов" взаимосвязан с уровнем артериального давления и состоянием вазомоторной функции эндотелия.

0279 ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Соколова Н.А.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить взаимосвязь тяжести тревожно-депрессивных расстройств и содержания десквамированных эндотелиоцитов в крови больных хроническим простатитом.

Материалы и методы: в настоящей работе представлены результаты обследования 46 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил 28±3,6 лет. Контрольную группу составили 30 здоровых мужчин. В исследование не включались пациенты старше 35 лет, имевшие различную патологию сердечно-сосудистой системы и воспалительные заболевания любой другой локализации. Исследование психического состояния проводили при помощи расспроса пациента и клинико-психопатологических методов обследования. При беседе с больным целенаправленно выяснялись клинические признаки депрессии. Выраженность депрессии определялась при психометрическом тестировании по шкале Hamilton с 4-х бальной оценкой. Кроме того, всем больным определялся уровень личностной и ситуативной тревожности при помощи теста Спилбергера-Ханина. У всех пациентов проводили изучение количества циркулирующих в крови эндотелиальных клеток (по методу Hladovec J.,).

Результаты исследования: при беседе с больными хроническим простатитом и проведении психометрического тестирования у 38 (82,6 %) из них диагностированы различные психопатологические нарушения, которые были преимущественно представлены: депрессией различной степени выраженности и тревожным расстройствами. Депрессивная симптоматика легкой и средней степени тяжести была обусловлена наличием у пациентов болевого, дизурического синдрома, ослаблением эрекции и эякуляции. Уровень личностной тревожности у больных ХП значительно превышал данный параметр лиц контрольной группы — 38,5±5,2 и 26,2±3,7 балла соответственно (p<0,001). Оценка уровня ситуативной тревожности свидетельствовала об устойчивом преобладании данных симптомов у пациентов с ХП. Так количество баллов при психометрическом тестировании у исследуемой группы больных составило 37,2±4,6 балла, значительно превышая аналогичный параметр здоровых лиц 26,3±4,2 балла (p<0,001). При изучении содержания в крови десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) было установлено, что у больных ХП с депрессией средней степени тяжести и умеренной тревогой количество ДЭ (4,23±0,89) значительно превышала таковой показатель пациентов с легкой депрессией и низкой степенью тревоги (2,54±0,48) и лиц контрольной группы (1,57±0,75) (p<0,05).

Выводы: у больных хроническим простатитом в 82,6 % случаев выявляются тревожно-депрессивные расстройства, представленные депрессивной симптоматикой легкой и средней степени тяжести, умеренной тревожностью. Изменение содержания десквамированных эндотелиоцитов у данной категории пациентов имеет прямую взаимосвязь со степенью тяжести тревожно-депрессивных расстройств.

0280 СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Клочкова Г.Р.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа, Россия

Цель исследования: оценить состояние систолической функции и типы ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных ИБС в зависимости от тяжести стенокардии.

Материал и методы. Обследованы 97 мужчин, больных ИБС, из них 34 — со стабильной стенокардией I-II функционального класса (ФК), 32 — со стенокардией III ФК и 31 пациент со стенокардией IVФК. В контрольную группу вошли 28 здоровых мужчин-добровольцев.

Для оценки состояния внутрисердечной гемодинамики определяли линейные и объемные параметры, индекс массы миокарда (ИММ), фракцию выброса (ФВ) ЛЖ. Рассчитывали параметры ремоделирования ЛЖ: индекс сферичности (ИС), относительную толщину стенки (ОТС), миокардиальный стресс (МС) и выделяли типы ремоделирования ЛЖ.

Результаты. Установлено, что при стенокардии I-IIФК показатели конечного диастолического и систолического объемов ЛЖ, а также структурно-геометрические параметры ремоделирования существенно не отличались от контроля. По мере возрастания тяжести стенокардии объемные и линейные показатели, ИММ ЛЖ прогрессивно увеличивались и достигали максимума при стенокардии IVФК, величины которых значимо превышали данные контроля и стенокардии I-IIФК.

Гемодинамические параметры ЛЖ при стенокардии IIIФК имели промежуточные значения между данными стенокардии II и IVФК. У больных стенокардией IVФК

отмечено наиболее значимое возрастание ИММ и снижение ФВ ЛЖ на фоне уменьшения ОТС и выраженной сферификации ЛЖ с увеличением ИС. Показатель МС ЛЖ у больных стенокардией I-IIФК имел тенденцию к повышению, а максимальные его значения достигнуты при стенокардии IVФК.

При оценке типов геометрии ЛЖ установлено, что у большинства больных стенокардией I-IIФК имелись концентрическое ремоделирование и концентрическая гипертрофия ЛЖ, а у трети пациентов зарегистрирована нормальная геометрия ЛЖ. При стенокардии высокого ФК абсолютное большинство больных имели эксцентрическую гипертрофию, а при стенокардии IIIФК одинаково часто встречались эксцентрическая и концентрическая гипертрофия ЛЖ.

Выводы. Для стенокардии I-IIФК характерно наличие адаптивной формы ремоделирования, а при тяжелой стенокардии (IVФК) преобладает дезадаптивное ремоделирование ЛЖ.

0281 СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Карамова И.М., Клочкова Г.Р.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа, Россия

Цель исследования: оценить состояние диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных ИБС с различным течением стабильной стенокардии.

Материал и методы. Обследованы 97 мужчин, больных ИБС, из них 34 — со стабильной стенокардией I-II функционального класса (ФК), 32 — со стенокардией III ФК и 31 пациент со стенокардией IVФК. В контрольную группу вошли 28 здоровых мужчин-добровольцев.

При оценке диастолической функции ЛЖ определялись максимальная скорость трансмитрального потока в период раннего диастолического наполнения (Ve), максимальная скорость трансмитрального потока в период позднего диастолического наполнения (Va); соотношение максимальных скоростей в период раннего и позднего наполнения (Ve/Va); время замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (ДТ), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (ВИВР).

Выделяли 3 типа нарушений диастолической функции ЛЖ: с нарушенной релаксацией, псевдонормальный и рестриктивный.

Результаты. Выявлено, что для больных стенокардией I-IIФК было характерно нормальное диастолическое наполнение ЛЖ с тенденцией к переходу в I тип диастолической дисфункции.

При стенокардии IIIФК преобладающим типом диастолической дисфункции был тип с нарушенной релаксацией, который характеризовался снижением отношения допплеровских скоростей Ve/Va и повышением параметров ВИВР и ДТ.

Наиболее выраженные нарушения диастолической функции установлены у пациентов стенокардией IVФК. Показатели допплеровских скоростей раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ Ve и Va при стенокардии IVФК не отличались от контроля, однако отношение Ve/Va было значимо увеличено и превышало 1,5, что свидетельствовало о наличии у этих пациентов рестриктивного типа диастолической дисфункции. Показатели ВИВР и ДТ при тяжелой стенокардии были уменьшены по сравнению с контролем и данными стенокардии II и IIIФК.

Выводы. При стенокардии I-IIФК выявлено нормальное диастолическое наполнение ЛЖ, а для стенокардии IVФК характерно наличие рестриктивного типа диастолической дисфункции.

0282 ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Карамова И.М., Клочкова Г.Р.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа, Россия

Цель исследования: установить роль активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в развитии ИБС.

Материал и методы. Обследованы 97 мужчин, больных ИБС, которые в зависимости от тяжести стабильной стенокардии разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 34 больных со стенокардией I-II функционального класса (ФК), во 2-ю — 32 пациента со стенокардией III ФК, в 3-ю — 31 больной со стенокардией IVФК. Контрольную группу составили 28 здоровых мужчин-добровольцев.

В работе использованы современные биохимические методы оценки первичных (спектрофотометрия) и вторичных (спектрофлуориметрия) продуктов ПОЛ.

Результаты. Установлено, что уровень первичных продуктов ПОЛ — ацилгидроперекисей липидов в эритроцитах больных ИБС (общая группа) была значимо увеличена по сравнению с контролем (24,3; $p<0,05$). Выраженная интенсификация процессов ПОЛ при стенокардии подтверждается и существенным возрастанием в эритроцитах. Содержание вторичных продуктов ПОЛ — "шиффовых оснований". Сравнительная оценка показателей ПОЛ у больных ИБС в зависимости от тяжести течения заболевания выявила, что уровень липоперекисей зависит от клинического варианта стенокардии. Концентрация ацилгидроперекисей липидов в эритроцитах больных стенокардией I-IIФК имела тенденцию к повышению, по мере повышения ФК стенокардии прогрессивно увеличивалась, достигая максимума при стенокардии IVФК.

При сравнительном анализе уровней вторичных продуктов ПОЛ установлено, что при стенокардии легкого течения их значения не отличались от контроля, а при стенокардии IIIФК значимо возрастали по сравнению с данными здоровых лиц. Наиболее существенное увеличение параметров вторичных продуктов ПОЛ зарегистрировано при стенокардии IVФК, поскольку их уровень превышал как значения здоровых, так и пациентов стенокардией II и IIIФК. При корреляционном анализе, проведенном у больных стенокардией III-IVФК, выявлены зависимости между содержанием продуктов ПОЛ и параметрами велоэргометрии (пороговая мощность нагрузки, объем выполненной работы), мониторирования ЭКГ (частота эпизодов безболевой ишемии миокарда).

Определены взаимосвязи между показателями ПОЛ и гемодинамическими параметрами (конечный диастолический объем, фракция выброса левого желудочка).

Выводы. Результаты комплексного исследования уровней первичных и вторичных продуктов ПОЛ в эритроцитах больных с различным течением стенокардии указывают на важную роль активации процессов ПОЛ в развитии ИБС.

0283 АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Е ПРИ СТЕНОКАРДИИ РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Клочкова Г.Р.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа, Россия

Цель исследования: оценить состояние системы антиоксидантной защиты при стабильной стенокардии различной тяжести и определить значимость ее изменений в развитии ИБС.

Материал и методы. Обследованы 97 мужчин, больных ИБС с различным течением стабильной стенокардии, из них 34 — со стенокардией I-II функционального класса (ФК), 32 — со стенокардией III ФК и 31 пациент со стенокардией IVФК. В контрольную группу вошли 28 здоровых мужчин-добровольцев.

Для характеристики состояния антиоксидантной системы (АОС) у больных ИБС исследовали активность антиоксидантных ферментов (АОФ) глутатионпероксидазы (ГП), супероксиддисмутазы (СОД), церулоплазмина (ЦП) и уровень витамина Е.

Результаты. Установлено, что при стенокардии I-IIФК активность ГП была значимо увеличена по сравнению с контролем (15,6 %; $p<0,05$). При стенокардии IIIФК параметры ГП были в пределах нормы, однако ее уровень был значимо ниже данных стенокардии IIФК, но выше значений стенокардии IVФК ($p<0,05$). Наиболее низкая активность ГП зарегистрирована при стенокардии IVФК.

При сравнительной оценке показателей СОД в зависимости от ФК стенокардии выявлено, что при стенокардии легкого течения ее активность имела тенденцию к повышению. По мере возрастания тяжести ИБС параметры СОД снижались, достигая минимума при стенокардии IVФК.

Показатели фермента ЦП при стенокардии IIФК были значимо увеличены по сравнению с контролем, а у больных стенокардией IIIФК ее значения уменьшались и приближались к данным здоровых лиц. В то же время при стенокардии IVФК отмечено существенное падение активности ЦП.

Уровень антиоксиданта — витамина Е у больных стенокардией IIФК имел тенденцию к повышению, а при стенокардии IIIФК несколько возрастал, но был сопоставим с контролем. Существенное снижение параметров витамина Е зарегистрировано у больных с тяжелым течением стенокардии (IVФК). При корреляционном анализе, проведенном у больных стенокардией IVФК, выявлены взаимосвязи между активностью АОФ ГП, СОД и показателями физической работоспособности, данными холтеровского мониторирования ЭКГ.

Корреляционные взаимоотношения определены между уровнем ГП и параметрами, характеризующими выраженность ремоделирования миокарда.

Выводы. Изменения активности АОФ ГП, СОД, ЦП и уровня витамина Е ассоциируются с тяжестью течения ИБС: возрастание антиоксидантного статуса характерно для легкого течения стенокардии, а падение их активности сопряжено с тяжелым течением и высоким ФК стенокардии.

0284 ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НЕБИВОЛОЛА, ПЕРИНДОПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Закирова А. Н., Абдуллаев С. П., Камилова У.К.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка состояния функционально-метаболической активности печени при 6-месячной терапии больных с ХСН небивололом, периндоприлом и лозартаном.

Материал и методы. Под наблюдением находились 125 больных (мужчин 95, женщин 30) в возрасте от 42 до 55 (48±4,6) лет с постинфарктной дисфункцией левого желудочка клинически выраженной ХСН II-III функционального класса (ФК) по классификации NYHA с фракцией выброса (ФВ) — 49,7 %. Длительность заболевания 5,9±0,50 года. Исследование проведено в 3 группах. 41 больной ХСН 1-й группы получали терапию с небиволом в суточной дозе 10 мг. Больные 2-й (42) и 3-й (42) групп получали периндоприл (по 8-16 мг/сут.) или лозартан (25-50 мг/сут.). Комплексная терапия включала диуретики, сердечные гликозиды, при необходимости нитраты. О функционально-метаболической активности печени до лечения и после 6-месячной терапии судили по уровню в сыворотке крови АСТ, АЛТ, γ-ГТП, билирубина общего, прямого, щелочной фосфатазы (ЩФ). В суточной моче определяли количество амидопирина (АП) и его метаболитов — 4-аминоантипирина (4-ААП) и N-ацетилированной формы (Nац-4ААП) спектрофотометрически после однократного приема (250 мг) АП утром натощак. Одновременно в крови определяли содержание глюкозы, мочевины, креатинина. Рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Контролем были данные, полученные от 20 (10 женщин и 10 мужчин) условно здоровых лиц. Полученные результаты обрабатывали статистически.

Результаты. До лечения у больных с ХСН отмечалось умеренное повышение активности АСТ и АЛТ, содержания общего и прямого билирубина, активности ЩФ и γ-ГТП, снижение уровеня мочевины, увеличение концентрации глюкозы крови, молекул средней массы (МСМ), СКФ. До лечения содержание АП и 4-ААП было ниже контроля на 9,8 % (P>0,05). После 6 месяцев лечения содержание АП и 4-ААП в суточной моче снизилось статистически недостоверно. Однако это снижение было статистически значимым (P<0,01) по сравнению с контролем. К концу 6-месячной терапии у 4,8 % больных, которые принимали небиволол, у 16,7 % — периндоприл, у 14,3 % — лозартан, появились признаки, характерные для поражения печени (тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, изжога, тошнота, нарушение стула).

Вывод. Позитивное действие небиволола, периндоприла и лозартана на гемодинамику у больных с ХСН, сопряжено, по-видимому, со снижением функционально-метаболической активности печени, прежде всего за счет угнетения I фазы биотрансформации ксенобиотиков, осуществляемой системой цитохрома Р-450, что может быть одной из причин возникновения у некоторой части больных побочных эффектов.

0285 МИОКАРДИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Зальцман А.Г., Батанина И.А., Воробьева Е.Н., Кондакова Н.В., Понимаскина Т.В.
НУЗ Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул ОАО "РЖД", Барнаул, Россия

Целью настоящего исследования явилась апробация комплексного иммунохроматографического метода определения трех маркеров острого инфаркта миокарда — Troponin I (TnI), миоглобина и КФК-МВ полуколичественно на планшетке (IMMUNTEX). Чувствительность теста — Troponin I от 0,5 нг/мл, миоглобин от 50,0 нг/мл и КФК-МВ от 5,0 нг/мл.

Было обследовано 106 пациентов, поступивших в стационар с клиникой ухудшения течения коронарной болезни сердца, в среднем через 6-12 часов от начала болевого приступа с клиникой острого коронарного синдрома. У 88 % обследуемых комплексный тест (все три маркера) был положительный или были положительные тесты на миоглобин и TnI при отрицательной КФК-МВ, что означало острый инфаркт миокарда, подтвержденный электрокардиографически (с подъемом сегмента ST) при его наступлении в последние 12 часов. У 12 пациентов отрицательный тест на миоглобин и положительный на TnI и КК-МВ диагностирован как острый инфаркт миокарда, наступивший 12 и более часов до анализа. Отрицательные тесты у 4 больных на миоглобин и КК-МВ при положительном TnI, расценивались как ОИМ, наступивший за 24-96 часов до анализа.

Следовательно, внедрение в клиническую практику современных, высокочувствительных и специфичных маркеров некроза миокарда позволяет выявлять на ранних этапах с большей точностью лиц с этой патологией, снизить количество неблагоприятных исходов ишемической болезни сердца, а также выделять из группы больных с острым коронарным синдромом без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ лиц с высоким риском неблагоприятного исхода.

0286 ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Занозина О. В., Боровков Н. Н., Щербатюк Т. Г., Обухова Е. О, Рунов Г. П.
ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, ГУЗ "Нижегородская областная клиническая больница им. Н. А. Семашко", Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить показатели временного и спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных СД 2 типа в зависимости от компенсации углеводного обмена и длительности заболевания, уточнить взаимосвязь данных показателей с выраженностью окислительного стресса у данных больных.

Методы исследования: 52 пациента, страдающих СД типа 2, были разделены на 4 группы по степени компенсации углеводного обмена и длительности заболевания. Степень компенсации устанавливали по уровню гликированного гемоглобина. Оценивались интенсивность свободно-радикального окисления и общая антиоксидантная активность. Определялись молекулярные продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ) плазмы крови (диеновые конъюгаты, триеновые конъюгаты, малоновый диальдегид, основания Шиффа) и активность антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы). Нами изучена ВСР как в режиме 24-часового мониторирования, разде-

ляя отдельно дневные и ночные часы, так и в режиме оценки 5-минутных интервалов. Компьютерный анализ вариабельности ритма сердца осуществлялся при помощи прибора и программы "Полиспектр" ("Нейрософт", РФ). Использовался пакет прикладных программ для обработки медицинской и биологической информации "STATISTICA 6.0" (StatSoft, Inc., США).

Результаты: У пациентов, страдающих СД 2, статистически значимо по сравнению с контролем уже на фоне компенсации углеводного обмена при небольшой длительности заболевания был отмечен низкий уровень всех показателей временного анализа ВСР. Общая мощность спектра была увеличена как на фоне компенсации, так и декомпенсации сахарного диабета, при этом, значимо не отличаясь при длительности диабета до 5 лет. Симпато-вагальный индекс был значимо снижен и при компенсации СД 2 типа. Аналогичные данные были получены при анализе 5-минутной проб. При оценке взаимосвязи с антиоксидантыми ферментами, определена статистически значимая корреляция последних с показателями спектрального анализа ВСР в любом диапазоне. Выявлена отрицательная корреляционная зависимость pNN50 с интенсивностью окислительного стресса (r=-0,69; p=0,013) и основаниями Шиффа (r=-0,58; p=0,02), а также статистически значимая положительная корреляционная связь между NN50 и антиоксидантными ферментами (каталазой и глютатионом) (r=0,83; p=0,003 и r=0,77; p=0,03 соответственно). Симпато-вагальный индекс статистически значимо коррелировал с уровнем гликозилированного гемоглобина (r=-0,66; p=0,024) и положительно с активностью супероксиддисмутазы (r=0,48; p=0,031).

Вывод: компенсация углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа, безусловно, необходима, но недостаточна для профилактики прогрессирования, в частности, автономной нейропатии. Целесообразно начинать антиоксидантную терапию при небольшой длительности заболевания и при отсутствии клинически значимых симптомов диабетической автономной нейропатии.

0287 ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ И АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА: СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ?

Занозина О. В., Боровков Н. Н., Щербатюк Т. Г.
ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь жирового гепатоза и атеросклероза у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Методы исследования. В основу работы легли результаты клинического и лабораторно-инструментального обследования 177 пациентов, выполненного на базе эндокринологического отделения ГУЗ "Нижегородская областная больница имени Н. А. Семашко (гл. врач — к.м.н. Р.М.Зайцев). Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группу составили 22 пациента, страдающих СД 2 без жирового гепатоза, во вторую группу вошли 68 человек, имеющих СД 2 и жировой гепатоз. К 3-ей группе были отнесены 87 пациентов, страдающих СД 2 типа и ИБС (стенокардией напряжения II клинико-функционального класса). Группы не различались между собой по степени компенсации углеводного обмена, длительности СД 2, полу и возрасту пациентов. Всем больным было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Уровни аспартатаминотрасферазы, аланинаминотрансферазы определяли с помощью оптимизированного УФ теста с рекомендациями IFCC (Международной Федерации Клинической Химии и Лабораторной Медицины). Интенсивность и общая антиоксидантная активность определялись методом хемилюминесценции. Оценивали молекулярные продукты ПОЛ плазмы крови (диеновые конъюгаты (ДК), триеновые конъюгаты (ТК), малоновый диальдегид (ТК)), конечные продукты (основания Шиффа — ОШ). Анализировали спонтанную и металл-зависимую окислительную модификацию белков. Определяли активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КАТ), глутатионпероксидазы (ГП).

Результаты. У пациентов, страдающих СД 2 типа и жировым гепатозом, интенсивность окислительного стресса была в 1,4 раза выше, чем у больных без жирового гепатоза. При наличии ИБС интенсивность окисления возрастала в 1, 8 раза. У пациентов, страдающих ИБС, СД 2 типа и жировым гепатозом, по сравнению с пациентами, имеющими СД 2 типа и гепатоз, отмечались статистически значимое повышение ДК, ТК, МД, ОШ, достоверное снижение СОД, КАТ, ГП. При сравнении группы пациентов, страдающих СД 2 типа и гепатозом и группы пациентов, имеющих только СД 2 типа, достоверных различий найдено не было. Уровень окисленных белков у больных с СД 2, ИБС, гепатозом был в 1,6 раза выше, чем у больных без ИБС, но с наличием СД 2 и гепатоза, и в 2,3 раза выше, чем у больных, имеющих только СД 2 типа.

Выводы: окислительй стресс, лежащий в основе жирового гепатоза, потенцируется при СД 2 типа. Максимальная выраженность свободно-радикального окисления имеет место при ИБС, СД 2 и жировом гепатозе, что служит доказательством наличия синдрома взаимного отягощения при наличии всех трёх составляющих.

0288 АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ЭРИТРОПОЭТИНА С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Затейщикова А.А., Резниченко Н.Е., Шаврин И.В., Киселев Д.Г., Вторушин Д.И., Привалов Д.В., Баринов В.Г., Затейщиков Д.А.
ФГУ "Учебно-научный центр" Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

У части больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) развитие легочной гипертензии (ЛГ) и правожелудочковой сердечной недостаточности существенно ухудшает прогноз. Основную роль в формировании ЛГ при ХОБЛ отводят хронической гипоксемии, одним из признаков которой может служить повышение уровня эритропоэтина сыворотки.

Целью исследования было выявить взаимосвязь уровня эритропоэтина у больных ХОБЛ с параметрами центральной гемодинамики.

Материал и методы исследования. Для изучения взаимосвязи уровня эритропоэтина с параметрами центральной гемодинамики у больных ХОБЛ было обследовано 64 больных, средний возраст 69,9±1,29 лет, 55 мужчин, 82,8 % имели анамнез курения, длительность ХОБЛ в среднем 15±1,60 лет. Отношение ОФВ1/ЖЕЛ — 44,7±1,28 %, ОФВ1 — 48,5±1,71 %. Всем определялся уровень эритропоэтина крови с помощью наборов Biomerica EPO ELISA, выполнялось эхокардиографическое исследование на аппарате Acuson 128XP, по стандартной методике проводился тест 6-минутной ходьбы, 19 из них проведено исследование параметров центральной гемодинамики с использованием мониторной системы HP Viridia 24C (Hewlett-Packard, USA) и аппарата для измерения сердечного выброса методом непрерывной термодилюции (Continuous Cardiac Output) Vigilance II (Edwards Lifesciences, Irvine, CA, USA).

Результаты. По данным ЭхоКГ легочную гипертензию имели 10 человек (17 %). По данным катетеризации легочной артерии легочную гипертензию (срДЛА>25 мм рт.ст.) имели 4 человека (21,7 %). В среднем по группе среднее ДЛА составило 19,0±1,53 мм рт.ст. В среднем уровень гемоглобина был 132,2±2,38 (52-166) г/л, эритропоэтина — 14,3±1,43 мМЕ/мл. Обнаружена достоверная ассоциация уровня эритропоэтина с переднезадним размером и толщиной стенки правого желудочка (r=-0,286, p=0,023 и r=-0,252, p<0,05, соответственно), с диаметром нижней полой вены (r=0,325, p=0,01), т. е. гемодинамическими параметрами, описывающими наличие дисфункции ПЖ, а также с систолическим давлением в легочной артерии (r=0,812, p<0,05). Отрицательная корреляция уровня ЭПО наблюдалась с дистанцией, пройденной во время теста 6

— минутной ходьбы (r=-0,214, p=0,038), параметром, косвенно отражающим степень легочной гипертензии.

Таким образом, полученные данные позволяют предполагать, что уровень эритропоэтина может быть использован в качестве биомаркера ЛГ у больных ХОБЛ. Полученные данные требуют дальнейших исследований.

0289 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Захарова В.Л., Сизова Ж.М.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

По данным эпидемиологических исследований подавляющее большинство больных с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) имеют сочетание нескольких факторов риска одновременно, главными из которых являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет (СД) или нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ), дислипидемия и ожирение. В связи с этим необходимость использования в лечении таких пациентов эффективных препаратов с метаболически нейтральным действием является чрезвычайно актуальной.

Цель исследования: оценить влияние комбинированной антигипертензивной и гиполипидемической терапии на метаболический профиль и уровень микроальбуминурии (МАУ) у больных с высоким сердечно-сосудистым риском.

Материал и методы: под наблюдением находились 27 больных высокого ССР (м-11, ж-16; ср.возраст 54,9±6,5 лет). АГ диагностирована у 100 % больных, ИБС — у 37 %, заболевания периферических артерий — у 14,8 %, цереброваскулярная болезнь — у 66,7 %, сахарный диабет — у 33,3 %, НТГ — у 18,5 %, гиперлипидемия IIa, IIб и IV типов — у 100 % больных. Всем пациентам назначалась комбинированная гипотензивная терапия эналаприлом в дозе 10-40 мг/сутки и индапамидом в дозе 2,5 мг/сутки и гиполипидемическая терапия симвастатином в дозе 20-40 мг/сутки. До начала и по окончании лечения оценивали гемодинамические показатели — систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД), лабораторные параметры — общий холестерин (ОХС), ХС ЛНП, триглицериды (ТГ) и холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), а также уровень МАУ, показатели глюкозы и инсулина, производился расчет инсулинорезистентности (ИР) по формуле HOMA-IR. Длительность наблюдения составила 20 недель.

Результаты исследования: Под влиянием комбинированной антигипертензивной и гиполипидемической терапии отмечено достоверное снижение САД и ДАД на 15,2 % и 12,4 % ($p<0,05$ в обоих случаях); а также уменьшение ОХС, ХС ЛНП и ТГ на 26,1 %, 28,9 % и 21,1 % соответственно ($p<0,05$ во всех случаях) и повышение ХС ЛВП на 12,7 % ($p<0,05$). Средние уровни глюкозы и инсулина к 20-й неделе лечения недостоверно снизились на 4,76 % и 6,1 % ($p>0,05$ в обоих случаях); уровень ИР (индекс HOMA-IR) также недостоверно уменьшился на 5,24 %. До начала исследования МАУ была выявлена у 40,7 %, при этом у 36,4 % из них уровень МАУ составил 20 мг/л, у 36,4 % — 30 мг/л и у 27,2 % — более 50 мг/л. К 20-й неделе лечения МАУ выявлялась у 33,3 % больных, при этом МАУ более 50 мг/л не выявлена ни у одного из пациентов, а МАУ 20 мг/л отмечена у 66,7 %, МАУ 30 мг/л — у 33,3 % больных.

Выводы: комбинированная антигипертензивная и гиполипидемическая терапия эналаприлом, индапамидом и симвастатином достоверно улучшает гемодинамические показатели и липидный профиль больных высоким сердечно-сосудистым риском, не оказывает негативного влияния на метаболические параметры, одновременно способствуя уменьшению микроальбуминурии.

0290 ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Звенигородская Л.А., Черкашова Е.А., Самсонова Н.Г.
Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

Цель: определить роль коррекции дисбиоза толстой кишки в лечении больных с атерогенной дислипидемией и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Методы исследования. Обследовано 74 больных. Критерии включения: наличие морбидного ожирения, дислипидемии, НАЖБП, исключение приема гиполипидемических препаратов, кишечных антисептиков, пре- и пробиотиков, гепатопротекторов в течение 3х месяцев до исследования. Критерии исключения: возраст старше 65 лет, органические заболевания толстого кишечника, вторичное ожирение, наличие гепатита другой этиологии. Исследования: биохимический (б/х) анализ крови, анализ кала на короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК) и микрофлору, анализ крови на эндотоксин и оксида азота. Указанные исследования проводились до и после лечения. 12 больным провели пункционную биопсию печени с изучением гистологической картины. 2 группы в зависимости от стадии НАЖБП: 1) НАЖБП в стадии стеатоза; 2) НАЖБП в стадии стеатогепатита (НАСГ). 3 подгруппы по проводимой терапии: А) гиполипидемическая терапия (симвастатин 10мг); Б) пробиотик (Бифиформ комплекс 3 капсулы в сутки); В) пробиотик (Бифиформ комплекс) в комбинации с гиполипидемической терапией (статин 10мг).

Результаты исследования. Не выявлено прямой корреляции между б/х показателями функции печени и тяжестью морфологических изменений в печени. В анализе кала на флору у 68 % больных отмечалось снижение бифидобактерий (6,67x107±0,48x107), увеличение условно-патогенной и наличие патогенной микрофлоры. До лечения у всех больных диагностировано снижение суммарного количества КЖК в кале. На фоне сочетания приема пробиотика и статина у больных с НАЖБП в стадии стеатоза отмечалось более эффективное снижение липидов по сравнению с монотерапией. При НАСГ столь выраженного снижения холестерина не отмечалось. На фоне терапии пробиотиками и при сочетании их с гиполипидемическими препаратами отмечалось улучшение качественного и количественного состава микрофлоры толстой кишки, повышение КЖК. Исследование не показало достоверной связи дисбиоза толстой кишки и количества КЖК в кале с уровнем липидов в крови. Однако в 70 % случаев определялось повышение эндотоксина (0,37±0,01 ЕЭ/мл) и оксида азота (72,25±2,22 мкмоль/л) в крови. При изолированном назначении пробиотиков, а также при их сочетании со статинами снижался уровень эндотоксина и оксида азота.

Выводы. 1. Выявленные изменения метаболитов кишечной микрофлоры (повышение оксида азота, эндотоксина, снижение суммарного количества КЖК) у больных с НАЖБП являются наиболее достоверными показателями, характеризующими степень дисбиоза толстой кишки.

2. Применение комбинированной терапии (гиполипидемическая терапия в сочетании с пробиотиком) более эффективно в достижении целевых уровней липидов по сравнению с монотерапией статинами.

3. Снижение эффективности гиполипидемической терапии обусловлено наличием у больных НАЖБП в стадии стеатогепатита, так как снижается метаболизм препаратов в печени из-за жировой дегенерации гепатоцитов и, как следствие, отсутствия точки приложения статинов.

0291 СУТОЧНЫЕ РИТМЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Зверева Т.Н., Барбараш О.Л.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Известно, что течение сердечно-сосудистых заболеваний в сочетании с СД 2 типа имеет свои клинические особенности. Так, артериальная гипертензия (АГ) при сахарном диабете 2 типа проявляется умеренным повышением артериального давления (АД) с отсутствием адекватного снижения его в ночные часы. Типы суточной кривой АД "non-dıpper" и "nıght-peaker" ассоциированы с более высоким риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, в отличие от типа "dıpper". Кроме того, наличие у пациентов с артериальной гипертензией нарушений углеводного обмена, ассоциируется с более выраженной сопутствующей дислипидемией. Это, в свою очередь, сопряжено с нарушениями функции эндотелия.

Цель работы: оценить в сравнительном аспекте взаимосвязь между суточным ритмом АД, с одной стороны и показателями функции эндотелия, липидного спектра крови, с другой у больных АГ, ассоциированной с СД 2 типа и изолированной АГ.

Материалы и методы: в исследование включено 164 пациента: 88 больных АГ в сочетании с СД 2 типа в возрасте от 43 до 58 лет (средний возраст 51,2 года) и 76 больных АГ в возрасте от 41 до 56 лет (средний возраст 50,6 года). Суточное мониторирование артериального давления проводилось автоматической амбулаторной системой суточного мониторирования. Для определения функции эндотелия применяли ультразвуковую цветную допплерографию плечевой артерии по стандартной методике, предложенной Celermajer натощак. Оценивали общий холестерин, его фракции и уровень триглицеридов (Тг) в периферической крови.

Результаты и их обсуждение: в результате исследования в группе больных АГ, ассоциированной с СД 2 типа было выявлено достоверное преобладание пациентов с типами суточного ритма "non-dıpper" (67,1 %) и "nıght-paeker" (18,2 %) по сравнению с группой пациентов с изолированной ГБ (52,6 % и 5,3 % соответственно). В этой же группе уровень холестерина был достоверно выше, чем в группе больных изолированной АГ (6,2±0,2 и 5,8 ±0,2 ммоль/л), подобная закономерность выявлена и для значений индекса атерогенности (5,5±0,3 и 4,01±0,4 ммоль/л). Выявлена прямая корреляционная связь средней силы ($r=0,44$; $p<0.05$) между индексом атерогенности и отсутствием физиологического снижения артериального давления в ночное время у пациентов с сочетанием АГ и СД 2 типа. Прямая зависимость средней силы ($r=0,49$; $p<0.01$) выявлена между уровнем Тг и показателями эндотелиальной функции ($r=0,41$; $p<0.03$). У всех пациентов в группе больных АГ, ассоциированной с СД 2 типа с типом суточного ритма "nıght-paeker" было выявлено выраженное нарушение функции эндотелия.

Выводы: выявлена взаимосвязь между суточным ритмом АД, нарушением функции эндотелия и дислипидемией у пациентов с ГБ ассоциированной с СД 2 типа. Выраженность факторов ухудшающих прогноз сердечно-сосудистых заболеваний значительно выше у пациентов с ГБ, ассоциированной с СД 2 типа, по сравнению с пациентами с изолированной ГБ.

0292 ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО РАЗРЫВА СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Зелтынь-Абрамов Е.М., Беляев Л.В., Радзевич А.Э.
ГОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет", Москва, Россия

Цель. Изучение взаимосвязи тромболитической терапии (ТЛТ) и риска развития наружного разрыва сердца (НРС) в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМПST).

Методы исследования. Ретроспективный анализ медицинской документации 577 пациентов с ИМПST, имевших стандартные показания к проведению ТЛТ. Первая группа 210 пациентов, которым ТЛТ не проводилась по техническим причинам. Вторая группа 367 пациентов, получивших ТЛТ согласно действующим рекомендациям. В этой группе 269 (73,3 %) пациентам вводилась стрептокиназа (СК), 98 (26,7 %) — тканевой активатор плазминогена (ТАП). Наступление реперфузии миокарда (РП) на фоне ТЛТ оценивалось по косвенным признакам и по результатам контрольной коронароангиографии. Период наблюдения составил 21 день. По данным клинико-патологоанатомических эпикризов изучались показатели и структура летальности в обеих группах. Сравнение частот встречаемости признаков проводилось с использованием точного критерия Фишера. Сравнение групп по количественным признакам — методом Манна-Уитни.

Полученные результаты. Анализируемые группы пациентов по демографическим показателям и исходным клинико-анамнестическим характеристикам не имели статистически значимых отличий. К окончанию периода наблюдения в первой группе было зарегистрировано 32 летальных исхода (15,2 %), во второй 35 (9,5 %), $p=0,043$. В течение первых суток ИМПST умерло соответственно 13(6,2 %) и 20 (5,4 %) пациентов $p=0,713$. К концу первой недели умерло 16 (7,6 %) пациентов первой группы и 14 (3,8 %) второй, $p=0,097$, а к окончанию периода наблюдения соответственно 3(1,4 %) и 1(0,3 %), $p=0,043$.

Основной причиной смерти пациентов первой группы была острая сердечная недостаточность (ОСН) — 17 (56,7 %). НРС был зарегистрирован у 6 пациентов (20 %), умерших в интервале с 4 по 19 день заболевания. Остальные летальные исходы были обусловлены развитием фатальных аритмий (ФА). Во второй группе основной причиной летальных исходов был НРС — 16(45,7 %), $p=0,037$. Все случаи НРС зарегистрированы в течение первых суток ИМПST. 13 пациентов умерло от ОСН (37,2 %), $p=0,140$. Остальные летальные исходы были обусловлены ФА — 4 (11,4 %) и геморрагическими осложнениями (2,57 %). Из 16 случаев НРС в 11 отмечались признаки состоявшейся РП (68,8 %), при этом в 15 случаях (93,8 %) препаратом лизиса была СК.

Выводы. Ранние НРС занимают первое место в структуре летальности от ИМПST на фоне ТЛТ. В первые сутки заболевания ТЛТ не приводит к достоверному снижению летальности по сравнению со стандартной базовой терапией за счет относительно высокой частоты встречаемости НРС. Степень риска НРС не зависит от состоявшейся РП миокарда. Применение СК может являться дополнительным фактором риска развития НРС. Уточнение катамнеза ранних НРС на фоне ТЛТ позволит привести к оптимизации реперфузионной стратегии и дальнейшему снижению летальности от ИМПST.

0293 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Зернюкова Е.А., Бакумов П.А., Гречкина Е.Р.
ВолГМУ, Волгоград, Россия

Проведено изучение клинической эффективности существующих рекомендаций по модификации образа жизни при артериальной гипертензии у медицинских работников. Обследовано 200 медицинских работников г.Волгограда с метаболическим синдромом. Включались лица обоего пола с высшим и средним медицинским образованием в возрасте от 18 до 65 лет. Использовались следующие критерии метаболического синдрома: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия. В группу сравнения включались лица немедицинских профессий того же возраста, не имеющие производственных вредностей и не работающие в ночную смену.

Каждому пациенту предлагалось заполнить анкету, включающую вопросы о характере и режиме работы, стаже работы,

цифрах артериального давления (по анамнезу), приеме антигипертензивных препаратов, уровне холестерина (наличие или отсутствие данных). Использовались также опросник мотивации пациента к изменениям образа жизни, опросник MOS SF-36, анкета астении MFI-20, анкета бессонницы (WHO), опросник по "синдрому эмоционального выгорания" (В.В. Бойко), анкета Гамильтона по выявлению уровня тревожности и депрессии, тест Фагерстрома (для курящих), анкета для оценки приверженности к лечению, данные о типе темперамента. Проводилось измерение роста и веса, окружности талии, артериального давления методом Короткова, липидного спектра.

Анализ анкет показал, что у 22 % медработников был официально установлен диагноз гипертонической болезни 1-2 степени. 94 % опрошенных удовлетворены своим социальным положением, но 44 % недовольны уровнем оплаты труда. В ночную смену работали 9 % анкетированных. У 13 % медработников отмечена никотиновая зависимость. Все опрошенные указали на отсутствие возможности занятия физкультурой и спортом. У 41 % медработников выявлено ожирение (I степень-38 %, II степень-31 %, III степень-31 %). 53 % опрошенных страдают от бессонницы. У 6 % имеются проявления общей астении. По типу темперамента медработники разделились следующим образом: холерики-41 %, сангвиники-31 %, флегматики-28 %, меланхолики-0 %.

13 % медработников не измеряли артериальное давление, 34 % не знали своего уровня холестерина в крови, несмотря на отягощенный семейный анамнез. 6 % врачей регулярно принимали антигипертензивные препараты, хотя диагноз гипертонической болезни не был установлен официально.

Выяснено, что чаще игнорируют здоровый образ жизни, занимаются самолечением, страдают "синдромом эмоционального выгорания" медработники со стажем более 10 лет. В ходе исследования установлено, что 25 % медицинских работников не соблюдают здоровый образ жизни, занимаются самолечением, не выполняют предложенные рекомендации по выявленным нарушениям в состоянии здоровья. Игнорирование отклонений в состоянии своего здоровья утяжеляет течение заболеваний и снижает качество жизни.

0294 ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Зиньковская Т.М., Завражных Л.А., Голубев А.Д.
Пермская государственная медицинская академия им. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Целью работы явилось изучение влияния пищевого поведения на эффективность терапии у больных ожирением в сочетании с артериальной гипертензией (АГ)

Под нашим наблюдением находилось 180 больных ожирением в сочетании с АГ. Все пациенты получали немедикаментозное лечение ожирения: маложирогенную диету, начиная с 1868 ккал и до 1327 ккал, питание 6-разовое, бальнеологический комплекс, который включал йодобромные ванны № 10, лечебный бассейн № 10 через день, ручной массаж спины № 10, лечебный комплекс ЛФК, посещение "Школы больных с избыточной массой тела".

Пациенты с АГ, нуждающиеся в медикаментозном лечении, принимали ингибитор АПФ- эналаприл (ренитек) 10 мг и/или кардиоселективный бета-блокатор -бисопролол (конкор) 5 мг. Все больные вели дневники питания.

Лечение продолжалось 21 день. С пациентами осуществлялась постоянная связь в течение года. По результатам курса немедикаментозной терапии все больные после 21-дневного немедикаментозного лечения были разделены на 2 группы: с положительным эффектом терапии (87 больных) и без эффекта (93 чел). Критериями разделения были: снижение веса на 2 кг и более, уменьшение объема талии на 2 см и более, снижение уровня триглицеридов крови. Средний возраст пациентов 1 группы 46,8±9,6, второй — 47,2±9,2, индекс массы тела (ИМТ) 1 группы 35,4±3,9, второй- 35,4±4,61, мужчин в 1 группе -26,4 %, женщин-73,6 %, во второй мужчин- 26,9 %, женщин-73,1 %.

У 14,5 % пациентов 1 группы преобладало экстернальное пищевое поведение (ПП), у 34,2 % эмоциогенное, у 40,1 % — ограничительное, у 11,2 %- нарушений ПП не было. У больных 2 группы достоверно преобладало эмоциогенное пищевое поведение -55 %, у 28,4 % -экстернальное, 10,8 % имели ограничительное ПП, у 5,8 % — нарушений ПП не было.

Среди вариантов эмоциогенного ПП у больных 2 группы преобладал компульсивный с синдромом ночной еды -72,6 % (по сравнению с пациентами 1 группы -45,6 %; p=0,001).

У больных 1 группы был достигнут целевой уровень АД, который поддерживался в течение года. У пациентов 2 группы целевой уровень АД держался во время пребывания на курорте, в последующем АД не поддерживалось на должном уровне.

У больных 2 группы был отрицательный результат немедикаментозной терапии, затруднено формирование мотивации на поддержание правильного режима питания, выявлена зависимость сокращения приемов пищи и синдрома ночной еды от уровня индекса массы.

Таким образом, у большинства больных АГ и ожирением имеется патология ПП, сопровождающаяся значительным увеличением потребления жира и калорий.

Одним из факторов, определяющих неэффективность немедикаментозного вмешательства у пациентов АГ и ожирением, является наличие эмоциогеннего типа ПП с вариантами сокращения приемов пищи и синдрома ночной еды. Эти больные требуют лечения у психотерапевтов.

0295 КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СПОРОБАКТЕРИНОМ

Золотарёва Г.Н., Баталин В.А, Никитенко В.И.
ГОУ ВПО Росздрава ОрГМА, Оренбург, Россия

Цель исследования: оценить влияние споробактерина (СБ) на атерогенные дислипидеми среди основного контингента больных кардиологического профиля.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных (30 мужчин, 20 женщин, средний возраст 60,3+/-1,24 лет) с дислипидемией различной степени выраженности, не устраняемой гипохолестериновой диетой. Среди них АГ диагносцирована у 47 (94 %), ИБС у 35 (70 %). В подавляющем большинстве случаев (32 пациента, 64 %) эти заболевания сочетались. Диагноз АГ и ИБС устанавливали в соответствии с Национальными рекомендациями (2008, 2009гг.), вплоть до проведения коронарной ангиографии и внутрисосудистого ультразвукового исследования коронарных артерий при необходимости. Липидный спектр крови определяли на биохимическом анализаторе "Cobas Integra 400" (Roche, Швейцария). У 42 пациентов (84 %) выявлен дисбактериоз при бактериологочиском анализе кала по методу Р.В. Эпштейн-Литвака и Ф.Л. Вильшанской. Все пациенты получали лечение в соответствии с рекомендациями по лечению АГ, ИБС, кроме статинов (категорически отказались по причине высокой стоимости препаратов), а также СБ по 1,0 мл 2 раза в день за 30-40 минут до еды в течение 21 дня. Контрольные исследования проводили через 1, 2 и 6 месяцев от начала приема СБ.

Результаты. Уровень холестерина плазмы (ОХС) оказался достоверно ниже исходного при всех контрольных определениях: — 0,57 ммоль/л (8,5 %) через 1 месяц (p<0,05), -0,65 ммоль/(9,7 %)- через 2 (p<0,05), -0,98 ммоль/л (14,6 %) — через 6 месяцев (p<0,01) после начала лечения СБ. Уровень бета-липопротеидов (бета-ЛП) достоверно снижался в пределах 7,2-9,9 % (p<0,05). Концентрация триглицеридов (ТГ) уменьшалась на 10,9 % (p<0,05), 33,3 % (p<0,01), 28,1 % (p<0,05) соответственно срокам контрольных исследований. Индекс атерогенности (ИА) снижался в пределах 20,9-28,7 % (p<0,05).

Количество кишечных палочек со слабо выраженными ферментными и гемолитическими свойствами к 6-у месяцу после приема СБ уменьшилось на 40 % ($p<0,05$) и 20,6 % ($p<0,05$), соответственно. В итоге количество "полноценных" эшерихий увеличилось на 32 % ($p<0,05$). Увеличилось до нормы количество лакто- и бифидобактерий ($p<0,05$). Отчетливо уменьшились клинические проявления дисбиоза (запоры, жидкий стул, тошнота, метеоризм и др.)

Коэффициент корреляции Спирмена выявил положительную связь средней силы между слабоферментирующими эшерихиями и ОХС (0,386), бета-ЛП (0,570), ТГ (0,406), ИА (0,360); а также между гемолитическими эшерихиями и ТГ (0,415), ИА (0,349). Выявлена слабая, но достоверная связь между лактофлорой и ОХС (0,312) и бета-ЛП (0,302).

Выводы:

1. Применение СБ у больных АГ и ИБС в течение 3-х недель сопровождается позитивной динамикой исходно нарушенного профиля липидного спектра крови, сохраняющейся, как минимум, в течении полу года.

2. Одним из механизмов данного эффекта СБ является нормализующее влияние его на состав кишечной микрофлоры.

0296 АНАЛИЗ АДАПТИВНЫХ ОТВЕТОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ЗНАЧЕНИЙ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ Q И НЕ-Q ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Зотов А.К., Зотова Т.Ю.
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Развитие патологического процесса в виде инфаркта миокарда неизбежным следствием имеет изменение сократительной способности миокарда, что является причиной сдвига регуляторных влияний, направленных на обеспечение перфузионного давления в тканях. Однако оценить развитие адаптивных ответов сердечно-сосудистой системы по значениям параметров, являющихся предметом гомеостатического регулирования, довольно сложно. Для их визуализации проведен дескриптивный статистический, корреляционный и информационно-энтропийный анализ, как значений самих параметров центральной гемодинамики (АДс, АДд, ЧСС), так и их вероятностных распределений у 33 больных Q инфарктом миокарда (22 женщины и 11 мужчин) и 34 больных не-Q инфарктом миокарда (23 женщины и 11 мужчин) в 1, 2, 3, 5,10 и ≥15 дни заболевания.

Проведенный анализ позволил установить, что средние величины АДс, АДд и ЧСС во все дни заболевания изменяются незначительно. Однако анализ вариабельности данных значений и их вероятностных распределений позволил визуализировать адаптивные ответы системы и оценить их различия при развитии Q и не-Q инфаркте миокарда. В частности удалось установить, что адаптивные ответы сердечно-сосудистой системы визуализируются при анализе, как значений параметров, так и их вероятностных распределений, следствием чего является изменение автокорреляционных связей. На основе изменения последних удалось выявить критические дни заболевания: для Q инфаркта миокарда — это 5 и ≥15 дни заболевания, а для не-Q инфаркта миокарда — это 10 день заболевания. Полученные данные совпадают с особенностями клинического течения заболевания, так как именно в данные сроки отмечено учащение болевого синдрома. Кроме того, проведенный анализ позволил выявить качественное изменение состояния сердечно-сосудистой системы в данные сроки заболевания для Q инфаркта, в то время как для не-Q инфаркта миокарда можно говорить лишь об изменении устойчивости состояния системы. Анализ корреляционных связей между параметрами центральной гемодинамики позволяет утверждать, что системное АД и ЧСС не имеют устойчивых корреляционных связей почти во все дни заболеваний для обеих клинических форм заболевания.

Кратко резюмируя полученные результаты можно констатировать, что:

1. адаптивный ответ к повреждению левого желудочка сердца сердечно-сосудистой системы, как при Q-инфаркте, так и при не-Q инфарктах может быть визуализирован:

а) посредством изучения вариабельности значений гемодинамических параметров системы;

б) посредством изучения вариабельности вероятностных распределений значений гемодинамических параметров системы;

2. критическими, как в плане изменения характеристик вероятностных распределений значений гемодинамических параметров АДс и АДд, так и в клиническом плане для Q-инфаркта являются 5 и ≥15 дни заболевания, а для не-Q инфаркта — 10 день заболевания.

0297 ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ИВАБРАДИНА И САЛЬБУТАМОЛА НА СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Зулкарнеев Р.Х., Абдрахманова Г.М., Загидуллин Н.Ш., Резбаева А.Г., Биккинина Л.Б., Шигапова Ф.Ф., Сахибгареева Л.Н., Загидуллин Ш.З.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет РОСЗДРАВА", Уфа, Россия

Бронхолитическая терапия β2-агонистами у больных ХОБЛ сопровождается повышением ЧСС, что может стимулировать развитие ишемии миокарда при сопутствующей ИБС.

Цель исследования. Оценка протективного эффекта If-ингибитора ивабрадина в отношении ускорения ЧСС, вызванного ингаляцией агониста β2-адренорецепторов короткого действия сальбутамола у пациентов ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Материал и методы. Обследовано 20 больных ХОБЛ I-IV и ИБС в форме стабильной стенокардии ФК I-III с ОФВ1 49,1±25,3 % должн. и ЧСС 75,3±9,8 уд./мин. Дизайн исследования: перекрестное, рандомизированное. В течение двух последовательных дней больным проводилась функциональная проба с ингаляцией 400 мкг сальбутамола (С). ЧСС, артериальное давление и функция внешнего дыхания оценивались исходно и через 20 мин. после ингаляции С. В один из дней, определенный случайным образом, пациент за 2 ч до проведения пробы принимал 5 мг ивабрадина (И) внутрь.

Результаты. Исходные показатели не отличались между группами. После ингаляции С отмечался положительный прирост ЧСС на 5,5 (95 % ДИ 0,8;10,2) уд./мин., $p=0,03$. На фоне приема И прирост ЧСС после ингаляции С был незначимым и составил -2,4(-7,0;2,3) уд./мин., $p=0,33$. Прирост ЧСС в группе С существенно превышал прирост в группе С+И, $p<0,01$.

Ингаляция С вызвала положительный прирост ОФВ1 в группе С на 6,0 % (95 %ДИ 2,7; 9,3) должн., $p<0,01$, в группе С+И — на 7,7 % (2,8; 12,6) должн., $p<0,01$. Величины прироста ОФВ1 между группами статистически не различались, $p=0,5$. Артериальное давление в обеих группах не изменилось, $p=0,5$.

Заключение. У пациентов с сочетанием ХОБЛ и ИБС ивабрадин db дозе 5 мг эффективно нивелирует побочное положительное хронотропное действие на сердце ингаляции 400 мкг сальбутамола, не влияя на прирост показателей бронхиальной проходимости и артериальное давление.

Научная работа была выполнена при поддержке Госконтракта П1256 Федерального Агентства по Образованию в рамках ФЦП "Научные и научно-педагогические кадры инновационной России".

0298 ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА

У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Зыков М.В., Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Барбараш Л.С.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: определить содержание факторов воспаления цитокинового ряда и С-реативного белка (СРБ) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъёмом ST в позднем госпитальном периоде в зависимости от выраженности поражений коронарных и некоронарных сосудистых бассейнов.

Материал и методы исследования: включили 231 пациента с ИМ с подъёмом сегмента ST в возрасте от 32 до 79 лет, госпитализированных в Кемеровский кардиологический диспансер в 2008 году. Помимо рутинных методов обследования, в первые дни госпитализации проводили коронароангиографию с определением величины стенозов венечных артерий и цветное дуплексное сканирование магистральных некоронарных артерий (экстракраниальных, нижних конечностей); на 10-14 дни от момента развития ИМ у всех обследуемых в сыворотке венозной крови исследовали концентрацию цитокинов (интерлейкин (ИЛ)-1α, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12, фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α)) и С-реактивного белка (СРБ). Статистическая обработка осуществлялась в программе SPSS Statistics 17.0 (США).

Результаты: с увеличением степени стенозов магистральных артерий определяется тенденция к повышению содержания в сыворотке ИЛ-6 и СРБ. У пациентов со стенозами магистральных некоронарных артерий более 50 % выявлено достоверно значимое повышение ИЛ-12, — этот показатель оказался в 2 раза выше по сравнению с пациентами без поражений некоронарных бассейнов (67,61 (43,56; 106,15) пг/мл против 113,90 (87,10; 189,20) пг/мл, соответственно, p=0,02). Анализ корреляционных связей между числом поражённых коронарных артерий со стенозами более 50 %, с одной стороны и концетрациями цитокинов, СРБ с другой, показал достоверность только для ИЛ-12 (r=0,26, p=0,04). При помощи линейной пошаговой логистической регрессии в качестве независимых факторов, ассоциированных у больных ИМ со степенью стенотического поражения магистральных артерий, идентифицированы только возраст и концентрация ИЛ-12. Так, скоррегированный коэффициент детерминации, показывающий долю объясняемой изменчивости, составил 0,49, а стандартизированные коэффициенты Beta, позволяющие сравнить вклады каждого показателя в предсказание отклика, составили для возраста 0,30 (p=0,009) и ИЛ-12 — 0,22 (p=0,01). Кроме того, определена отрицательная корреляционная связь между концентрациями ФНО-а и холестерином липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) (0,31, p<0,0001), положительная — между уровнем ФНО-а и индексом атерогенности (ИА) (0,20, p=0,01).

Заключение: с увеличением степени поражения коронарных и некоронарных артериальных бассейнов повышается активность воспалительных процессов, причём это в большей степени касается маркёра клеточного звена воспаления — ИЛ-12, что может быть одним из механизмов развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда.

0299 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ибатов А.Д.
Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить особенности эмоционального статуса у мужчин и женщин с постинфарктным кардиосклерозом и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования: обследованы 56 пациентов (мужчин и женщин) с постинфарктным кардиосклерозом и ХСН в возрасте от 42 до 65 лет. Пациенты разделены на две группы. В первую группу вошли 18 пациентов женщин, средний возраст 58,3±1,2 года. Во вторую группу вошли 48 пациентов мужчин, средний возраст 56,8±1,5 года. Уровень тревоги и депрессии исследовали по анкете госпитальной шкалы тревоги и депрессии, уровень реактивной и личностной и реактивной тревожности — по анкете Спилбергера, характерологические особенности личности — по тесту СМОЛ.

Полученные результаты: группы не различались по возрасту, длительности ИБС, функциональному классу сердечной недостаточности, проводимой терапии. Уровень тревоги и депрессии составили в 1 группе соответственно 9,3±0,7 и 6,9±0,7 балла, во 2 группе соответственно 5,6±0,7 (p<0,05) балла и 5,7±0,7 (p>0,05) балла. Уровень реактивной тревожности и личностной тревожности в 1 группе соответственно составил 48,3±1,9 и 51,8±2,3 балла, во 2 группе соответственно — 41,7±1,9 (p<0,05) и 44,7±1,2 балла (p<0,05). Показатели теста СМОЛ в первой и второй группе составили соответственно: по шкале “ипохондрии” — 60,2±1,2 и 55,8±1,4 балла (p<0,05); “депрессии” — 55,7±3,6 и 50,6±2,0 балла (p>0,05); “истерии” — 56,4±1,5 и 50,1±1,3 балла (p<0,01); “психопатии” — 53,4±2,7 и 45,5±1,7 балла (p<0,05); “параноальности” — 58,5±3,0 и 52,1±1,8 балла (p>0,05); “психастении” — 53,5±2,3 и 49,7±2,1 балла (p>0,05); “шизоидности” — 59,7±3,5 и 47,1±1,7 балла (p<0,01); “гипомании” — 58,1±1,6 и 44,3±2,4 балла (p<0,001).

Выводы: женщины, страдающие ХСН, имеют более выраженный уровень тревоги и им характерна более выраженная акцентуация личности, по сравнению с мужчинами, страдающими ХСН.

0300 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ ПЛАВИКСА И АСПИРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬШИХ ИШЕМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ

Ибрагимова Д.М., Прокопенко Н.А., Мун С.Ю., Алиева Т.Н., Куюков И.Т., Абдулкеримова А.А.
ВПО “Астраханская государственная медицинская академия”, МУЗ Городская поликлиника № 7, Областная клиническая больница № 3, Астрахань, Россия

Высокая частота осложнений (сердечная недостаточность, тромбоэмболии, аритмогенная кардиомиопатия, остановка сердца) и связанный с этим высокий риск летального исхода ставят лечение мерцательной аритмии в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины.

Цель исследования: изучить возможности применения комбинации плавикса и аспирина для профилактики больших ишемических событий у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и ишемическим инсультом в анамнезе

Материалы и методы: в рамках работы обследовано 12 больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и ишемическим инсультом (по данным компьютерной томографии) в анамнезе. Больные были разделены на две группы. Первая группа получала варфарин с базисной цифрой МНО от 2 до 2,6. Средний возраст пациентов составил 55±6,4 лет. Второй группе была назначена комбинированная терапия плавикс 75мг в сутки и аспирин 75мг в сутки в виду невозможности назначения прямых антикоагулянтов. Еще одним решающим фактором явилось отдаленность лечебно-профилактического учреждения и невозможность проведения лабораторной диагностики МНО. Степень выраженности

неврологического дефицита в обеих группах была равномерно выражена. Срок наблюдения у кардиолога и невролога за больными составил 12 месяцев. За время наблюдения у двух пациентов из первой группы развился повторный ишемический инсульт. Зарегистрирован один случай кровотечения с исходом во вторичный геморрагический инсульт. Полное восстановление трудоспособности наблюдалось у трех больных. На фоне базисного приема антиаритмических препаратов у больных с МНО 2,6 наблюдались единичные, короткие пароксизмы фибрилляций предсердий. Сложность ведения данной группы пациентов состояла в трудности подбора необходимой дозы варфарина, контроля МНО и активного патронажа данной группы больных. Во второй группе больных, принимавших на фоне базисной антиаритмической терапии комбинацию плавикса и аспирина, повторных инсультов не было. У четырех больных из пяти наблюдалось полное восстановление трудоспособности. Пароксизмы фибрилляций предсердий зарегистрированы у двух пациентов. Больших кровотечений не было. Данная группа больных не нуждалась в дополнительных лабораторных исследованиях, имела хорошую приверженность к проводимой терапии, что значительно облегчает наблюдение за данной категорией больных.

Вывод: применение плавикса в комбинации с аспирином для вторичной профилактики пароксизмов сердечного ритма и сосудистых нарушений уменьшает риск повторного возникновения данных событий и инсульта.

0301 ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В СВЯЗИ С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Иванов А.П., Эльгардт И.А., Сдобнякова Н.С.
Тверской клинический кардиологический диспансер, Тверь, Россия

Нарушения сердечного ритма являются симптомами почти любого заболевания сердца. От функциональных аритмий до причин внезапной смерти — таков диапазон прогностической оценки их наличия и прогрессирования в динамике течения заболевания.

Цель исследования: определить место аритмии сердца в общей структуре заболеваний у больных артериальной гипертензией и особенности их развития при различных вариантах ремоделирования миокарда левого желудочка.

Методы исследования: В амбулаторных условиях Тверского клинического кардиологического диспансера проведено комплексное обследование 323 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1 — 2 степеней, в возрасте 40-59 лет. Всем пациентам проводилась электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ и АД, эхокардиография. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программ вариационной статистики с применением критерия t Стьюдента и χ^2.

Полученные результаты: Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) встречалась у 275 пациентов (в 50 % случаях) и была ассоциирована с нарушением суточного ритма АД ($p<0,01$) в ночные часы, мужским полом (χ^2 5,20), наследственностью (χ2 5,0), абдоминальным ожирением (χ^2 4,1). Наиболее частым типом ремоделирования ЛЖ была концентрическая гипертрофия ЛЖ (30 %), реже встречались эксцентрическая гипертрофия (19 %) и концентрическое ремоделирование (12 %). С учетом реакции трансмитрального кровотока (ТМК) на изометрическую нагрузку частота диастолической дисфункции (ДДФ) составила 78 % (у 430 пациентов из 552), из которых почти треть приходится на псевдонормальный тип. Распространенность нарушений релаксации и псевдонормального типа ТМК у пациентов с ГЛЖ и/или диаметром левого предсердия более 4,0 см составила 96 %. На долю мерцательной аритмии пришлось около 26.3 %.от всех аритмий. Желудочковая экстрасистолия не менее III класса по Лауну была у 11,6 %. По данным суточного мониторирования ЭКГ она чаще проявлялась в дневное время (70 %). При наличии эксцентрического ремоделирования экстрасистолия, как правило, регистрировалась в ночное время (65 %), зачастую сопровождаясь короткими пробежками групповой экстрасистолии. Синдром слабости синусового узла был зарегистрирован у 1.5 % больных и значимо коррелировал с наличием ДДФ (χ2 5,4). На долю пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий пришлось около 2 % случаев, преимущественно у лиц с концентрическим ремоделированием ЛЖ.

Выводы: Таким образом, гипертрофия левого желудочка, преимущественно по концентрическому типу, связана с высокой степенью распространённости нарушений ритма сердца среди больных артериальной гипертензией, а также о наличии циркадных особенностей аритмий и о частой их взаимосвязи с диастолической дисфункцией ЛЖ.

0302 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИРОВАНИЯ ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ СИТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА НА ПАТОМОРФОЗ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Иванченко Д.Н., Менджерицкий А.М., Карантыш Г.В.
ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет; ФГОУ ВПО “Южный федеральный университет”, педагогический институт, Ростов-на-Дону, Россия

В настоящее время большое внимание уделяется влиянию на формирование и развитие различной патологии оксиду азота (NO). Имеются данные о том, что NO, продуцируемый при гиперэкспрессии индуцибельной синтазы NO (iNOS), приводит к развитию дисфункции миокарда и прогрессии процессов апоптоза в кардиомиоцитах. Помимо этого, NO также является важным нейромедиатором, функционирующим как в центральной, так и в периферической нервной системе. Он играет важную роль в эмоционально-мнестических функциях, влияя на формирование тревожности. При развитии ИМ происходит активация iNOS. Последствиями активации фермента с резким повышением генерации NO, являются угнетение сократимости миокарда, а также функциональные и морфологические нарушения кардиомиоцитов. Таким образом, представляет интерес поиск селективных ингибиторов iNOS и возможность применения их при инфаркте миокарда (ИМ).

Цель. Оценить влияние ингибитора iNOS AR-R17477 на гистологические изменения сердечной мышцы при моделировании ИМ у крыс с пассивным типом поведения.

Методы исследования. Работа проводилась на крысах линии Вистар массой 180-200 г с пассивным типом поведения, по своим метаболическим особенностям подобных пациентам, страдающим симптомами тревожно-депрессивного расстройства. ИМ моделировали с использованием методики O.Tarnavski et al. (2004). За 1 час до моделирования ИМ животным внутрибрюшинно вводили ингибитор iNOS AR-R17477 в дозе 30 мг/кг веса. Сердца крыс выделялись на 1-е, 3-и, 7-е и 14-е сутки после операции с целью оценки гистологических изменений в сердечной мышце после перевязки коронарной артерии. Выделение материала контрольных групп животных без предварительного введения AR-R17477 производилось в аналогичные сроки. Проводили светооптическое гистологическое исследование поперечных срезов миокарда. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением пакета прикладных программ Statistica 6,0 for Windows и электронных таблиц Excel, Microsoft Office 2003. Сравнение бинарных данных малых групп проводилось с использованием точного критерия Фишера и χ^2. (с поправкой Уотсона).

Полученные результаты. При ИМ в условиях предварительного введения AR-R17477 не происходило тромбоза сосудов, не наблюдалась агрегация эритроцитов в сосудах. При этом лейкоцитарная инфильтрация в зоне некроза отсутствовала. Кроме того, при введении AR-R17477 в гистологических

срезах ИМ не наблюдалось зоны гибернирующего миокарда. Постинфарктный рубец формировался из грубых коллагеновых волокон.

0303 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АУТОРЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Илов Н.Н., Пыдык И.О., Шварц Р.Н.
НУЗ "Медико-санитарная часть", Астрахань, Россия

Цель: провести сравнительную оценку качественных (когнитивно-мнестические функции) и количественных (реактивность церебральных сосудов) показателей ауторегуляции мозгового кровотока у больных артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: В исследование были включены 20 больных АГ 1-3 степени, без поражения органов-мишеней и клинически-ассоциированных состояний (18 мужчин, 2 женщины). Средний возраст составил 47,1±1,2 лет. Проводилась транскраниальная допплерография и капнометрия в покое и при проведении гиперкапнической и гипокапнической проб. Вычислялись коэффициенты и индексы реактивности на гипер и гипокапническую нагрузку (Кр+, Кр- и Ир+, Ир-, соответственно), индекс вазомоторной реактивности (ИВМР). Диагностика когнитивного дефицита проводилась с помощью скрининг-оценки умственного состояния (Mini Mental State Examination, MMSE), теста рисования часов.

Полученные результаты: При изучении когнитивного дефицита в 36 % случаев показатели скрининговых шкал находились в пределах нормы. У 64 % обследованных пациентов выявлено снижение суммарного бала MMSE, соответствующее преддементным когнитивным нарушениям. При анализе скрининговых шкал MMSE определяется, что чаще всего снижение когнитивно-мнестических функций проявляется нарушением внимания (64 % от всех обследованных) и памяти (57 %), реже регистрируется нарушение ориентировки во времени и месте (14 % и 7 % соответственно). У 57 % больных при перерисовке возникали пространственные искажения или несоединение линий, в 36 % этих случаев нарушение пространственного восприятия подтверждалось снижением оценочного бала в тесте рисования часов. У 10 пациентов выявляются признаки когнитивного дефицита сразу по 2 и более шкалам. Интересно, что при отсутствии достоверных различий в возрастной и половой структуре этой подгруппы в сравнении с остальными участниками исследования, для этих больных характерны более высокие значения артериального давления — систолического (САД)/диастолического (ДАД), среднего (срАД): 155,7/100 мм рт.ст., срАД = 118,6 мм рт.ст. против 140,7/96,5 мм рт.ст., срАД = 115,9 мм рт. ст. (различия между группами достоверны, $p<0,05$).

При изучении мозгового кровотока в 21 % случаев зарегистрирован парадоксальный тип гемодинамического ответа на проведение вентиляционных проб, признаки ангиодистонии по гипертоническому (36 %) и гипотоническому типу (29 %). У 36 % обследованных больных отсутствовало снижение индексов периферического сопротивления на фоне гиперкапнической пробы, в 21 % регистрировалось парадоксальное снижение пульсационных индексов при проведении пробы с гипервентиляцией. В 78 % случаев выявленный когнитивный дефицит ассоциировался с нарушенными показателями реактивности церебральных сосудов.

Выводы: у пациентов АГ выявляются преддементные когнитивные нарушения, которые ассоциированы с нарушением реакции церебральных сосудов на метаболический стимул.

0304 ВЛИЯНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО И ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Иманов Г.Г., Бахшалиев А.Б., Джамилов Р.Р., Мирзоев У.А., Рустамова Я.К.
Госпиталь Таможенного Комитета, Баку, Азербайджан; НИИ Кардиологии им. Дж. Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Цель исследования: изучение сравнительного влияния вспомогательного и первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) на систоло-диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST (ОИМ).

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 50 пациентов с ОИМ. 21 пациенту после внутривенного введения в первые 6 часов от начала клинической симптоматики 1.500 000 ЕД стрептокиназы в течение 1 часа в последующие 24 часа проводилось стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии. А 29 пациентам в первые 6 часов проводилось первичное стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии. Двумерная эхокардиография проводилась всем пациентам в первые 6, 12 часов, 1, 3, 6, и 12-й месяц. Статистический анализ проводился по методу Стьюдента.

Результаты. Клинические показатели двух групп пациентов с ОИМ — 1-ой было выполнено вспомогательное ЧКВ, 2-ой первичное ЧКВ — различались следующим образом: повторный инфаркт миокарда (1(4,8 %), 0 %), необходимость повторной реваскуляризации (2(9,5 %), 3(15,8 %)), сердечная недостаточность по классификации NYHA (2(9,5 %), 1(5,2 %)), аневризма ЛЖ (2(10 %),1(10 %)) и смерть от сердечного заболевания (0 %) соответственно. В 1-ой группе больных, начиная с 1-го месяца после проведения ЧКВ, отмечалось статистически достоверное снижение конечно-систолического индекса по сравнению со 2-ой группой ($p<0,05$). Фракция выброса ЛЖ была выше во 2-ой группе, однако различие не достигало статистической значимости. Во 2-ой группе больных по сравнению с первой, начиная с 3-го месяца после ЧКВ, отмечалась положительная динамика показателей диастолической функции ЛЖ ($p<0,01$), а с 6-го месяца полное ее восстановление. Такое различие восстановления систолодиастолической функции ЛЖ возможно обусловлено неэффективностью фармакологической реваскуляризации, которая проводилась в 1-ой группе пациентов до вмешательства. Поэтому при ОИМ раннее ремоделирование проявляет себя на боле поздних этапах заболевания.

Выводы. При ОИМ максимально раннее проведение механической реваскуляризации приводит к значительной положительной динамике систоло-диастолическй функции ЛЖ. При отсутствии возможности проведения первичного ЧКВ в первые 6 часов от начала клинической симптоматики оправдано применение тромболитической терапии с последующим, вспомогательным ЧКВ в течение 24 часов.

0305 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИЛМЕНИДИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ЯВЛЕНИЯМИ КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Ирхина Е.А., Бакумова О.Р., Колебошина А.А., Сиволобова Е.А.
Волгоградский Государственный медицинский университет. Волгоград, Россия

Цель: Провести сравнительное исследование переносимости и безопасности основных классов антигипертензивных средств по влиянию на вестибулярный аппарат и слуховой анализатор.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в дизайне простого нерандомизированного сравнительного исследования. Объектом клинического исследования послужили 135 человек старшей возрастной группы, средний

возраст которых составил 67,63±1,73 лет, с АГ I-II степени и сопутствующей НСТ I-III степени. Для верификации АГ были использованы традиционное 3-4-кратное определение АД по методу Короткова и СМАД. Для оценки вестибулярной функции проводилось: исследование спонтанных патологических вестибулярных реакций, статического, исследование координации верхних конечностей, позиционного нистагма. Для верификации НСТ проводилась тональная пороговая аудиометрия с использованием клинического аудиометра АД 229е ("Interacustics", Дания).

Результаты исследования. Средние суточные значения АД до лечения рилменидином составили: САД — 150,7±18,3 и ДАД — 86,5±14,58. Через 3 месяца лечения наблюдалось снижение основных показателей АД: среднесуточных показателей САД и ДАД на 10,8 % и 11,12 %, соответственно (t=2,14; p <0,05).

Изменение ЧСС оказалось статистически недостоверным. Отмечено снижение "нагрузки давлением": ИВ САД и ИВ ДАД за сутки снизились на 35,14 % и 42 % (t=2,08; p <0,05), соответственно. Так же, отмечено возрастание СИ САД на 17,12 %, СИ ДАД на 30,27 % (t=2,04; p <0,05), что привело к восстановлению суточного ритма до "дипперов". Пульсовое давление снизилось на 10,11 % (t=2,11; p<0,05).

После проведенной антигипертензивной терапии рилменидином не было выявлено достоверно значимых различий при проведении всех вышеописанных проб. Только при анализе динамики теста Фукуды были выявлены значимые изменения теста вертикального и горизонтального письма.

В данной группе было выявлено 35 больных с I степенью тугоухости (79,5 %), со II-ой — 7 человек (15,9 %) и с III-ей — 2 (4,54 %). Двухстороннее снижение слуха выявлено у всех пациентов, как правило, в разной степени ассиметричное. Субъективно шум в ушах отмечали 39 (88,64 %) человек.

Анализ результатов лечения рилменидином показал положительные изменения слуха, а также характера и выраженности субъективного шума. Порог тонального слуха улучшился на 7,09 % на левое ухо, и на 7,69 на правое ухо. Субъективно шум в ушах исчез у 9 (20,45 %) больных, уменьшилась его интенсивность у 27 (61,36 %), не изменился 3 (6,8 %).

Таким образом, терапия с использованием рилменидина у больных с артериальной гипертензией, является клинически эффективной и характеризуется хорошей переносимостью, так же, оказывает положительный эффект на порог тонального слуха.

0306 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА ОРЕНБУРГА

Исаева Е.Н., Либис Р.А.
ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Существует прямая линейная зависимость между уровнем АД и риском сердечно-сосудистых осложнений — инфаркта миокарда, мозгового инсульта, хронической сердечной недостаточности (ХСН). Исходя из этого, снижение АД до целевых значений является первостепенной (хотя и не единственной) задачей при лечении больных АГ. Доказано, что у мужчин и женщин АГ протекает по-разному.

Цель: изучение особенностей течения и эффективности лечения АГ в сравнении у мужчин и женщин в неорганизованной популяции жителей города Оренбурга.

Материалы и методы: из жителей г. Оренбурга, прикрепленных для медицинского обслуживания к одной из городских поликлиник, с помощью таблицы случайных чисел была сформирована выборка из 666 человек, которые были приглашены на углубленный медицинский осмотр. У всех обследуемых собирали жалобы и подробный медицинский анамнез, проводили антропометрию, измеряли уровень АД осциллометрическим методом (тонометр UA 767, A&D Company Ltd). Диагностическое заключение о наличии АГ, а также оценку эффективности антигипертензивной терапии основывали на рекомендациях по диагностике и лечению АГ (ВНОК, 2008 г). Полученные результаты оценивались в сравнении у мужчин и женщин.

Результаты: Согласились принять участие в исследовании 301 человек (отклик — 45 %), из них мужчин — 150, женщин — 151. Средний возраст обследованных мужчин составил 49,6±1,1 лет, женщин — 51,5±1,2. АГ выявлена у 169 человек (56 %), в том числе у 91 мужчины (60,7 %) и у 78 женщин (52 %). Осведомленность больных о наличии у них АГ составила 58,6 %. Женщины информированы о наличии заболевания лучше, чем мужчины (71,8 % против 47,3 %), что соответствует данным других российских и зарубежных исследований. Женщины с АГ лечатся чаще, чем мужчины (64,1 % против 30,8 %). Эффективность лечения (при анализе в подгруппах больных, получающих регулярную антигипертензивную терапию) выше у мужчин (46,4 % против 34 %). Сосудистые катастрофы в анамнезе (нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда) встречаются в целом по группе среди больных с АГ в 14,8 % случаях, чаще у женщин (16,7 % против 13,2 %). Распространенность ХСН среди пациентов с АГ составила 21,3 %. У женщин ХСН встречается чаще, чем у мужчин (25,6 % против 17,6 %).

Выводы: полученные данные свидетельствуют о том, что мужчины в отличие от женщин чаще страдают АГ, хуже информированы о наличии у них заболевания, реже получают антигипертензивную терапию, но в подгруппе мужчин, получающих лечение, чаще удается достичь целевых уровней артериального давления. Причины большей частоты осложнений в подгруппе женщин с АГ по сравнению с мужчинами требуют дополнительного анализа.

0307 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЁРТЫВАНИЯ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Искендеров Б.Г., Васильев Д.А.
ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей" Минздравсоцразвития России, Пенза, Россия

Цель: оценить эффективность антикоагулянтной терапии варфарином у кардиохирургических больных после имплантации механических клапанов сердца с хроническим ДВС-синдромом.

Материал и методы: в исследование были включены 70 больных (24 мужчины и 36 женщин) с пороками клапанов сердца различной этиологии. Возраст больных составлял от 49 до 63 лет (средний возраст 56 лет), которым было проведено протезирование митрального и/или аортального клапанов сердца механическими двухстворчатыми протезами "МедИнж-2" (Россия). Все пациенты были разделены на 2 группы: без признаков хронического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС) — 1 группа, 48 больных (15 мужчин и 23 женщины), и с хроническим ДВС — 2 группа, 22 больных (9 мужчин и 13 женщин). Состояние плазменно-коагуляционного звена гемостаза оценивали на автоматическом коагулометре ACL 9000 "Instrumentation laboratory" (США). Число и функциональное состояние тромбоцитов оценивали на агрегометре "Биола" (Россия). Варфарин назначали на третий день после операции со стартовой дозы 5,0 мг. Контроль МНО осуществлялся ежедневно в течение 6 дней с момента приёма первой дозы варфарина пациентом, далее — корректировалась недельная доза до достижения целевых значений МНО. Продолжительность терапии составляла до 2-3 недель.

Результаты: целевыми уровнем антикоагуляции для данной категории больных являлся интервал МНО 2,0-3,0. В первой группе пациентов у 37,5 % МНО находилось на уровне целевых

значений при ежедневном приёме варфарина в дозировке 5,0 мг/сут. 16 (33,3 %) больным потребовалось увеличение суточной дозы варфарина до 10 мг/сут, 14 (29,2 %) — уменьшение для достижения целевого уровня МНО. Средняя суточная доза варфарина составила 4,43 мг. Во второй группе пациентов в 9,1 % случаев МНО находилось на уровне целевых значений при ежедневном приёме варфарина в дозировке 5,0 мг/сут. У 5 больных (22,7 %) потребовалось увеличение суточной дозы варфарина до 10 мг/сут. 15 (68,2 %) больным потребовалось уменьшение суточной дозы варфарина по сравнению со стартовой. Средняя суточная доза варфарина составила 2,93 мг. По результатам данного исследования средняя дозировка варфарина, необходимая для достижения целевых значений МНО во второй группе пациентов ниже, чем в первой (2,93 мг/сут и 4,43 мг/сут соответственно). 68,2 % больных второй группы потребовалось уменьшение дозы варфарина по сравнению со стартовой и лишь 29,2 % первой группы.

Выводы: таким образом, для достижения целевого уровня МНО для пациентов с хроническим ДВС-синдромом необходима более низкая доза варфарина, чем пациентам без признаков хронического ДВС-синдрома.

0308 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА, РАМИПРИЛА, КАРВЕДИЛОЛА И ТРИМЕТАЗИДИНА, ЭНАЛАПРИЛА, МЕТОПРОЛОЛА ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Исламова У.А., Гафурова Р.М., Абдуллаев А.А., Кадиева И.А., Тамаева Б.М.
ГОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия МЗ СР РФ", Махачкала, Россия

Цель: определить сравнительную эффективность в составе стандартной терапии пациентов с перенесенным Q-инфарктом миокарда (Q-ИМ) с диастолической дисфункцией левого желудочка сочетания триметазидина с эналаприлом, метопрололом и с рамиприлом, карведилолом.

Методы исследования. Мы наблюдали 213 пациентов, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 42 до 69 лет (мужчин — 200, женщин — 13), в течение шести месяцев после их выписки из стационара. 102 из них страдали артериальной гипертензией, у 71 зарегистрирована одиночная желудочковая экстрасистолия. Состояние диастолической функции изучали методом допплерэхокардиографии аппаратом Aloka-2200 по стандартной методике. Определяли показатели трансмитрального кровотока: максимальная скорость раннего наполнения в систолу левого предсердия — Ve, скорость наполнения в систолу левого предсердия — Va и индекс соотношения Ve/Va. Исследование проводилось в 16-21-е сутки и к концу шести месяцев от начала ИМ. Больные были рандомизированы методом случайных чисел на две группы: 1-я группа из 107 пациентов получала в сочетании со стандартной терапией (аспирин, метопролол, нитраты и другие средства — по показаниям) эналаприл (эднит фирмы Gedeon Rıchter, Венгрия) в дозе 5-10 мг/сут, метопролол (эгилок фирмы Egıs, Венгрия) в дозе 50-100 мг/сут и триметазидин (предуктал МВ компании Servıer, Франция) в дозе 70 мг/сут. 2-я группа из 106 пациентов, адекватная для сравнения по исходным данным (возраст, пол и характер поражения миокарда), в сочетании со стандартной терапией и триметазидином получала рамиприл (хартил фирмы Egıs) 5-10 мг/сут и карведилол (таллитон фирмы Egıs, Венгрия) в дозе 12,5-25 мг/сут. Лечение в обеих группах проводили в течение шести месяцев сразу после стационарного этапа.

Полученные результаты. Во 2-й группе через шесть месяцев лечения увеличилось соотношение Ve/Va на 10,5 % по сравнению с таковым до лечения, в то время как в 1-й группе — на 8,1 % ($p<0,05$). У 93,2 % пациентов имела место диастолическая дисфункция левого желудочка по гипертрофическому типу, у 6,8 % — по рестриктивному типу.

Вывод: У пациентов, перенесших Q-ИМ, коррекция диастолической дисфункции левого желудочка происходит эффективнее на фоне дополнения стандартной терапии сочетанием рамиприл+карведилол+триметазидин, чем при использовании комбинации эналаприл+метопролол+тримет азидин.

0309 ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПРИ РАЗНЫХ СХЕМАХ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ ПОЛГОДА ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА

Исламова У.А., Абдуллаев А.А., Гафурова Р.М., Абдулпатахов Д.Д., Гамзаева Д.М.
ГОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия" МЗ СР РФ, Махачкала, Россия

Цель: изучить частоту нарушений ритма сердца у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ), через полгода постинфарктного периода при разных схемах медикаментозного лечения.

Методы исследования: Обследовано 316 пациентов, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 40 до 70 лет (мужчин — 296, женщин — 20). Средний возраст составил 58,5±2,0 года. При выписке из стационара пациенты методом случайных чисел были рандомизированы на три группы, сопоставимые по полу, возрасту, курению, избыточной массе тела, фоновым и сопутствующим заболеваниям. В контрольной группе из 103 больных применяли стандартную терапию, включавшую аспирин, симвастатин, метопролол (эгилок фирмы Egıs, Венгрия) в дозе 25-50 мг/сут, эналаприл (эднит фирмы Gedeon Rıchter, Венгрия) в дозе 5-10 мг/сут и по показаниям — другие средства. В 1-й группе из 107 больных в сочетании со стандартной терапией назначали триметазидин (предуктал МВ компании Servıer, Франция) в дозе 70 мг/сут. Во 2-й группе из 106 больных использовали препараты фирмы Egıs (Венгрия) — рамиприл (хартил) в дозе

2,5-5 мг/сут и карведилол (таллитон) в дозе 6,25-25 мг/сут в сочетании с триметазидином (предукталом МВ) в дозе 70 мг/сут. Суточное мониторирование ЭКГ проводили с помощью компьютерной программы DıaCard (ЗАО "Медиком", Москва) через шесть месяцев лечения. У каждого из них оценивали число и продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии, частоту регистрации нарушений ритма и проводимости сердца.

Результаты: Наджелудочковая экстрасистолия в контрольной группе наблюдалась у 82,5 % пациентов, в 1-й группе — у 75,8 %, во 2-й группе — у 70,4 %. Кратковременные пароксизмы наджелудочковой тахикардии и фибрилляции предсердий зарегистрированы у 26,3 % в контрольной, 21,7 % в 1-й и 14,3 % во 2-й группах наблюдения. Угрожаемые для жизни аритмии (желудочковые экстрасистолы высоких градаций, пароксизмы желудочковой тахикардии) зарегистрированы у 14,9 % пациентов контрольной, 11,7 % 1-й и у 7,4 % 2-й групп наблюдения. Частота эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда была наименьшей во 2-й группе.

Выводы: Применение в комплексной терапии пациентов в постинфарктном периоде сочетания рамиприла, карведилола и триметазидина оказалось наиболее эффективным. Комбинация эналаприла, метопролола, триметазидина по степени эффективности занимает промежуточное положение между 2-й и контрольной группами наблюдения.

По-видимому, частота регистрации нарушений ритма сердца имеет прямую связь с частотой эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда.

0310 РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ ОПЕРАЦИИ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Исмаилов Ж.К., Абсеитова С.Р., Куатбаев Е.М., Байторе Б.С., Перменов Б.А., Тойева Г.Е., Сейтжанова Г.М., Бердибеков Т.Н., Булешов Д.М.
Областной кардиологический центр, Шымкент, Казахстан

В рамках реализации "Программы по развитию кардиологической и кардиохирургической помощи на 2007-2009 гг. в РК" в ЮКО с августа 2009г на базе ОКЦ начаты операции на открытом сердце.

Цель исследования. Оценка результатов первых 158 операций на открытом сердце.

Материал и методы. Средний возраст пациентов составил 59,63 лет. Мужчин было 122 (77,22 %), женщин — 36 (22,79 %).

ИМ в анамнезе у 139 (87,98 %) пациентов, у 11 (6,96 %) нарушение мозгового кровообращения, у 36 (22,75 %) был мультифокальный атеросклероз. Сопутствующие заболевания: АГ у 141 (89,24 %), СД у 23 (14,56 %), ХОБЛ у 17 (10,76 %) пациентов.

Исходно у пациентов с ИБС I-II ФК стенокардии (CCS) был у 29 (19,73 %), III-IV у 118 (80,27 %). Сердечную недостаточность (NYHA) I-II ФК имели 103 (70,07 %), III-IV — 44 (29,93 %). Исходно ФВ ЛЖ <35 % у 28 (17,72 %) больных, у 130 (82,28 %) >35 %.

25 (17,01 %) пациентов с ИБС имели значимое поражение ствола ЛКА, 147 (100 %) — поражение ПМВЖ ЛКА, 100 (68,03 %) — поражение ОА, 87 (59,18 %) — поражение ПКА.

10 (6,34 %) пациентов оперированы с ДМПП вторичного типа.

В 1 (0,63 %) случае выполнена экстренная операция — протезирование аортального клапана механическим протезом у пациента с критическим стенозом аортального клапана.

Результаты. Выполнено 122 (77,22 %) операции в условиях ИК и 36 (22,79 %) на работающем сердце. В 148 (93,67 %) случаях плановые операции, в 10 (6,34 %) случае выполнены экстренные операции — прямая хирургическая реваскуляризация миокарда.

В 147 (93,04 %) случаях проведена прямая реваскуляризация миокарда. Реваскуляризация одной КА у 33 (22,45 %), двух КА у 27 (18,37 %), трех и более КА у 87 (59,18 %) пациентов. У 2 (1,36 %) пациентов выполнена коронарная эндартерэктомия с пластикой коронарного русла. Для реваскуляризации миокарда использовались как аутовенозные так и ауто-артериальные кондуиты. ЛВГА применялась у 145 (98,64 %) пациентов, в 9 (6,12 %) случаях применялась бимаммарное шунтирование. Общее количество использованных аутовенозных трансплантатов составило — 194.

Среднее время операции составило 188±20,35 мин., среднее время ИК 71,5±17,34 мин., пережатие аорты 54,5±14,22 мин.

Самостоятельное восстановление сердечной деятельности после кардиоплегии в 149 (94,30 %) случае. В 83 (52,53 %) случае выход из ИК без кардиотонической поддержки, в 6 (3,80 %) случаях потребовалась имплантация внутриаортального баллонного контрпульсатора.

Среднее пребывание пациентов в стационаре составило 10,3 койка/дней.

Из послеоперационных осложнений отмечены: периоперационный инфаркт миокарда — 1 (0,63 %), кровотечение потребовавшее рестернотомии с ревизией — 3 (1,90 %), пневмоторакс — 1 (0,63 %), нестабильность грудины — 1 (0,63 %), ОНМК — 1 (0,63 %), фибрилляция предсердий — 14 (8,86 %), желудочковая экстрасистолия — 7 (4,43 %), фибрилляция желудочков — 1 (0,63 %). Общая послеоперационная летальность составила 3 (1,9 %).

Выводы. Организация и обеспечение кардиохирургической службы Южно-Казахстанской области позволяет успешно выполнять диагностику и хирургическое лечение у пациентов с ИБС как в плановом, так и в экстренном порядке.

0311 РИСК РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Истрати В., Капрош Н., Попович И.
Госсударственный Медицинский и Фармацевтический Университет им. "Н. Тестемицану", Кафедра Внутренних Болезней, Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST как проявление ишемии миокарда вследствие дестабилизации атеросклеротической бляшки- показание к реваскуляризации с целью максимально быстрого нормализации коронарного кровотока. Установление высокого риска смерти и повторного инфаркта является оптимизированным стандартом в стратификации больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST.

Цель исследования: определение прогностического риска развития неблагоприятных событий у больных с ОКС без элевации сегмента ST.

Материал и методы. В исследовании были включены 137 пациента, (средний возраст 57,1±7,9г., мужчин- 120 (88,6 %)), находившихся на обследовании и лечении в кардиологических отделениях с диагнозом: острый коронарный синдром без элевации сегмента ST. Определение традиционных маркеров некроза (тропонины, общая креатинфосфокиназа и ее МВ фракция) проводили всем больным, на основании которого выделяли ту или иную форму ОКС. Стратификация риска у больных проводилась на основании оценки ЭКГ признаков, маркеров ишемии и факторов риска.

Результаты. У большинства больных (123 (99,6 %)) диагностировали нестабильную стенокардию. Большая часть больных- 92 (74,8 %) из них страдали прогрессирующей стенокардией с появлением ангинозных приступов в покое и резким снижением толерантности к физической нагрузке. Впервые возникшую стенокардию диагностировали у 15 (12,2 %) пациентов. Развитие non-Q инфаркта миокарда зафиксировали у 14 (10,2 %) больных. Признаки недостаточности кровообращения IIB-IIC NYHA выявили у 29 (21,8 %) пациентов. Средняя длительность заболевания пациентов составила 79.6±6.9мес. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен у 46 (33,6 %), артериальная гипертензия- у 107 (78,1 %), сахарный диабет- 21 (15,3 %), ожирение- у 52 (37,9 %), курение- у 31 (22.6 %) пациентов. Критерии высокого риска диагностировали у 92 (76.2 %) пациентов. У этих больных отмечались рецидивы острой ишемии миокарда в состоянии покоя, сопровождавшиеся депрессиями сегмента ST, инверсиями зубца T и повышением уровня кардиоспецифических ферментов. При установлении у пациентов высокого риска смерти была начата подготовка к коронароангиографии. Чрескожное коронарное вмешательство и стентирование коронарной артерии выполнено у 54 (46,2 %) больных с высоким прогностическим риском, из которых экстренная ангиопластика- у 10 (18,5 %), отсроченная- у 42 (77,8 %) больных. Аортокоронарное шунтирование проведено у 38 (32,5 %) пациентов.

Вывод: Выявление прогностическиго риска развития неблагоприятных событий является важным и простым методом в выборе больных с ОКС без элевации сегмента ST для инвазивной терапии.

0312 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ишмакова Р.А. Кастанаян А.А. Недоруба Е.А. Сидоров Р.В. Гребенюк С.В.
РостГМУ кафедра внутренних болезней № 2, Ростов-на-Дону, Россия

Хронотропный ответ — показатель увеличения ЧСС в ответ на физическую нагрузку. По литературным данным низкий хронотропный ответ (хронотропная недостаточность) — снижение максимальной ЧСС относительно прогнозируемых величин — является независимым прогностически значимым фактором сердечнососудистых осложнений.

Цель работы: определить возможность использования показателя хронотропного ответа при ишемической болезни сердца (ИБС), а также установить наличие корреляции между ним и другими прогностическими показателями (индекс Дюка, "двойное произведение", толерантность к физической

нагрузке; фракция выброса, поражение коронарных артерий).

Методы исследования: ретроспективный анализ 44 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиохирургическом отделении РостГМУ, которым выполнялся тредмил-тест.

Полученные результаты. У пациентов с положительной пробой на стресс-ЭКГ-тесте превалировал (в 57 % случаях) низкий хронотропный ответ (≤ 0,8), а у пациентов с отрицательной — в 100 % случаях наблюдался нормальный хронотропный ответ (>0,8). Прогностическая значимость показателя хронотропного ответа совпадала с результатами оценки по другим показателям. При расчете индекса Дюка при положительной пробе преобладал средний риск сердечно-сосудистых осложнений — 72 % (в среднем индекс Дюка составил 1,2), при отрицательной — низкий риск — 75 % соответственно (в среднем индекс Дюка в данной группе составил 8). По "двойному произведению" у пациентов с положительной пробой преобладал IV функциональный класс (43 %), с отрицательной пробой — II ФК (50 %). У пациентов с положительной пробой в 50 % случаях отмечалась средняя толерантность к физической нагрузке, 29 % составили пациенты с высокой толерантностью к физической нагрузке и 21 % — с низкой. В группе пациентов с отрицательной пробой наблюдалась средняя и высокая толерантность к физической нагрузке (75 % и 25 % соответственно). В группе пациентов с положительной пробой в 29 % случаях наблюдалось снижение ФВ, в группе же с отрицательной пробой у всех пациентов (в 100 % случаях) была нормальная ФВ. По данным коронароангиографии у пациентов с положительной пробой превалировало многососудистое поражение коронарных артерий (42,9 %), незначимое же поражение коронарных артерий наблюдалось лишь в 7,1 % случаях. У пациентов же с отрицательной пробой превалировало однососудистое (62,5 %) и незначимое (12,5 %) поражение коронарных артерий.

Выводы. Таким образом, хронотропный ответ может найти практическое применение для оценки тяжести течения ИБС наравне с индексом Дюка, "двойным произведением", показателем толерантности к физической нагрузке, фракцией выброса и степенью поражения коронарных артерий по данным коронароангиографии.

0313 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Ишманова А.Р., Закирова А.Р., Карамова И.М., Николаева И.Е., Валеев И.Г., Янбаева С.М., Гареева Н.Х.
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель. Изучить качество жизни у женщин с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдром (МС) в постменопаузе.

Методы. Для оценки качества жизни использовали опросник SF-36 (автор — J.E.Ware, 1992).

Материалы. В данное исследование было включено 80 женщин, страдающих АГ I — II степени (ЕОК/ЕОАГ 2007, ВНОК 2008) и МС, находящихся в состоянии естественной постменопаузы. Диагноз МС устанавливали в соответствии с (критериями ВНОК 2009). Средний возраст женщин составил 54,2±2,1 лет, длительность постменопаузы составила 3,8±1,4 лет, длительность АГ 10,2 ±2,1 года.

Контрольную группу составили 30 здоровых женщин, средний возраст которых составил 47±2,3 лет с отсутствием вышеперечисленных критериев включения в исследование.

Результаты: Полученные данные указывают, что в группе женщин с АГ и МС в постменопаузе в сравнении с контрольной группой наблюдалось снижение физической активности на 43 % ($p<0,05$) в связи с проблемами со здоровьем; более низкий объем, выполняемой физической нагрузки на 39,3 % ($p<0,05$); наличие физической боли на 40,4 % выше, чем в контрольной группе ($p<0,05$); наблюдалось снижение самооценки уровня здоровья на 25,8 %.

Снижение суммарного психического компонента было в первую очередь связано с нарушением ролевого эмоционального функционирования на 38,8 % ($p<0,05$) в сравнении с контрольной группой. Отмечено снижение жизненного тонуса на 45,2 % ($p<0,05$); ограничение социальной активности на 31,1 % ($p<0,05$; состояние психического здоровья на 39 % ($p<0,05$) отражает более высокий уровень тревоги и депрессии, чем у здоровых людей.

Выводы: У женщин с АГ и МС в постменопаузе отмечается снижение качества жизни как по шкале физического, так и психического компонента.

0314 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ИНСУЛИНА С БИОХИМИЧЕСКИМИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Ишманова А.Р., Закирова А.Р., Карамова И.М., Николаева И.Е., Валеев И.Г., Янбаева С.М., Гареева Н.Х.
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель. Выявить статистически значимую ($p<0,05$) корреляцию некоторых антропометрических, биохимических показателей сыворотки крови женщин с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в постменопаузе с уровнем инсулина.

Методы. Для оценки показателя корреляции использовали коэффициент корреляции Спирмена.

Материалы. В данное исследование было включено 80 женщин, страдающих АГ I — II степени (ЕОК/ЕОАГ 2007, ВНОК 2008) и МС, находящихся в состоянии естественной постменопаузы. Диагноз МС устанавливали в соответствии с (критериями ВНОК 2009). Средний возраст женщин составил 54,2±2,1 лет, длительность постменопаузы составила 3,8±1,4 лет, длительность АГ 10,2 ±2,1 года.

Результаты. В результате исследования выявлено, что наиболее высокая положительная корреляция существует между индексом массы тела и уровнем инсулина $r=0,58$ ($p<0,05$); между значением С-пептида и инсулина $r=0,79$ ($p<0,05$); между уровнем инсулина и окружностью талии (см) $r=0,43$($p<0,05$). Наиболее высокая отрицательная корреляция между уровнем инсулина и метаболитов оксида азота $r=-0,62$($p<0,05$); уровнем инсулина и липопротеидов высокой плотности $r=-0,17$($p<0,05$).

Выводы. Полученные данные позволяют думать о сложном взаимосвязанном механизме развития АГ и МС у женщин в постменопаузе, одним из ключевых моментов которого является гиперинсулинемия.

0315 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ишмурзин Г.П.[1], Подольская А.А.[1], Бондарев А.В.[2]
Казанский государственный медицинский университет[1], Казань, Россия; Городская больница скорой медицинской помощи № 1[2], Казань, Россия

Цель исследования — сравнительное изучение эффективности тромболитических препаратов альтеплазы (актилизе) и стрептокиназы в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Анализ историй болезни 430 пациентов (36 %), поступивших в кардиологическое отделение ГБСМП № 1 г. Казани в первые сутки от начала заболевания, из них

до 6 часов 212 (49,3 %) пациентов и более суток от начала заболевания 765 пациентов (64 %). Тромболизис проведен 33 (29,4 %) больным до 75 лет (средний возраст 66±1,5 лет), среди них 12 женщин и 21 мужчина. 17 пациентам с ИМ с подъемом сегмента ST вводили альтеплазу в дозе 100 мг в/в, 16 пациентам с ИМ вводили стрептокиназу в дозе 1,5 млн ЕД в/в капельно, учитывая противопоказания к назначению препаратов.

Результаты. В группе больных, пролеченных альтеплазой, у 8 пациентов отмечалось снижение сегмента ST в течение первого часа после введения препарата (признаки реперфузии), тогда как в другой группе всего лишь у 3 пациентов. Среди осложнений при введении альтеплазы следует отметить носовое кровотечение у 1 пациента (введение было приостановлено), аллергическую реакцию в виде гиперемии на месте введения у 2 пациентов и 1 пациент умер на 3 сутки от начала заболевания. В группе больных, которым вводилась стрептокиназа, у 1 пациента развилось кровотечение из вен пищевода на фоне введения препарата, 3 пациента умерло на 3 сутки от начала заболевания. Немаловажным является факт снижения артериального давления при увеличении скорости введения стрептокиназы, что требует удлинения времени ее введения.

Выводы. При выборе оптимального тромболитика в острой стадии ИМ следует учитывать обратимость изменений на ЭКГ, осложнения и летальные исходы. По нашим данным наиболее безопасным и оптимальным явилось введение альтеплазы в стандартной дозе в первые 6 часов от начала заболевания и менее эффективным после 6 часов от симптомов ИМ.

0316 ПРИМЕНЕНИЕ ИОНИЗАТОРА “ГИППОКРАТ” ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИБС

Ишмурзин Г.П.[1], Шайхутдинова Н.З.[2]
ГОУ ВПО “КГМУ”[1], Казань, Россия; МУЗ городская больница № 18[2], Казань, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения аэроионотерапии при гипертонической болезни (ГБ) I и II стадии и со стенокардией напряжения II-III функциональных классов (ФК).

Материалы и методы. В исследование включено 32 пациента (10 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 40 до 70 лет (55±2,4 лет), страдающих гипертонической болезнью в среднем 12±3,3 лет и ИБС в среднем 5±2,5 лет. Гипертонической болезнью I стадии страдали 1 мужчина и 5 женщин, II стадия артериальной болезни была выявлена 2 мужчин и 7 женщин. Стенокардией напряжения II ФК страдали 3 мужчины и 5 женщин, а стенокардия III ФК констатирована у 4 мужчин и у 5 женщин. Учитывали значимую сопутствующую патологию и терапию, частоту кризов в месяц, субъективные ощущения пациентов, частоту сердечных сокращений (ЧСС), уровень артериального давления исходно и после сеанса аэроионотерапии. Длительность сеанса в среднем составила 25 мин.

Результаты. Среди сопутствующей патологии выявлено пациентов с сахарным диабетом второго типа — 3 (9,4 %), 4 (12,5 %) пациента имели заболевание бронхо-легочной системы, 2 (6,25 %) перенесли травму черепа с посттравматической энцефалопатией, страдали по 1 пациенту (3,4 %) хроническим гломерулонефритом и поликистозом почек. Следует отметить, что 7 пациентов на момент исследования получали различные препараты группы ангиотензинпревращающего фермента, в большей степени эналаприл, 3 пациента получали антагонисты кальция (нифедипин), остальные пациенты принимали комбинированную терапию. Частота кризов отмечалась 2 раза в месяц у 11 (34,2 %), 4 раза в месяц — у 3 (9,3 %), 1 раз в месяц — 1 (3,2 %) пациент. Исходный уровень АД в группе больных ГБ в среднем составил 163,7 мм рт.ст., а частота сердечных сокращений — 81 в минуту. После сеанса аэроионотерапии через 30 мин уровень АД в среднем составил 126,1 мм рт.ст., а ЧСС — 76,1 в мин. В группе больных ИБС исходно уровень АД составил в среднем 137,5 мм рт.ст., а после сеанса лечения составил в среднем 133,7 мм рт.ст. ЧСС 89,5 и 84,5 в мин. соответственно. Субъективные ощущения в виде уменьшения головной боли, сердцебиения, улучшения сна после сеансов аэроионотерпаии отмечали 11 (73,3 %) пациентов, 2 (13,3 %) отмечали тошноту и слабость, 2 (13,4 %) не отмечали никаких субъективных ощущений. В группе больных ИБС 8 (47 %) отмечали улучшение общего самочувствия, особенно после третьего сеанса, 3 (17,6 %) пациента отмечали слабость, тошноту и 6 (35,3 %) не отмечали никаких субъективных проявлений.

Таким образом, в группе больных гипертонической болезнью достоверно отмечалось снижение АД, улучшение субъективных данных и недостоверное снижение ЧСС. В то время как в группе больных ИБС достоверных изменений по всем показателям не было обнаружено. В комплексном лечении больных ГБ рекомендуется включение сеансов аэроионотерапии средней длительностью 30 мин.

0317 ВНУТРИСЕРДЕЧНЫЙ ТРОМБОЗ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ

Каверин Н.Д., Каверин Д.В., Костылев А.И., Хорунжий С.А., Складнева Е.В.
Областной кардиологический диспансер, Кострома, Россия

Цель. Изучить частоту внутрисердечного тромбоза у больных с ревматическими митральными пороками, значение различных методов диагностики в его выявлении, клинико-инструментальные показатели, влияющие на возникновение тромба.

Методы. Обследовано 46 пациентов (38 женщин и 8 мужчин, средний возраст 44 года) с ревматическими митральными пороками. У 32 пациентов регистрировалась персистирующая или постоянная форма мерцания предсердий. Группу контроля составили 17 пациентов с персистирующей формой мерцания предсердий, у которых планировалось проведение электроимпульсной терапии (длительность мерцания в среднем 2 месяца). Всем пациентам было выполнено комплексное клинико-инструментальное обследование, включавшее в себя трансторакальную, чреспищеводную и трехмерную эхокардиографию в режиме реального времени.

Результаты. У 21 пациента (45,6 %) были обнаружены тромбы в ушке левого предсердия, только у одного больного тромбоз ушка сочетался с наличием шаровидного тромба в самом предсердии, занимающего около трети его объема. У пациентов с митральными пороками в сочетании с мерцательной аритмией тромбоз выявлялся значительно чаще (65,6 %), в то время как у пациентов контрольной группы этот процент был меньше (17,6 %). У всех четырех пациентов основной группы, имеющих в анамнезе тромбоэмболические осложнения, также были обнаружены тромбы. Следует отметить, что практически у всех больных с тромбозом ушка ЛП отмечался феномен спонтанного эхоконтрастирования при проведении чреспищеводной эхокардиографии. В целом, по нашим данным, только выполнение чреспищеводного ультразвукового исследования сердца позволило достоверно судить о наличии тромба в ушке левого предсердия.

Выводы. Тромбоз левого предсердия, особенно его ушка, является довольно частым осложнением при митральных пороках, его своевременная диагностика крайне важна для решения вопросов профилактики тромбоэмболических осложнений. Чреспищеводная эхокардиография по сравнению с трансторакальной и трехмерной эхокардиографией в режиме реального времени обладает значительно большей достоверностью в диагностике внутрисердечного тромбоза у больных с митральными пороками, особенно при локализации в тромботических масс в ушке левого предсердия. Тромбоз левого предсердия значительно чаще выявлялся у пациентов, имеющих мерцательную аритмию или эпизоды тромбоэмболий в анамнезе, поэтому таким пациентам необходимо проведение диагностических мероприятий, направленных на исключение данного вида патологии.

0318 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Казакова Т.В., Рашид М.А., Карпова Н.Ю., Шостак Н.А., Ядров М.Е.
Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; Городская клиническая больница № 55 Департамента здравоохранения, Москва, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта "Медико-социальные аспекты состояния сердечно-сосудистой и костной систем в пожилом возрасте — оптимизация диагностики, пути снижения инвалидизации и смертности при пороках сердца" проект РГНФ № 09-06-00476а

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости, характер и инструментальные особенности гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных кальцинированным аортальным стенозом (КАС) в пожилом возрасте.

Пациенты и методы. Обследовано 310 пациентов с установленным по данным ЭхоКГ КАС (65,5 % женщин; средний возраст 73,2±5,7г.) и 50 пациентов (сопоставимых по полу и возрасту) контрольной группы.

Результаты. При изучении данных ЭхоКГ в обеих группах исследования признаки увеличения толщины задней стенки левого желудочка более 12 мм (ТЗСЛЖ) выявлены у 63,2 % больных, а межжелудочковой перегородки более 12 мм (ТМЖП) — у 77,1 % пациентов соответственно. Показана достоверная зависимость ЗСЛЖ от показателей систолического раскрытия створок (r=- 0,38; p<0,0001) и пиковой скорости трансаортального потока (r=0,22; p=0,03). Средние значения комплексных показателей ГЛЖ в группе КАС составили: масса миокарда ЛЖ (ММ ЛЖ)- 307 (244;377) г, индекс массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ) — 333 (284;389) г/м^2, показатель объемной перегрузки ЛЖ (ПОП) — 0,58 (0,43;0,67) мл/г, относительная толщина стенки ЛЖ (ОТС) — 0,46 (0,42;0,53). Тем самым значения ИММ ЛЖ у всех (100 %) значительно превышали максимальный порог нормативных значений (110 г/м^2 для женщин и 134 г/м^2 для мужчин), что может свидетельствовать о гипертрофии ЛЖ у всех больных основной группы. Признаки концентрического типа ГЛЖ выявлены у 182 (58,7 %) пациентов основной группы. Признаков объемной перегрузки ЛЖ (ПОП более 1,1 мл/г) у больных КАС отмечено не было. В группе контроля отмечены максимальные значения показателя объемной перегрузки в сравнении с группой аортального стеноза (0,72 и 0,58; p=0,001), также число случаев ОТС более 0,45 составило 60 %. Проведение корреляционного анализа продемонстрировало, что усиление концентрического ремоделирования с высокой степенью достоверности (p<0,001) сочеталось со снижением размеров и объемов полостей ЛЖ, в то время как увеличение последних было обусловлено достоверным нарастанием массы миокарда ЛЖ.

Заключение. Полученные данные демонстрируют адаптивный характер концентрического ремоделирования у пациентов с КАС.

0319 КАРДИОРЕНАЛЬНОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СИНДРОМ (КРАС) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН)

Казанцева Т.А., Александрия Л.Г., Ефремовцева М.А., Дмитрова Т.Б.
РУДН, Москва, Россия

Цель: изучение распространенности анемии и почечной дисфункции у пациентов с ХСН, эффективности терапии препаратами железа.

Материал и методы. Были обследованы 412 пациентов (женщин 136, мужчин 276) с ХСН II-IV ФК по NYHA в возрасте 40-85 лет (средний возраст 65,79±9,6) со стабильным течением ХСН (3,02±2,75 лет). Причиной развития ХСН была ИБС (у 80 % пациентов) и/или артериальная гипертензия (88,84 %). Анемию диагностировали согласно критериям ВОЗ при уровне гемоглобина (Hb) у мужчин <130 г/л, у женщин <120 г/л. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) оценивали по формуле MDRD. КРАС диагностировали при сочетании у пациентов ХСН, анемии и стабильного снижения СКФ менее 60 мл/мин. Анемию хронических заболеваний (АХЗ) диагностировали у пациентов с ХСН и анемий при отсутствии дефицита железа, В12 и фолиевой кислоты. 20 пациентам, получавшим оптимальную терапию ХСН, проводилась терапия препаратами железа per os или в/в в течение 24 недель, до и после лечения был выполнен 6мин тест с ходьбой (6мтх).

Результаты. Среди всех больных ХСН анемия выявлена у 106 (26 %) пациентов, СКФ менее 60 мл/мин диагностирована у 170 (41 %) пациентов. Средний уровень СКФ в группе больных с ХСН и анемией составил 58,1[7,5;153] мл/мин. КРАС наблюдался у 45 пациентов (9 %). У 85 больных ХСН был изучен обмен железа. 14 пациентов из них имели абсолютный дефицит железа (26,4 %), 6 (11,3 %) имели железофолиеводефицитную анемию, 2 пациента (3,8 %) имели железоВ12дефицитную анемию, 11 (13 %) В12 дефицитную анемию, 15 (45,5 %) имели АХЗ. Получена достоверная (p<0,05) обратная связь между уровнем Hb, возрастом пациентов, воспалительными маркерами (С-РБ, ФНО альфа, ИЛ-1), СКФ, длительностью ХСН. На фоне терапии препаратами железа отмечалось достоверное увеличение уровня Hb со 122, 25±15,45 до 135,18±15,27г/л, дистанции 6мтх с 205,84±59м до 267,30±78 м, снижение ФК ХСН. Также отмечалась тенденция к увеличению СКФ с 49,78±13,59 до 53,36±11мл/мин (p=0,15), к снижению уровня С-РБ с 12,66±11,5 до 7,06±5,85мг/дл (p=0,067). Отмечалась хорошая переносимость препаратов железа.

Заключение. У пациентов ХСН анемия выявлена у 26 % пациентов. КРАС в 9 % случаев. АХЗ выявлена в 45,5 %. Частота выявления анемии зависела от длительности ХСН, возраста, и ассоциировалась с повышенными уровнями воспалительных маркеров. На фоне заместительной терапии препаратами железа достоверно увеличился уровень Hb, толерантность к физическим нагрузкам, уменьшился ФК ХСН. Отмечалась тенденция к увеличению СКФ и снижению уровня С-РБ.

0320 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПОДРОСТКОВ

Калев О.Ф., Калева Н.Г., Ральникова Н.А.
ГОУ ВПО "Челябинская государственная медицинская академия Росздрава", Челябинск, Россия

Цель: оценить эпидемиологическую ситуацию по распространенности дислипидемий в сельской подростковой популяции мальчиков и девочек.

Материал и методы. Обследовано 265 подростков в возрасте 14-17 лет, в том числе 119 мальчиков (средний возраст — 15,0±1,1 лет) и 146 девочек (средний возраст 15,0±1,2 года). Обследование проводилось специалистами и включало клинический осмотр, выявление факторов кардиоваскулярного риска (ФКР), УЗИ внутренних органов, ЭКГ, общий анализ крови и мочи, определение липидов, глюкозы крови, креатинина и др. За норму показателей липидного обмена принимали значения в диапазоне 25-75 процентилей. Статистическая обработка материала проведена с помощью параметрических и непараметрических методов.

Результаты исследования. Наиболее часто встречаются такие ФКР, как дислипидемия (43,4 %), патологическая ЭКГ (38,9 %), низкая физическая активность (29,8 %), употребление алкоголя (15,1 %), курение (12,8 %). Низкая физическая активность, патологическая ЭКГ, дислипидемия статистически значимо чаще выявлены у девочек по сравнению с мальчиками, а употребление алкоголя, курение, гипергликемия — у мальчиков по сравнению с девочками.

У девочек дислипидемии выявлены в 51,4 % случаев, у мальчиков в 33,6 % (p=0,004).

Процентильный метод оценки нормального уровня общего холестерина (ОХС) показал, что в интервале от 25 до 75 процентиля у девочек уровень ОХС находился в диапазоне 3,6-5,1 ммоль/л; у мальчиков — 3,4-5,4 ммоль/л, т. е. уровень 75 процентиля у подростков превышал критерий нормы у взрослых (5,0 мкмоль/л).

Медиана ОХС в популяции девочек составила 4,46 ммоль/л, мальчиков — 4,02 ммоль/л (p<0,01); триглицериды (ТГ) — 0,73 и 0,79 ммоль/л соответственно (p<0,21); холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) — 2,61 и 2,31 ммоль/л (p<0,003); ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) — 1,49 и 1,32 ммоль/л (p<0,013); коэффициент атерогенности — 3,13 и 3,21 ммоль/л соответственно (p<0,68). Медиана ОХС у девочек и мальчиков значительно превышала средние идеальные уровни (2,85 ммоль/л) и допустимые (3,62), рекомендуемые ВОЗ для популяции детей и подростков в возрасте 5-18 лет.

Нами разработаны модели множественного регрессионного анализа, характеризующие связь дислипидемий и других факторов риска у подростков с изолированной и сочетанной патологией, среди которой отклонения от нормы в системе кровообращения занимали 2-е место после болезней органов пищеварения.

Выводы: Дислипидемии имеют высокую распространенность в сельской популяции подростков. Уровни общего холестерина, соответствующие 75 процентилю превышают критерий нормы у взрослых. Необходима разработка эффективных профилактических мероприятий по контролю дислипидемий среди подростков.

0321 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЗАНИМАЮЩИХСЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМИ ТРЕНИРОВКАМИ

Калинина Е.А., Кутузова А.Э., Гришенцев А.Ю.
"Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова Росмедтехнологий", Санкт-Петербург, Россия

Известно, что борьба с факторами риска является самым надежным способом снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Однако, до настоящего времени сведения об особенностях физического и психического статуса лиц, занимающихся фитнесом, остаются не изученными, а основной задачей спортивного врача фитнес-клуба традиционно считается оказание первой медицинской помощи в случае появления неблагоприятного результата тренировки. Следует отметить, что только на одной фитнес-площадке в течение месяца приступают к физическим тренировкам до 800 человек, а курирующий эти оздоровительные занятия спортивный врач в рамках своей повседневной деятельности и в целях обеспечения их безопасности может проводить несложные дополнительные исследования, способствующие выявлению возможных факторов риска кардио-васкулярной патологии.

Целью настоящего исследования стала оценка эффективности работы спортивного врача фитнес-клуба по выявлению факторов риска ССЗ у регулярно занимающихся оздоровительными тренировками лиц.

Методы исследования: у всех испытуемых проводилось полуструктурированное интервью, включавшее медицинский и спортивный анамнез; респонденты определяли цель своих тренировок; производились антропометрические и калиперометрические исследования; выполнялась нагрузочная пробастеп-тест. Психический статус тренирующихся оценивался с помощью Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии.

Результаты. Были обследованы 50 посетителей фитнес-занятий в возрасте 36±11лет, добровольно обратившихся за консультацией к спортивному врачу перед началом тренировок. Респонденты определяли целью занятий: оздоровление (52 %), снижение веса (31 %), улучшение внешности (11 %) и настроения (9 %). Физически неактивными посчитали себя 68 %, длительность низкой физической активности была ассоциирована с возрастом занимающихся (r=0,41, p<0,05). Свою исходную физическую форму (фитнес) по 10-бальной шкале респонденты оценили не выше 3±1,6 балла. У 31 % лиц были выявлены заболевания опорно-двигательной системы, у 44 % — ожирение, 22 % посетителей знали о повышении артериального давления (АД), из них регулярную антигипертензивную терапию получали лишь 9 %. При выполнении степ-теста гипертензивная реакция (АД больше 180/100 мм Hg) регистрировалась в 16 %, гипотензивная (АД меньше 90/50 мм Hg) -в 25 % случаев. Аффективные расстройства были выявлены в 18 % случаев и ассоциировались с индексом массы тела (r=0,45, p=0,03) и % жировой массы тела (r=0,32, p<0,05).

Выводы: исходные интервьюирование и осмотр спортивным врачом лиц, занимающихся оздоровительными тренировками, позволяют выявить такие факторы риска ССЗ как артериальная гипертензия, ожирение, аффективные расстройства, малая физическая активность. Это может способствовать индивидуальному регулированию уровня и вида тренировок с целью обеспечения их безопасности, а также определению возможных точек приложения необходимых мероприятий по профилактике/реабилитации кардио-васкулярной патологии.

0322 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Калинина С. Г., Габинский Я. Л.
Уральский институт кардиологии, Екатеринбург, Россия

Наиболее важной задачей в проблеме ОИМ является восстановление кровотока по артерии, окклюзия которой вызвала развитие ИМ, где тромболитическая терапия продолжает сохранять свою значимость.

Целью исследования было сравнить результаты догоспитальной и госпитальной ТЛТ.

Материал и методы. Из 782 больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST реперфузионной терапии было подвергнуто 436 больных (55,8 %). ТЛТ получили 252 больных. I группу составили больные, которым выполнена ТЛТ метализой на догоспитальном этапе (104 человека (41,3 %).Во II группу вошли 148 больных, которым проведена ТЛТ в клинике (58,7 %). 140 больных получили стрептокиназу, 3 больных- тенектеплазу, 2- пуролазу, 3- альтеплазу.

По возрасту все больные I группы разделились следующим образом: 21-30 лет -1больной (1 %), 31-40 лет -5человек (4,8 %), в возрасте 41-50 лет -22 (21,2 %), 51-60 лет -31 (29,8 %), 61-70 лет-27 человек (26 %), 71-80 лет -16 человек (15,4 %), свыше 81 года -2 человека (1,9 %). Возраст больных II группы был следующим: 21-30 лет -2больных (1,4 %), 31-40 лет -6 (4,0 %), 41-50 лет -20 (13,5 %), 51-60 лет -25 (16,9 %), 61-70 лет-36 (24,3 %), 71-80 лет -39 (26,4 %), свыше 81 года -20 (13,5 %).

В I группе мужчины составили 81,3 %, женщины-18,7 %, во II группе -31 % составили женщины, 69 %- мужчины. Из больных I группы тромболитический препарат в первые 3 часа получили 89,1 % больных, через 4-6 часов-9,3 %, через 7-12 часов-1,6 %. Подавляющее большинство больных II группы -75,2 % получили тромболитический препарат в первые 3 часа после начала ангинозного приступа, 20 %- в течение 4-6 часов, в течение 7-9 часов после приступа ТЛТ проведена 12 больным 4,8 %.

Результаты. В I группе КАГ в последующем проведена 60 больным (57,7 %), проходимость коронарной артерии TIMI-0 выявлена у15 больных (25 %), TIMI II-2 (3,3 %), TIMI III у 43 больных (71,7 %), 51 больному после ТЛТ проведены ангиопластика и стентирование, только КАГ- 9 больным, причем у 8 больных выявлено многососудистое поражение, из них у 1 больного не выявлено значимых стенозов. Во II группе КАГ проведена 54 больным (36,5 %). проходимость

коронарной артерии TIMI-0 выявлена у 14 больных (25,9 %), TIMI II- у 4 (7,4 %), TIMI III -у 36 больных (66,7 %), В дальнейшем у 39 проведены ангиопластика и стентирование, у 15 человек- только КАГ, из них у 3 больных не выявлено значимых стенозов. Летальность в I группе составила 3,8 % (умерло 4 больных), летальность во II группе составила 10,6 % (умерло 16 больных). У больных I группы, которым проведена последующая ангиопластика и стентирование летальность составила 3,3 %, а у больных II группы, которым проведено ЧКВ- 3,7 %.

Выводы. Эффективность ТЛТ в обеих группах по данным КАГ — сравнима. Общая летальность во II группе выше, чем в I, что возможно связано с более молодым возрастом больных I группы, а также более ранними сроками введения тромболитика. Летальность в I и II группах больных, которым в последующем проведено ЧКВ, низкая и сопоставима в обеих группах.

0323 ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Калинина С.Г., Сердитова А.А.
Уральский институт кардиологии, Екатеринбург, Россия

Острая сердечная недостаточность является тяжелым осложнением инфаркта миокарда, существенно влияющим на летальность. В последние годы в лечении ОСН все более прочное место занимает левосимендан (симдакс) — негликозидное кардиотоническое лекарственное средство с вазодилатирующими свойствами.

Целью работы было оценить эффективность левосимендана в терапии острой сердечной недостаточности при инфаркте миокарда.

Материалы и методы. В исследование включены 309 пациентов с подтвержденным острым инфарктом миокарда с зубцом Q, течение которого осложнилось острой сердечной недостаточностью II-III ст. по классификации Killip. ОСН подтверждалась клиническими и рентгенологическими данными. В первую группу включены 269 больных, которые получили стандартную терапию ОСН (морфин, диуретики, нитраты, ингаляции кислорода). По полу больные первой группы разделились следующим образом: 117 мужчин (43,5 %) и 152 женщины (56,5 %). В первой группе 38 больных были в возрасте 41-60 лет (14,2 %), в возрасте 61-80 лет-147 больных (54,6 %), старше 81 года- 84 больных (31,2 %). Больные с ИМ передней локализации в первой группе составили 128 человек (47,7 %), 94- с задней локализацией (34,9 %), 47 больных имели циркулярное поражение (17,4 %). Исследованная при УЗИ фракция выброса была пониженной у 66,5 % больных первой группы, у 33,5 % больных была нормальной. ОСН II ст. по Killip была диагносцирована у 122 больных (45,4 %), ОСН III ст. -у 147больных (54,6 %). Реперфузионная терапия проведена 56 больным первой группы (20,8 %), причем 17 проведено первичное ЧКВ, 39 больным- тромболитическая терапия. Во вторую группу было включено 40 пациентов, получивших наряду со стандартной терапией ОСН, инфузию левосимендана в течение 6-24 часов. Во вторую группу вошли 17 мужчин (42,5 %) и 23 женщины (57,5 %). Во второй группе 4 больных были в возрасте 41-60 лет (10 %), в возрасте 61-80 лет- 28больных (70 %), старше 81 года- 8 больных (10 %). Больные с передней локализацией ИМ составили 23 человека (57,5 %), 11 больных- с задней локализацией (27,5 %), циркулярная локализация диагносцирована у 6 больных (15 %).У 60 % больных при УЗИ выявлена пониженная фракцией выброса ЛЖ, у 40 % она сохранялась нормальной. ОСН II ст. по Killip была у 14 больных второй группы (35%), ОСН III ст. -у 26больных (65%). Реперфузионнапя терапия проведена 7 больным второй группы (17,5 %), причем 3 больным проведено первичное ЧКВ, 4- тромболизис.

Результаты. Исследована госпитальная летальность в двух группах, сравнимых по возрасту, полу, локализации ИМ, проведенной реперфузионной терапии, насосной функции сердца. Летальность в первой группе больных составила 21 % (умерло 57 человек). Летальность во второй составила 11 % (умерло 6 человек).

Выводы. Применение левосимендана при остром инфаркте миокарда, течение которого осложнилось ОСН, дает значительное снижение летальности, по сравнению с применением стандартной терапии. Обращает внимание, что в обеих группах больных фиксируется низкий процент проведения реперфузионной терапии в остром периоде инфаркта миокарда, увеличение проведения реперфузии, наряду с лечением левосименданом, может улучшить результаты терапии ОСН.

0324 МАЛОСИМПТОМНЫЕ ФОРМЫ ОБСТУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В СИСТЕМЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Каллистов Д.Ю., Романов А.И.
ФГУ "Центр реабилитации" УДП РФ, Московская область, Россия

Связанные со сном нарушения дыхания, наиболее значимой клинической формой которых является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), рассматриваются в настоящее время в качестве одного из значимых факторов риска ряда кардиоваскулярных заболеваний. Распространенность симптоматических форм СОАС, достигающая 2-4 % взрослого населения, существенно меньше распространенности малосимптомных вариантов заболевания, выявляемых при помощи инструментальных исследований сна. При этом приверженность пациентов с СОАС к продолжению лечения с использованием терапии положительным давлением в дыхательных путях во многом определяется наличием и последующей динамикой "дневной" симптоматики заболевания.

Цель исследования: провести анализ распространенности клинических проявлений и факторов риска кардиоваскулярных и метаболических расстройств в подгруппах пациентов с сопоставимой тяжестью нарушений дыхания во время сна и различной выраженностью дневной симптоматики СОАС.

Методы. В 2005-2009гг проведено обследование 413 пациентов (227 мужчин и 186 женщин, ср. возраст 55,2±6,8 лет), включающее инструментальную диагностику сна (Comet PSG), выявление лабораторных и инструментальных факторов риска кардиоваскулярных заболеваний. Оценка дневной сонливости проводилось с использованием Эпфордской шкалы (ЭШС).

Результаты. Из пациентов с СОАС средней и тяжелой степени (индекс апноэ-гипопноэ >15) сформированы подгруппы сопоставимых по выраженности нарушений дыхания и антропометрическим характеристикам больных, различающихся уровнем дневной сонливости (1 подгруппа, 45 пациентов — ЭШС <7 баллов; 2 подгруппа, 48 пациентов — ЭШС >13 баллов). Распространенность гипертонической болезни среди пациентов 1 подгруппы составила 62,2 %, 2-й подгруппы — 64,6 %, ИБС — 37,8 % и 35,4 %, сахарного диабета 2 типа — 26,7 % и 29,2 %, соответственно. По результатам СМАД среднесуточные величины АДсист. у пациентов 1 подгруппы составили 132,5±6,1 мм рт.ст., 2-й подгруппы — 130,7±7,2 мм рт. ст., АДдиа. — 93,4±5,5 и 95,1±7,1. У пациентов обеих подгрупп выявлялись признаки нарушений липидного обмена (о. холестерин 6,5±2,2 и 6,4±3,1 ммоль/л, триглицериды — 2,3±0,9 и 2,1±1,1 ммоль/л.

Проспективное наблюдение в течение 3-4 лет за пациентами с СОАС при котором зависимой переменной являлось возникновение новых случаев кардиоваскулярных заболеваний или их осложнений, а в качестве независимых переменных — антропометрические показатели, индекс апноэ-гипопноэ и уровень дневной сонливости, показало, что факторами, влиявшими на повышение кардиоваскулярных рисков являлись индекс апноэ-гипопноэ (ОШ=2,1), величина десатурации (ОШ=1,8). Уровень дневной сонливости не был ассоциирован с существенным повышением рисков (ОШ=1,02).

Выводы. Таким образом, пациенты с малосимптомными формами СОАС сопоставимую выраженность клинико-инс-

трументальных и лабораторных проявлений кардиоваскулярных и метаболических расстройств, что обуславливает необходимость проведения активного инструментального скрининга нарушений дыхания в популяциях риска.

0325 МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАССТРОЙСТВАМИ СНА

Каллистов Д.Ю., Гаврилова Е.С., Колганова Э.В., Романов А.И.
ФГУ "Центр реабилитации" УДП РФ, Московская область, Россия

Накопленные за последние десятилетия данные свидетельствуют о существенном негативном влиянии расстройств сна на формирование и течение кардиоваскулярных заболеваний, в том числе ИБС и артериальной гипертензии. Многообразие системных последствий нарушений дыхания во время сна, ведущую роль в патогенезе которых имеют циклические эпизоды гипоксии-реоксигенации, изменения внутриторакального давления и фрагментация сна вследствие повторяющихся реакций активации ЦНС, обуславливает необходимость изучения механизмов трансформации последствий преходящей обструкции в сосудистую патологию. В частности, требует уточнения роль системного воспаления в генезе кардиоваскулярных последствий СОАС.

Цель: изучить особенности цитокинового звена иммунитета и маркеров системного воспаления у пациентов с гипертонической болезнью, страдающих от связанных со сном нарушений дыхания.

Методы: проведено обследование 173 пациентов с гипертонической болезнью 2 стадии (103 мужчин и 70 женщин, ср. возраст 54,5±5,3 года, ИМТ — 29,3±2,5 кг/м^2). В качестве инструментального метода диагностики расстройств сна проводилось полисомнографическое исследование с использованием системы Comet PSG (США). Количественное определение С-реактивного белка, фактора некроза опухоли, интерлейкинов (ИЛ 1β, ИЛ6, ИЛ10) проводилось методом иммуноферментного анализа (Immulite 1000, США).

Результаты. Синдром обструктивного апноэ сна выявлен у 67 пациентов (42 мужчины, 25 женщин, ср. возраст 52,1±4,1 года, индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ) — 34,1±15,5 событий в час). Контрольную группу составили 65 пациентов (40 мужчин и 25 женщин, ср. возраст 54,2±6,1 года, ИАГ — 3,2±2,1), не имевших явных клинико-инструментальных признаков расстройств сна. У пациентов с СОАС выявлены повышенные, по сравнению с больными контрольной группы, уровни С-реактивного белка (13,7±3,3 мг/л и 6,5±3,0 мг/л), ФНО (13,6±5,1 пг/мл и 7,2±3,3 пг/мл) интерлейкина 1β (7,5±3,3 пг/мл и 3,7±2,4 пг/мл). Установлена положительная корреляционная связь между уровнем СРБ и величиной десатурации (r=0,38). В группе больных с СОАС выявлено наличие положительной статистической связи между величинами ФНО и уровнем избыточной дневной сонливости по Эпфордской шкале (r=0.4).

Выводы. Выявленные у пациентов с гипертонической болезнью в сочетании с СОАС изменения в уровнях цитокинов и маркеров системного воспаления являются важным компонентом системного влияния нарушений дыхания во время сна на состояние сердечно-сосудистой системы, способствуют ускоренному атерогенезу, что обуславливает актуальность продолжения исследований по этой тематике.

0326 СТРУКТУРА ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Каменева О.С., Улитин А.О., Цикман К.Н., Горьков А.И., Пинигин С.В.
Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии"", Сургут, Россия

Цель. Изучить структуру помощи детям с врожденными аномалиями системы кровообращения в кардиохирургическом стационаре за 2007-2009 годы.

Методы исследования. Всего за период с января 2007г по декабрь 2009г на базе кардиохирургического отделения Окружного кардиологического диспансера "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии" пролечено 546 детей до 17 лет с врожденными аномалиями системы кровообращения (ВАСК). Из них оперировано 344 (63,0 %) детей, в т.ч. раннего возраста (до 3-х лет) — 231 (67,0 %). Операций на открытом сердце с искусственным кровообращением выполнено 213 (61,9 %), эндоваскулярных — 52 (15,1 %). Показания к операции определялись на основании результатов инструментальных методов исследования (эхокардиография, зондирование сердца, грудная аортография) в зависимости от вида врожденной аномалии развития.

Полученные результаты. В результате проведенного анализа структуры кардиохирургических операций детям с ВАСК установлено следующее. Перевязка общего аортального протока (ОАП) была выполнена 56 пациентам, в том числе эндоваскулярно — 21, резекция коарктации аорты — 31 (эндоваскулярно — 5), наложение системного легочного анастомоза — 7, пластика дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) — 61 (эндоваскулярно — 22), пластика ДМПП при частичном аномальном дренаже легочных вен (АДЛВ) — 9, коррекция тотального АДЛВ — 15, пластика дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — 76, коррекция артериовенозного коллектора (АВК) — 13, протезирование и пластика клапанов сердца — 6, имплантация ЭКС — 14, радикальная коррекция тетрады Фалло — 21, операция Жатоне — 11, процедура Рашкинда — 3, коррекция аномалий коронарных артерий — 3. Отмечено, что количество пролеченных детей с ВАСК за последние 3 года остается неизменным, но при этом наблюдается рост оперативной активности на 10,0 % (67,7 % в 2009 году против 57,7 % в 2008 году). Увеличилось количество эндоваскулярных вмешательств при ВАСК, что значительно снижает риск осложнений в послеоперационном периоде и повышает качество оказания кардиохирургической помощи детям. В 2009г эндоваскулярные операции составили 28,0 %, доля этих операций в 2008г — 18,0 %, в 2007г — 16,5 %. Также отмечается снижение госпитальной летальности в сравнении с 2007г практически в 2 раза (2008г — 10,0 %, 2009г — 5,7 %).

Выводы. Структура кардиохирургических вмешательств у детей с врожденными аномалиями системы кровообращения остается прежней и соответствует частоте их распространенности (1 место дефект межпредсердной перегородки — 17,7 %). Оперативная активность в 2009 году составила 67,7 %, количество эндоваскулярных методов коррекции врожденных аномалий системы кровообращения увеличилось до 28,0 %, отмечается снижение госпитальной летальности на 4,3 % (5,7 % — 2009 год).

0327 ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА В АОРТЕ И В ВЕНЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ИБС

Каменев В.Ф., Стрельникова И.Л., Котова Д.П.
Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия; Белгородская областная клиническая больница им. Святителя Иосафа, Белгород, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из прогностически неблагоприятных осложнений ИБС. Исследования Климова А.Н.(1986) и других убедительно показали, что в развитие ИБС важная роль принадлежит дисфункции системы иммунитета. Учитывая, что кровь в коронарные артерии поступает из аорты, поэтому, оценивая в ней показатели иммунограммы, можно судить о состоянии клеточного иммунитета в коронарных артериях.

Обследовано 64 больных (42 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 49 до 72 лет с ХСН, причиной которой явилась ишемическая болезнь сердца (ИБС). ХСН I функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA) была у 14 больных, II ФК — у 27 и III-IV ФК — у 23. Все больные страдали следующими формами ИБС: постинфарктный кардиосклероз с явлениями стенокардии у 13 человек, у 20 — наблюдалась стабильная стенокардия 2 ФК, у 31 — нестабильная стенокардия. Все больные в течение длительного времени получали сердечные гликозиды, салуретики, по показаниям коронароактивные и антигипертензивные средства.

Забор крови для исследования осуществлялся во время коронарографии из аорты и из локтевой вены. Контрольную группу составили больные, которым проводилась коронарография вследствие комбинированного аортального порока (7 человек) и митрального порока (6 человек). Оценка системы иммунитета осуществлялось путём определения уровня субпопуляций Т- и В-лимфоцитов иммунофлюорисцентным методом (E.L.Reinherz et al.,1979).

Полученные результаты свидетельствуют о снижение у больных ХСН, по сравнению с контрольной группой, уровня СД3 и СД4 как в аорте, так и вене ($p<0,001$). У больных со 2ФК ХСН в аорте содержание СД3 выше по сравнению с веной ($p<0,05$). Количество СД8 в аорте и в вене достоверно не отличается от контрольных цифр во всех группах ХСН. Не выявлено также достоверных различий в содержании СД8 между аортой и веной в норме и при ХСН. Иммунорегуляторный индекс в аорте у больных с 1ФК ХСН не отличается от нормы, в вене он снижается ($p<0,001$). При 2ФК и 3-4ФК ХСН этот показатель в вене и в аорте значительно ниже по сравнению с контрольной группой ($p< 0,001$). В этих группах больных различий со стороны иммунорегуляторного индекса между аортой и веной не выявлено. Во всех группах больных при ХСН наблюдается снижение и в аорте и в вене в отличие от нормы активности РБТЛ. Однако достоверных различий со стороны РБТЛ между аортой и веной во всех группах больных с ХСН а также в контрольной группе не выявлено.

На основании проведенных исследований можно прийти к выводу, что у больных ХСН, возникшей на фоне ИБС, отмечается снижение активности клеточного иммунитета в аорте и в вене. Такие изменения можно трактовать как проявления вторичного иммунодефицита, который играет важную роль в развитии как ИБС, так и ХСН.

0328 ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ФОНЕ ПРИЕМА МОКСОНИДИНА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Камилова У.К., Расулова З.Д., Ярмухамедова Д.З.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить сравнительную эффективность бисопролола и лизиноприла на фоне приема моксонидина на структурно-функциональные параметры левого желудочка (ЛЖ) у больных с артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС).

Методы. Нами были обследованы 50 больных с АГ I-II степени и МС. Все больные были разделены на две группы: 1 группа принимала (23 больных) получала иАПФ — лизиноприл (листрил) в дозе 5-10 мг/сут + моксонидин (физиотенз) 0,2-0,4 мг/сут, 2 группа (27 больных) принимала бисопролол в дозе 5-10 мг/сут + моксонидин (физиотенз) 0,2-0,4 мг/сут. Все группы больных были сопоставимы по весу, возрасту, длительности АГ. Из исследования были исключены больные с острыми заболеваниями, тяжелой органной патологией, ХСН, ХПН. Больные наблюдались в течение 6 мес лечения.

Результаты. Установлено, что лизиноприл с физиотензом особо не повлияли на показатели ЧСС, тогда как лечение физиотензом с бисопрололом способствовали к достоверному уменьшению данного показателя на 16,9 % через 3 мес и на 19,8 % через 6 месяцев лечения. В 1 и 2 группах больных к 6 месяцам терапии отмечалось достоверное уменьшение ОПСС на 19,5 и 23,5 % соответственно с достоверным уменьшением АД через 3 и 6 месяцев терапии в 1 группе на 12,5 % и 13,2 % ($p<0,001$) соответственно, а во 2 группе на 13,3 и 16,6 % ($p<0,001$) соответственно, с более значимыми изменениями во 2 группе. Анализ ЭхоКГ параметров у пациентов АГ с МС показал, что в обеих группах отмечалось уменьшение конечно диастолического размера (КДР) и конечно систолического размера (КСР) ЛЖ через 3 и 6 мес лечения, но не имели достоверных значений. У больных принимавших бисепролол и моксинидин на фоне 6 мес лечения отмечалось достоверное уменьшение КДО на 13,8 % ($p<0,05$) и увеличение ФВ на 7,8 % ($p<0,05$). Уменьшение размеров левого желудочка сопровождалось достоверным уменьшением ТМЖП на 18,2 и 27,3 % ($p<0,005$) через 3 и 6 мес лечения соответственно только во второй группе с уменьшением ММЛЖ на 11,2 и 15,0 % ($p<0,05$) соответственно и уменьшение относительной толщины стенок ЛЖ (ОТС) на 9,5 % ($p<0,005$) через 6 мес лечения. У больных принимавших физиотенз с листрилом отмечалась только тенденция к уменьшению ММЛЖ на 2 %, без значимых изменений ТМЖП, ЗСЛЖ, ОТС.

Вывод. Моксонодин в сочетании с бета-блокатором — бисопрололом на фоне длительной шестимесячной терапии больных продемонстрировал более благоприятное влияние на структурно-функциональные параметры ЛЖ, что дает возможность назначения их для профилактики церебральных и кардиальных осложнений АГ.

0329 ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Кадирова Ш.С., Расулова З.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить психологическое состояние у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненной II-III ФК хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование было включено 64 больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III по NYHA. Больные были рандомизированы по ФК ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов, по данным теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), по шкале оценки клинического состояния (ШОКС). Оценку психологического статуса проводили с применением методики самооценки депрессии (шкала Цунга) и шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Для оценки психологической защиты использовали методику “Индекс жизненного стиля” — Plutchik-Kellerman LSI.

Результаты. Оценка клинического состояния обследованных больных по ШОКС показала, что исходно у больных со II ФК данный показатель составил 5,4±0,59 и у больных с III ФК 8,5±0,74 балла. Возникновение депрессии было пропорционально выраженности клинических симптомов по ШОКС ($r=0,48$; $P<0,05$). Для больных ХСН молодого возраста были характерны выраженность тревоги и депрессии ($r =-0,48$; $P<0,05$ и $r=-0,68$; $P<0,001$ соответственно). С наличием отрицания были связаны выраженность компенсации: чем выше оказывался показать отрицания у больных с ХСН, тем выражено были тревожно-депрессивные расстройства и сочетание этих признаков носило устойчивый характер ($R=0,9$; $P<0,001$). Как благоприятный фактор рассматривалось наличие интеллектуализации поскольку больным с СН с таким типом механизма психологической защиты не были свойственны аффективные расстройства ($R=0,56$; $F=2,8$; $P<0,05$). Выявлена

зависимость между механизмами психологической защиты и степенью тяжести таких клинических симптомов, как сердцебиение (связь с отрицанием r=0,45; P<0,05), одышка (зависимость от выраженности регрессии r=0,46; P<0,05). Взаимосвязь депрессии и тяжести соматического состояния больных носила устойчивый характер (P<0,05).

Вывод. Таким образом, была выявлена связь между выраженностью депрессивных расстройств и тяжестью клинического течения у больных с ХСН.

0330 ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Алиева Т.А.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить уровень катехоламинов и плотности бета-адренорецепторов у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы. Обследовано 64 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Все больные были разделены на две группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов (NYHA) по данным проведения теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и клинической оценки признаков сердечной недостаточности по ШОКС: 1-ую группу составили 30 больных ХСН II ФК и 2-ую группу — 34 больных ХСН III ФК по классификации NYHA. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. У обследованных больных определяли уровень катехоламинов — адреналина и норадреналина в моче. Плотность бета-адренорецепторов эритроцитров у больных ХСН определяли с использованием набора реактивов “β-АРМ-АГАТ” (Россия).

Результаты. Результаты исследования показали, что у больных II ФК ХСН исходно уровень адреналина в моче превышал значения контрольной группы на 28,5 %, у больных III ФК — 42,3 % (P<0,01). Уровень норадреналина у больных II ФК ХСН был на 31,5 % и III ФК на 62,5 % (P<0,001) выше по сравнению с показателями контрольной группы. Исходная плотность эритроцитарных бета2-адренорецепторов у больных II ФК ХСН по сравнению с показателями контрольной группы превышала на 176,2 %. У больных III ФК ХСН данный показатель превышал значения контрольной группы на 254,9 % (P<0,001).

Вывод: Результаты исследования показали, что у больных ХСН отмечалось увеличение уровня катехоламинов, сопровождающиеся увеличением плотности эритроцитарных бета2-адренорецепторов.

0331 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НЕБИВОЛОЛА НА МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ МОЛОЖЕ 70 ЛЕТ

Каплина Е.Н., Кастанаян А.А., Иванов И.В, Яровова Е.В.
РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Изучить влияние комплексной терапии с включением небиволола на активность цитокинов крови и показатели ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) при хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемического генеза с нормальной и сниженной фракцией выброса (ФВ) у больных моложе 70 лет.

Методы: было обследовано 78 больных ишемической болезнью сердца, 33 из которых страдали ХСН с нормальной ФВ (1 группа), 45 — ХСН со сниженной ФВ (2 группа), в возрастной группе моложе 70 лет. Проводилось определение типа ремоделирования ЛЖ при использовании ультразвукового сканера датчиком 3,5 МГЦ в одно-, двухмерном и доплеровском режимах. Оценивались индекс сферичности ЛЖ в систолу и диастолу (ИС), интегральный систолический и диастолический индексы ремоделирования (соответственно ИСИР и ИДИР), миокардиальный стресс по меридиану в систолу и диастолу (МСс и МСд). Параллельно проводилось определение цитокинового профиля: ФНО-α, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, рецепторного антагониста ИЛ-1(РАИЛ-1), γ-ИФ методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови больных. Определение параметров выполнялось дважды с интервалом 24 недели, в течение которых пациенты получали небиволол в средней суточной дозе от 7,3 мг на фоне стандартной терапии ХСН.

Результаты: по данным ультразвукового исследования после 6-месячной комбинированной терапии с включением небиволола было отмечена более выраженная и достоверная положительная динамика параметров ремоделирования у больных 2-ой группы: статистически значимое уменьшение МСс и МСд, в среднем на 9,1 % и 10,5 % соответственно (p<0,05), статистически значимое повышение ИСИР и ИДИР по сравнению с исходными данными в среднем на 19,1 % и 8 % (p<0,01); что сопровождалось достоверным снижением ИЛ-1 на 25,9 %, ИЛ-8 на 60,6 % и ФНО-α на 44,4 % (p<0,05).

Выводы: показано, что назначение длительной комбинированной терапии с включением небиволола эффективно для коррекции процессов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных ХСН ишемического генеза со сниженной ФВ моложе 70 лет и сопряжено с улучшением иммунного статуса.

0332 ВЛИЯНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НЕБИВОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АКТИВНОСТЬ ЦИТОКИНОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА МОЛОЖЕ 70 ЛЕТ

Каплина Е.Н., Кастанаян А.А., Дмитриева А.А., Воробьев Б.И, Иванов И.В., Яровова Е.В.
РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Изучить влияние длительной комплексной терапии с включением небиволола на цитокиновый профиль крови и показатели систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза с нормальной и сниженной фракцией выброса (ФВ) в возрастной группе моложе 70 лет.

Методы: было обследовано 110 человек моложе 70 лет: 78 больных ишемической болезнью сердца, 33 из которых страдали ХСН с нормальной ФВ (1 группа), 45 — ХСН со сниженной ФВ (2 группа), 32 здоровых человека для контроля. Определялись основные показатели кардиогемодинамики ЛЖ при использовании ультразвукового сканера датчиком 3,5 МГЦ в одно-, двухмерном и доплеровском режимах. Оценивались фракция выброса (ФВ), индексы конечного систолического и диастолического объемов (ИКСО и ИКДО), соотношение Е/А. Параллельно проводилось определение активности цитокинов: провоспалительных (ФНО-α, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8) и противовоспалительных (рецепторного антагониста ИЛ-1, γ-ИФ) методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови больных. Определение параметров выполнялось дважды с интервалом 24 недели, в течение которых пациенты получали на фоне стандартной терапии ХСН небиволол в средней суточной дозе от 7,3 мг.

Результаты: по данным исследования после 24 недельной комбинированной терапии с включением небиволола было отмечено увеличение статистически значимое увеличение Е/А на 26 % и уменьшение на 18 % частоты встречаемости

диастолической дисфункции (p<0,001) у больных 1-ой группы и статистически значимое увеличение ФВ на 9,1 %, уменьшение ИКСО и ИКДО на 25,2 % и 14,5 % соответственно (p<0,01) во 2-ой группе; в последней группе наблюдалось достоверным снижением уровня провоспалительных цитокинов — ИЛ-1 на 25,9 %, ИЛ-8 на 60,6 % и ФНО-α на 44,4 % (p<0,05). Достоверного изменения уровня противовоспалительных цитокинов отмечено не было.

Выводы: выявлена достоверная эффективность длительной комбинированной терапии с включением небиволола в виде улучшения показателей кардиогемодинамики и иммунного статуса больных ХСН ишемического генеза с нормальной и сниженной ФВ моложе 70 лет.

0333 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Карабаева Р.Ж., Бигаринова Р.Ж., Мажитов Т.М..
Больница УДП РК, Астана, Казахстан; АО "Медицинский университет Астана", Астана, Казахстан

Цель: коррекция дислипопротеинемий у больных артериальной гипертонией (АГ) при использовании препарата омакор.

Объект и методы исследования: обследовано 18 больных АГ в возрасте 46 до 70 лет, средний возраст составил 58,4±6,7 лет. Анализировали показатели липидного спектра крови: общий холестерин (ХС), триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности, коэффициент атерогенности.

Результаты: АГ 1 степени была выявлена у 3 больных, АГ 2 степени — у 11 больных, АГ 3 степени — у 4 больных. Обследованные больные не страдали ишемической болезнью сердца. Исследование показало, что 72,7 % обследованных имели повышенный уровень общего ХС, среднее значение которого составило 6,39±0,41 ммоль/л. У части больных высокие уровни общего ХС сопровождались повышением ТГ и снижением уровней ХС ЛПВН, что значительно повышает риск кардиоваскулярных осложнений. Так, повышенные значения общего ХС у 13 больных сочетались с повышенным уровнем триглицеридов до 2,2±0,32 ммоль/л. У 8 больных высокий общий ХС сопровождался низкими значениями ХС ЛПВП, в среднем до 0,85±0,04 ммоль/л. Уровень ХС ЛПНП также был повышен и составил 4,01±0,24 ммоль/л.

Всем больным на фоне диетотерапии назначался препарат омакор в дозе 2 капсулы в сутки в течение 6 месяцев. Побочных эффектов при приеме препарата не наблюдалось. Применение омакора привело к достоверному снижению уровня ТГ до 1,01±0,22 ммоль/л (p<0,05). При этом на фоне проведенного лечения было отмечено снижение общего ХС до 4,5±0,3 ммоль/л. Уровень ХС ЛПНП имел тенденцию к снижению. Достоверных изменений в уровнях ХС ЛПВП отмечено не было.

Выводы: сочетание диеты с применением омакора у больных АГ способствует эффективной коррекции дислипопротеидемий.

0334 ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Каражанова Л.К., Есимбекова Э.И., Ардабаева А.М.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ) — самое частое и грозное патологическое состояние, требующее неотложного медицинского вмешательства.

Быстрое, полное и стойкое восстановление кровотока по коронарной артерии (реперфузионная терапия) — основа лечения больных с сохраняющейся острой тромботической окклюзией крупного сосуда, кровоснабжающего миокард, в типичном случае приводящей к возникновению затяжного ангинозного приступа и достаточно продолжительных (обычно более 20 минут) подъёмов сегмента ST на ЭКГ.

Тромболитические препараты, которые на сегодня являются главными в лечении ИМ, позволили в ведущих клиниках мира снизить смертность от этого заболевания до 7 %.

Цель. Оценка риска неблагоприятных событий, определяющие характер и срочность диагностических и лечебных вмешательств.

Материал и методы. Всего за период 2008-2009гг в отделении интенсивной терапии Больницы скорой медицинской помощи проведена тромболитическая терапия с применением Эберкиназы 1,5 млн ЕД. у 42 больных с ИМ — 40 мужчин (95 %) и 2 женщин (5 %). Средний возраст составил 50,3±1,2 года.

Среди пролеченных больных преобладали в большинстве случаев трансмуральный инфаркт миокарда — 24 (57 %), крупноочаговый — 12 (28 %), мелкоочаговый ИМ -6 (15 %).

Для оценки риска осложнений использована шкала GRACE. Для ее подсчета необходимы следующие, получаемые уже при первичном обследовании больных, клинические, электрокардиографические и лабораторный показатели: возраст, частота сердечных сокращений, систолическое артериальное давление, уровень креатинина в сыворотке крови, класс по Киллипу при поступлении, наличие смещений сегмента ST и повышения сердечных биомаркеров, а также эпизода остановки сердца. Эти факторы риска являются независимыми предикторами смерти в условиях стационара и после выписки в течение 6 месяцев. В зависимости от числа баллов по шкале GRACE выделяют три группы риска: высокий, средний, низкий.

Результаты. При проведении анализа по реестру популяций согласно шкале GRACE было выявлено, что среди 42 больных с инфарктом миокарда имеют высокий риск 30 больных, 12 — средний риск, что составляет 1-3 % риска смерти в условиях стационара

Выводы. Тромболитическая терапия входит в перечень стандартных мероприятий при ИМ. с подъемом сегмента ST. Установлено, что при ее использовании в первые 6 ч от начала ИМ она спасает потенциально некротизированный миокард, улучшает функцию левого желудочка и, самое главное, снижает показатели смертности.

0335 ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ АНТИГЕНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Каражанова Л.К., Капакова М.А.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель исследования: изучение частоты встречаемости лейкоцитарных антигенов у больных инфарктом миокарда (ИМ) в сочетании с цереброваскулярной недостаточности (ЦВН).

Материалы и методы. Нами было изучено распределение HLA антигенов у 50 больных с ИМ в сочетании с ЦВН, из них казахской популяции 27 больных и 23 больных русской популяции, среди которых было 26 (52 %) -мужчин и 24 (48 %)-женщин.

HLA — типирование проводили в стандартном двухступенчатом лимфотоксическом тесте по Terasaki P. и Mc Clelland (1968) с помощью типирующих сывороток Санкт-Петербурского НИИ ГиПК РАН.

Результаты исследования. Как показал сравнительный анализ частоты встречаемости антигены локуса В: В12, В40, фенотип В5В12; гаплотипы А1/В12, А2/В12, А9/В12 (RR=28,50; 12,00; 12,61) преобладал у больных с ИМ в сочетании с ЦВН казахской популяции.

Таким образом, в результате исследований установлено, что в казахской популяции предрасположенность к заболева-

нии ассоциирована с антигенами B12, B40, фенотипом B5B12; гаплотипами A1/B12, A2/B12, A9/B12.

У больных с ИМ в сочетании с ЦВН русской популяции достоверно чаще встречались антигены локуса А: А10, из антигенов локуса В: В7, В13 (RR=3.31; 1,74; 3,97;1,40; 2,34 соответственно). Из локуса В у больных достоверно чаще встречался фенотип: В7/В8 (RR=11,56). При сопоставлении гаплотипов больных с ИМ в сочетании с ЦВН с контрольной группой установлено, что гаплотипы А10/В5 (RR=6,12), А10/В7 (RR=10.10) встречаются достоверно чаще у больных. Устойчивость к заболеванию ассоциирована с антигенами А11, А19, А28, В13, В14, В15, В18, В21, В22, В27.

Таким образом, анализ ассоциированности инфаркта миокарда в сочетании с ЦВН с HLA 1 класса показал значительное число высокодостоверных позитивных (для казахской национальности характерны А1, А2, А9, В5, В7, В12, В35, В40 антигены, В5В12 фенотипы и А1/В12, А2/В12, А9/В12 гаплотипы; для русской национальности А10, В5, В7, В17, В40 антигены и В7/В8, А10/В5, А10/В7 гаплотипы) и негативных (для казахской национальности А3, А19, А28, В8, В14, В15, В16, В17, В18, В22, В27 антигены; для русской национальности А11, А19, А28, В13, В14, В15, В18, В21, В22, В27 антигены) ассоциаций с различными вариантами клинического течения инфаркта миокарда в сочетании с ЦВН, а также наличие целого ряда этнических особенностей, присущих для обеих совместно проживающих популяций, что позволяет использовать их для прогноза индивидуальных особенностей течения болезни.

0336 ЛЕЧЕНИЕ МИЛДРОНАТОМ НА ФОНЕ ИЗУЧЕНИЯ ПУРИНОВОГО И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Каражанова Л.К., Танатарова Г.Н.
ГМУ, Семей, Казахстан

Значительное увеличение количества больных ХСН, прогрессирующий рост инвалидизации и смертности от этого осложнения заболеваний ССС требует поиска новых подходов к ее лечению.

Цель исследования: оптимизация лечения хронической сердечной недостаточности на основе изучения пуринового и энергетического метаболизма. Из 73 обследованных с инфарктом миокарда (42 — крупноочаговым и 31 — мелкоочаговым) при последующем наблюдении у 34 (23 и 11 соответственно) развилась сердечная недостаточность, которые составили группы с высоким риском развития СН (основная), которым был назначен цитопротективной целью препарат милдронат в дозе 500 мг/2 раза в сутки, в течение 3 месяцев. Показатели, характеризующие состояние исследованных систем у данных больных, полученные на стационарном этапе, были выделены и подвергнуты сравнению с контрольной группой здоровых лиц и больных с низким риском развития СН, у которых к концу периода наблюдения (3 мес.) не развились признаки СН (группа сравнения). Больные с КИМ, у которых можно прогнозировать развитие СН, характеризуются дисбалансом активности ферментов пуринового (снижение АДА и АМФДА, повышение 5'-НКазы) и энергетического (снижение СДГ, повышение ЦХО) обменов. По результатам нашего исследования, соотношения активностей АМФДА и 5'-НКазы у таких больных <2, ЦХО/СДГ — >15. Сравнение долей пациентов с выраженными нарушениями гемодинамических и метаболических параметров и с умеренными их изменениями показало, что в обеих группах больных (с КИМ и МИМ) наиболее четкое соответствие имеется в отношении нарушений диастолической функции миокарда ЛЖ. Соотношение числа больных с высоким риском развития СН первой и второй подгрупп при КИМ составило 3,7:1, при МИМ — 7,2:1. Представляет интерес тот факт, что, во-первых, темпы этого снижения зависели от проводимой терапии и были наибольшими при применении милдроната, во-вторых, на фоне базисной терапии полной нормализации данных показателей не было достигнуто, и они в среднем вдвое по всем ферментам превышали уровень контрольной группы и подгрупп больных, получавших милдронат. В группе сравнения с КИМ в начале лечения отмечалась тенденция к росту СДГ и снижение ЦХО. В дальнейшем повышение активности СДГ сменялось ее снижением, а уровень ЦХО продолжал падать. Вероятно, это свидетельствует о снижении энергетического обмена в организме в целом при развитии СН. Более быстрый результат при обеих формах инфаркта был достигнут на фоне приема милдроната. Обращает на себя внимание то, что было достигнуто практическое равенство соотношения активности ферментов на фоне лечения с использованием, главным образом, милдроната, что говорит о наличии у препарата эффекта стабилизации энергетического обмена.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о взаимосвязи различных патогенетических механизмов в развитии СН у больных инфарктом миокарда, что является дополнительным подтверждением необходимости выделения прогностически неблагоприятных сочетаний, а также основанием для назначения цитопротектора милдроната в комплексной терапии больных ХСН.

0337 ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Каражанова Л.К., Масалимова А.Т.
ГМУ, Семей, Казахстан

Цель. Сравнение клинической эффективности и возможности нефропротекторной медикаментозной коррекции при применении милдроната в комплексной терапии ХСН.

Методы. Обследовано 77 больных (14 женщин и 63 мужчин) в возрасте от 40 до 70 лет с ИБС, ПИКС, дилатационной кардиомиопатией. Среди включенных в исследование 63 больных перенесли инфаркт миокарда, 14-с дилатационной кардиомиопатией. Всем пациентам проводили: ЭхоКГ исследования, тест с 6-минутной ходьбой. Изучалось функциональное состояние почек: биохимические анализ (креатинин, мочевину, калий, натрий, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина (метод Реберга-Тареева)), микроальбуминурию (МАУ) в моче методом ИФА. Экскрецию от 30 до 300 мг /сутки считали микроальбуминурией (МАУ), ß2-микроглобулин в моче и в крови (ИФА), ФПР. Всем, включенным в исследование пациентам были назначены традиционная базисная терапия. После обследования сформулированы 2 группы больных. Группа 1-основная, где дополнительно к стандартной терапии назначали милдронат в дозе 10 мл в\в капельно № 10, затем по 500 мг по 2 раза (6 недель). Группа 2-контрольная без милдроната.

Результаты. В обеих группах выявлено значимое улучшение клинического состояния, более выраженное у больных, получавших милдронат. Об эффективности терапии говорит снижение ФК тяжести ХСН на 18 % и 13 %, а также увеличение дистанции ТШХ на 25,5 % и 17 %, в 1-й и 2-й группе соответственно. По результатом Миннесотского опросника качества жизни в целом у всех больных после проведенного лечения произошло улучшение во 2-й группе на 9 %, а в 1-й 19 %. Также в 1-й группе уменьшилось количество ангинозных приступов и сократимость потребления в приеме нитратов на 19 % (во 2й группе на 6 %). Различия между группами были на уровне тенденции ($p<0,1$). При сопоставлении показателей систолической функции ЛЖ до и после проведенного комплексного лечения включавшего милдронат, было отмечено увеличение ФВ до 11,6 %. Отмечена тенденция к повышению СКФ на 20 % ($p<0,05$), а также достоверное уменьшилось количество больных с истощенным ФПР (на 35 %), МАУ и В2- микроглобулин достоверно уменьшился на 22 % против 7 % во 2й группе $p<0,05$).

Выводы: добавление к терапии ХСН милдроната улучшает клинико-функциональное состояние больных: уменьшает ФК ХСН, повышает толерантность к физической нагрузке, увеличивает ФВ левого желудочка, улучшает функциональное состояния почек.

0338 ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Карамова И.М., Закирова А.Н., Шмелева Г.А., Хамидуллина Р.М., Фахретдинова Е.Р., Яруллина А.Р., Федорова Е.А., Шмелева Г.А., Гареева Э.И.
Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность применения ивабрадина у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ). В исследование включено 34 пациента, том числе мужчин — 26 человек, женщин — 8, страдавших ИБС в сочетании с ХОБЛ и находящихся на стационарном лечении в Республиканском кардиологическом диспансере. Средний возраст больных составил 50,7±6,3 лет. Все пациенты находились на диспансерном учете с ХОБЛ, 6 человек с бронхиальной астмой и 18 с хроническим бронхитом с обструктивным синдромом. Все пациенты в анамнезе принимали различные β-блокаторы, но вынуждены были прекратить в связи с плохой их переносимостью. У 17 пациентов в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, что было подтверждено данными ЭхоКГ и коронароангиографии. Признаки ХСН II стадии (отеки на ногах, увеличение печени, застойные изменения в легких, снижение глобальной сократимости) имелись у 14 пациентов. При электрокардиографическом исследовании были выявлены синусовая тахикардия со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) 83±16,8 ударов в мин. Критерием исключения были нарушения ритма, такие как парные желудочковые и предсердные экстрасистолы, короткие пробежки наджелудочковой и желудочковой тахикардии. По данным эхокардиографического исследования обнаружено увеличение полости левого желудочка, снижение сократительной способности его миокарда (выброса левого желудочка (ФВ) составила в среднем 40±1,7 %). Все пациенты получали лечение, в которое были включены аспирин, статины, ингибиторы АПФ и ивабрадин 5 мг 2 раза в день. У 7 пациентов (15 %) дозировка ивабрадина была увеличена до 7,5 мг 2 раза в день под контролем ЧСС и клинической переносимости. Через 3 недели всем пациентам были проведены холтеровское мониторирование ЭКГ и ЭхоКГ. Через 2 недели у пациентов выявлены достоверное снижение снижение ЧСС на 14,5±4,1 уд/мин, не регистрировалось учащение уже имевшихся нарушений ритма. Не отмечалось учащения приступов бронхоспазмов. К выписке у всех пациентов по данным холтеровского мониторирования были достигнута ЧСС ниже 70 уд./мин, снизилось число наджелудочковых и желудочковых экстрасистол на 50 %, в том числе на 90 % высоких градаций, уменьшение эпизодов ишемии. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия, уменьшение слабости, отсутствие отеков, повышение толерантности к физической нагрузке, урежение приступов стенокардии, снижение потребности в нитратах. Побочных эффектов, требовавших отмены ивабрадина, в исследовании не зарегистрировано. Таким образом, назначение ивабрадина в терапевтической дозировке от 5,0 до 7,5 мг 2 раза в день другими препаратами, рекомендованными для лечения ИБС (исключая β-блокаторы), хорошо переносится и приводит к достоверному снижению ЧСС, уменьшению проявлений ХСН и улучшению функции левого желудочка. Ивабрадин может быть включен в медикаментозную реабилитацию пациентов с ИБС в сочетании с ХОБЛ.

0339 ПРИМЕНЕНИЕ ИАПФ ЗОФЕНОПРИЛА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Карамова И.М., ЗакироваА.Н., Фаткуллина З.С., Туктарова Ф.С., Нигматуллина Р.Х.
Республиканский кардиологический диспансер, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель исследования было повысить эффективность фармакотерапии у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы: под наблюдением находились 49 пациентов, страдающих гипертонической болезнью и обратившихся за консультативной помощью в поликлинику Республиканского кардиологического диспансера города Уфы. Средний возраст больных составил 46,8±8,4 лет. У больных была диагностирована гипертоническая болезнь 2 стадии и у 21 — гипертоническая болезнь 3 стадии. 12 человек перенесли инфаркт миокарда, 6 — нарушение мозгового кровообращения. До обращения в консультативную поликлинику все пациенты состояли на диспансерном учете с гипертонической болезнью5,6±3,2 года. У всех пациентов был высокий уровень артериального давления, соответствующий 3 степени гипертонической болезни, который плохо поддавался медикаментозной коррекции.

Пациенты были госпитализированы в Республиканский кардиологический диспансер. Наряду с другими препаратами к лечению уже в первые сутки был добавлен ингибитор АПФ зофеноприл. Доза препарата подбиралась индивидуально, титровалась от 7,5 до 30 мг в день. Эффективность препарата оценивалась по субъективному самочувствию больных, уровню артериального давления по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД), данным холтеровского мониторирования ЭКГ, переносимости физических нагрузок.

Самочувствие и состояние больных оценивалось ежедневно на стационарном этапе лечения и после выписки в течение 3 месяцев. Нами установлено, что у 24 больных после проведенного лечения отсутствовали жалобы на плохое самочувствие, у 36 повысилась толерантность к физической нагрузке, у 37 — улучшился сон, 29 — перестали беспокоить приступы головокружения и головные боли. Эпизодов ишемии по результатам мониторирования ЭКГ выявлено не было. Кроме того, из нарушений ритма выявлялись только редкие наджелудочковые и редкие желудочковые экстрасистолы. По данным СМАД у 44 больных артериальное давление удалось стабилизировать на уровне 90-140/80-60 мм рт.ст., у 5 пациентов АД снизилось по сравнению с исходным уровнем, но не достигло оптимальных значений на госпитальной этапе, но достигло его через некоторое время после выписки. В нашем исследовании лучший гипотензивный эффект был получен в случае сочетания зофеноприла с мочегонными препаратами, в частности гипотиазидом в дозе 12,5 мг в сутки. На поликлиническом этапе не требовалась ни коррекция дозы, ни смена препарата.

Из побочных действий отмечалась гипотония у 5 больных. У всех снижением дозы препарата этот эффект был нивелирован. Побочных эффектов, требующих отмены препарата нами не наблюдалось.

Таким образом, зофеноприл хорошо переносится больными, имеет широкий спектр доз от 7,5 до 30 мг, наиболее эффективен у больных с гипертонической болезнью в дозе 15-30 мг в сутки. Кроме того, эффективно снижает давление у пациентов с рефрактерной к лечению гипертонией. Полученные данные позволяют рекомендовать применения зофеноприла не только стационаре, но и на амбулаторный этап лечения гипертонической болезни.

0340 РЕПАРАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Карелкина Е.В., Моисеева О.М., Морошкин В.С.
Федеральный центр сердца крови и эндокринологии им.В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время получены убедительные доказательства, что количество циркулирующих прогениторных клеток является важной характеристикой репарационных возможностей организма. Цель работы — изучить профиль и функциональные свойства циркулирующих ЭКП у больных с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) различного генеза.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов с документированной ишемической болезнью сердца (ИБС) и систолической дисфункцией ЛЖ (средний возраст 50,9±1,9 лет, индекс массы тела 29,0±1,4 кг/м^2), 15 пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) (средний возраст 46,4±3,0 лет, индекс массы тела 29,5±2,4 кг/м^2) and 15 практически здоровых пациентов (средний возраст 41,1±2,1, индекс массы тела 25,3±0,7 кг/м^2). Пациенты ХСН в исследуемых группах были сопоставимы по эхокардиографическим параметрам: фракция выброса у больных ИБС составила 28,6±1,6 %, у больных ДКМП — 30,9±3,4 %. Всем пациентам выполнены ЭхоКГ, исследование эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, дуплексное сканирование сонных артерий, ТШХ, оценка липидного спектра, уровня С-реактивного белка (СРБ). Количество циркулирующих CD34+CD133+ and CD34+CD133+VEGFR-2+-клеток оценивалось методом проточной цитометрии. Пролиферативная способность эндотелиальных клеток предшественников определялась путем подсчета колониеобразующих единиц при культивировании мононуклеарных лейкоцитов по методу J.M.Hill.

Результаты. Не выявлено существенных различий в представительстве CD34+CD133+ и CD34+CD133+VEGFR-2+-клеток в периферической крови больных ХСН, но отмечено снижение уровня CD34−CD133+VEGFR-2+-клеток, преимущественно в группе ДКМП. При анализ субпопуляций ЦЭКП в зависимости от степени тяжести и этиологии ХСН выявлена тенденция к росту числа CD34+CD133+VEGFR-2+-клеток у больных ИБС с III ФК ХСН (360±78 против 270±52 клеток/мл, p>0,05), тогда как у больных ДКМП представительство всех популяций VEGFR-2+-клеток прогрессивно уменьшалось на фоне роста функционального класса ХСН. Выявлено негативное влияние на число CD34+ CD133+VEGFR-2+ клеток у больных ХСН возраста (r=-0,446; p<0,001), дислипидемии (r=-0,377; p=0,015) и увеличения толщины КИМ общих сонных артерий (r=-0,387; p=0,03). На снижение пролиферативной активности ЭКП негативно влияли возраст (r=-0,346; p=0,01) и уровень СРБ в сыворотке крови (r=-0,378; p<0,01). Низкая пролиферативная активность ЭКП была ассоциирована с увеличением индекса сердечно-сосудистого риска SCORE (r=-0,417; p<0,01), снижением актуриальной выживаемости на модели Seattle Heart Failure (r=0,351; p<0,05) и толерантности к ФН по данным ТШХ (r=0,324; p<0,05).

Выводы: Нарушение качественного и количественного состава ЭКП может рассматриваться в качестве одного из факторов риска развития эндотелиальной дисфункции, патологического ремоделирования сердечно-сосудистой системы и прогрессирования ХСН.

0341 ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Карпова Н.Ю., Рашид М.А., Пискунов Д.В., Шостак Н.А., Казакова Т.В.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; Городская клиническая больница № 55 Департамента здравоохранения, Москва, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта “Медико-социальные аспекты состояния сердечно-сосудистой и костной систем в пожилом возрасте — оптимизация диагностики, пути снижения инвалидизации и смертности при пороках сердца” проект РГНФ № 09-06-00476а

Цель. Изучить клинико-инструментальные особенности ишемии миокарда при кальцинированном аортальном стенозе (КАС) в пожилом возрасте при проведении Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ).

Пациенты и методы. ХМ проведено 101 пациенту с КАС (средний возраст — 74,2±6,3 года; 73,3 % женщин) и 50 пациентов контрольной группы сопоставимой по возрасту и полу.

Результаты. Группа больных КАС характеризовалась достоверно меньшей частотой эпизодов тахикардии (52,4 % и 84,0 %; p < 0,0001), большей встречаемостью эпизодов брадикардии (36,6 % и 6,0 %; p<0,0001) и сложных наджелудочковых нарушений ритма (p<0,01). Установлено что число желудочковых экстрасистол увеличивалось пропорционально снижению значений фракции выброса ЛЖ (ФВ; p = 0,039) и увеличению выраженности митральной регургитации (p=0,025). Для частоты наджелудочковых экстрасистол установлена прямая зависимость от толщины межжелудочковой перегородки (p=0,039). Наряду с этим, количество желудочковых экстрасистол уменьшалось с увеличением выраженности концентрического ремоделирования (r=-0,22; p=0,026). У больных с ФВ менее 50 % достоверно чаще отмечены куплеты желудочковых (50,0 % и 25,3 %; p = 0,04) и наджелудочковых (77,8 % и 69,9 %; p=0,003), а также триплеты желудочковых экстрасистол (27,8 % и 4,8 %; p=0,008). Тяжесть аортального стеноза не оказывала влияние на абсолютную частоту нарушений ритма (p>0,05). В группе больных КАС с наличием головокружений, ассоциированных с кардиальными факторами достоверно чаще встречались парные желудочковые экстрасистолы (39,1 % и 18,5 %; p=0,04), чем у лиц с сосудистыми факторами. Изменения сегмента ST носили ишемический характер (горизонтальная депрессия > 1мм) у 32,6 % больных основной и 34,0 % контрольной группы. Данные изменения были выявлены у 27 % пациентов при эксцентрическом, и 36,1 % при концентрическом типе ГЛЖ, что достоверно не отличалось. Установлено, что ишемия миокарда при КАС в 69,6 % случаев не проявлялась клиническими эквивалентами, то есть носила “безболевой” характер, в 27,3 % — проявлялась кардиалгиями и только в 3,1 % случаев ассоциировалась с типичным ангинозным приступом.

Выводы. Полученные результаты наглядно демонстрируют высокую частоту встречаемости нарушений ритма, эпизодов ишемии миокарда, в том числе и “немой ишемии” по данным ХМ у больных КАС в пожилом возрасте.

0342 КОМБИНИРОВАННАЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Карпова Э.С., Котельникова Е.В., Липчанская Т.П., Лямина Н.П.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Метаболические нарушения у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при сахарном диабете 2 типа (СД 2типа) являются важным фактором приводящим к прогрессированию коронарного атеросклероза и развитию макро- и микрососудистых осложнений. В связи с чем, контроль за метаболическими показателями является важной задачей на этапе проведения реабилитационно-профилактических мероприятий у больных ИБС с СД 2 типа после чрескожных вмешательств.

Цель исследования заключалась в изучении динамики показателей липидного спектра крови и гликемического профиля у больных со стабильной ИБС, имеющих СД 2 типа после проведения чрескожных коронарных вмешательств на фоне комбинированной гиполипидемической терапии: статином и фенофибратом.

Материал и методы проводился анализ уровня липидов крови (ОХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП) у 26 пациентов ИБС, имеющих СД 2 типа (мужчины и женщины возраст 51,7±5,6 лет), после проведения чрескожных коронарных вмешательств в рамках 3-х месячного периода комбинированной терапии

фенофибратом в дозе 145 мг и аторвастатином 20 мг. Из них 73,1 % пациента принимали сахароснижающие препараты и 26,9 % пациентов находились на инсулинотерапии.

Результаты исследования показали, что использование в течение 3-х месяцев комбинированной терапии фенофибратом в дозе 145 мг и аторвастатином 20мг привело к положительной динамике по липидному спектру крови у пациентов ИБС с СД 2 типа перенесших чрескожные коронарные вмешательства. Уже через 3 месяца у 61,5 % пациентов отмечалось достоверное снижение уровня ТГ крови, у 57,6 % пациентов снизился уровень ОХС, и у 38,4 % отмечалась тенденция к уменьшению уровня ЛПНП, у 15,3 % повысился уровень ЛПВП. При оценке безопасности применения комбинированной гиполипидемической терапии нежелательных побочных явлений и повышения уровня трансаминаз крови (АЛТ, АСТ) у обследуемых пациентов не отмечалось. Значимых изменений в гликемическом профиле также не отмечалось, дополнительной коррекции терапии сахарного диабета ни одному пациенту не потребовалось. За данный период наблюдения клиническое состояние пациентов было стабильным, острых сердечно-сосудистых событий и повторных реваскуляризаций миокарда в исследуемой группе не было, приверженность к проводимой терапии составила 96,1 %.

Выводы. Таким образом, комбинированная гиполипидемическая терапия (фенофибратом в дозе 145 мг и аторвастатином 20мг) уже через 3 месяца приводит к позитивным изменениям липидного спектра крови и улучшению метаболического профиля у больных ИБС с СД 2 типа, перенесших чрескожные коронарные вмешательства.

0343 "КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ" ПАЦИЕНТА, ПОСТУПАЮЩЕГО В КРАЕВУЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ

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

Цель исследования: выявить клинико-лабораторные особенности и оценить качество жизни пациентов на этапе поступления в отделение кардиологии ПККБ.

Методы исследования: обследовано 68 пациентов кардиологической клиники, из них 38 (55,9 %) мужчин. Средний возраст обследованных — 57,4±2,28 года. Все больные были разделены на 3 группы: I — лица со стенокардией напряжения II-IIIФК — 22 человека; II — пациенты с гипертонической болезнью (ГБ) — 25 человек; III — лица с нарушением ритма сердца по типу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ФП) — 21 человек. Основанием для распределения больных по группам служили данные велоэргометрии (ВЭМ), суточного мониторирования артериального давления (АД) и ЭКГ. У всех обследованных оценивали параметры гемограммы, коагулограммы, уровень С-реактивного протеина (СРП), липидный спектр сыворотки крови. Кроме этого, анализировали некоторые показатели ультразвукового исследования сердца, а также качество жизни с помощью опросника "SF-36". Статистический анализ проводили с использованием программы Statistica 6.0.

Полученные результаты. При объективном обследовании индекс массы тела составил, в среднем, для всех больных 28,0±5,49 кг/м^2, 82 % мужчин курили, только 7 человек из второй группы (28 %) ограничили в рационе поваренную соль. Пациенты первой группы имели значимо более высокие показатели количества моноцитов, нейтрофилов в периферической крови и уровня СОЭ (p=0,02, p=0,001, p=0,005 соответственно). Параметры гемостаза во всех группах не превышали нормальных величин, однако у пациентов со стенокардией напряжения значимо выше был показатель спонтанной агрегации тромбоцитов, а у гипертоников — величина протромбинового времени (ПТВ). Исследование липидограммы позволило констатировать недостижение целевых цифр общего холестерина (ОХС) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в группах со всеми сердечно-сосудистыми заболеваниями, при этом I и II группы значимо различались по этим параметрам. АД в нормотензивной зоне зарегистрировано у 5 (5 %) человек из II группы. Аспирин постоянно принимали 84 % гипертоников.

В результате эхокардиографического исследования значимых различий между пациентами из разных групп получено не было. Анализ анкетных данных опросника "SF-36" выявил следующие закономерности: у больных стенокардией напряжения наиболее низкие баллы были в части, характеризующей физическое функционирование. Лица с ГБ чаще отмечали, что их физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. Пациенты с пароксизмальной ФП подчеркивали влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование. Одинаково низко пациенты из всех групп оценивали свое состояние здоровья в настоящий момент и перспективы лечения.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет констатировать закономерные прокоагулянтные и дислипидемические нарушения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и демонстрирует необходимость еще более активной работы по повышению приверженности больных лечению и их социальной адаптации, устранению возможных факторов риска развития осложнений.

0344 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИГИПЕРТЕНЗВНЫХ ПРЕПАРАТОВ КЛАССА ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Каскаева Д.С.[1], Гарганеева Н.П.[2], Петрова М.М.[1], Ляшенко А.А.[1]
ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"[1], Красноярск, Россия; ГОУ ВПО "Сибирский государственный медицинский университет"[2], Томск, Россия

Цель. Оценить фармакоэкономичесий анализ антигипертензивных препаратов класса ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) на примере Хартила, Фозикарда и Тритаце у больных с артериальной гипертонией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Методы исследования. Для сравнения полученных данных на российском и международном уровне использовалась так называемая Определенная Дневная Доза, предложенная Центром статистики и методологии при ВОЗ по исследованию лекарственных препаратов. Одна эквивалентная доза равна 1 таблетке используемого лекарства. Стоимость использованных препаратов рассчитывалась, исходя из их средней оптовой стоимости на российском рынке. Данные взяты из Государственного реестра цен на лекарственные средства (июль 2009г) и из прайс-листов фирмы "Фармация".

Полученные результаты: Первым этапом являлась оценка средней суточной дозы препарата (в мг/сут), при которой происходило достоверное снижение уровня АД в каждой группе больных. По нашим данным, в группе пациентов, принимающих хартил, средняя суточная доза составила 7,5 мг; в группе пациентов, принимающих фозикард — 16,6 мг/сут; в группе пациентов, принимающих тритаце — 7,6 мг/сут. Далее нами был проведен сравнительный анализ оценочной стоимости лечения пациентов трех групп за 6 месяцев при средней дозе используемых гипотензивных препаратов, из которого следует, что максимальная стоимость лечения обходилась пациентам, принимающим тритате — 2218,79руб. Пациентам, принимающим хартил, стоимость лечения составила — 1357,83 руб. Наиболее низкая стоимость лечения обходилась пациентам, принимающим фозикард — 916,12 руб.

Далее нами был проведен анализ "стоимость-эффективность", который объединяет информацию как об оценочной стоимости антигипертензивного препарата, так и его эффектив-

ности. Анализ позволяет проводить сравнительную оценку соотношения материальных затрат и полученного эффекта (результата) при двух и более препаратов, эффективность которых различна, а результаты измеряются в одних и тех же единицах.

Нами было получено, что все три ингибитора АПФ (хартил, фозикард и тритаце) не уступали по антигипертензивному эффекту, хотя наиболее выраженный эффект был отмечен на фоне приема хартила и фозикарда.

Сравнительная оценка частоты побочных эффектов трех ингибиторов АПФ показала, что у 28,17 % больных, принимающих этот класс препаратов, наблюдались нежелательные эффекты в виде кашля, головокружения, резкого снижения уровня АД, аллергического дерматита, тошноты. Однако ни один из пациентов из трех групп не прекратил назначенное лечение в связи с тем, что указанные побочные эффекты были незначительно выраженными и кратковременными. Наименьшее количество побочных эффектов наблюдалось у пациентов, принимающих тритаце, а наибольшее у больных, принимающих фозикард.

Выводы: Использование фармакоэкономического анализа позволяет соотнести клинический результат с реальными финансовыми затратами, помогает найти пути оптимизации, а нередко и пути уменьшения затрат при той же эффективности терапии, позволяет более рационально перераспределить ресурсы с точки зрения соотношения затраты/эффективность.

0345 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ β-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ И ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Касумова Ф.З., Касумова Ф.Н., Мамедова Р.Н.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им.А.Алиева, Баку, Азербайджан

Актуальность темы. Артериальная гипертензия (АГ) — одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и вопросы лечения ее остаются актуальной проблемой современной кардиологии. Лечение АГ предполагает длительный непрерывный прием антигипертензивных средств, что требует наблюдения и контроля проводимой терапии для обеспечения ее эффективности и безопасности.

Цель. Изучить эффективность, переносимость, влияние на качество жизни (КЖ) и приверженность к лечению комбинированной терапии различными β-адреноблокаторами (β-АБ) и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) у больных с АГ в сочетании с ИБС.

Материалы и методы. Обследование проводилось с 2007-2010 года и включало 57 мужчин с АГ и различными формами ИБС в возрасте 30-69 лет, средний возраст больных составил 52,5±1,3 года. Все исследуемые получали различные β-АБ (бисопролол, небивалол, карведилол и метопролол), как препараты "первой линии" и ИАПФ (рамиприл, периндоприл, квиналаприл, эналаприл). В течение всего периода наблюдения ежемесячно всем больным проводилась электрокардиография в покое, измерялось артериальное давление (АД) и пульс, изучалась приверженность к лечению и КЖ.

Результаты. Из 57 обследованных — у 24-х отмечался инфаркт миокарда, причем у 6-ти из них с зубцом Q, у 18- без зубца Q, а у 33-х — стенокардия напряжения, состояние 6-ти больных осложнялось нарушением ритма, по типу мерцательной аритмии и 5-ти больных — по типу желудочковой экстрасистолии. Следует отметить, что антигипертензивная активность применяемых комбинаций различных β-АБ с ИАПФ была достаточно эффективной и достоверно не отличалась в различных группах, однако целевые уровни АД были достигнуты при комбинации небивалола с рамиприлом и карведилола с квиналаприлом. Аналогичная картина наблюдалась в динамике КЖ и влиянии на приверженность к лечению: из 8-ми изучаемых параметров КЖ на фоне лечения небивалолом с различными ИАПФ улучшение отмечалось по 7-ми пунктам, в то время как при комбинации других β-АБ с ИАПФ положительная динамика в КЖ отмечалась лишь по 5-ти или 6-ти показателям. Следует отметить, что у больных, получавших небивалол с ИАПФ, улучшалась и сексуальная функция, что выгодно отличало эту комбинацию препаратов от других и способствовало повышению комплайнса в этой группе. Так, наибольшая приверженность к лечению выявлена у пациентов, получавших комбинацию небивалола с рамиприлом и квиналаприлом (87 % и 85 % соответственно), тогда как в остальных случаях комплайнс составил 80 % и меньше.

Выводы. Результаты 3-х летнего клинического наблюдения свидетельствуют о достаточной антигипертензивной активности и хорошей переносимости β-АБ в комбинации с ИАПФ у больных с АГ в сочетании с ИБС. Однако неоднородное влияние на КЖ и приверженность к лечению позволяют думать не о класс-эффекте изученных групп антигипертензивных средств, а об особенностях их разных представителей, в частности, оптимальной можно считать комбинацию небивалола с различными ИАПФ.

0346 ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Касумова Ф.Н.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей имени А. Алиева, Баку, Азербайджан

Актуальность проблемы. В развитии и прогрессировании ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин немаловажное значение имеют нарушение гормонального гомеостаза, особенно в период менопаузы, когда наблюдается потеря кардиопротективных эффектов эстрогенов.

Цель. Изучить состояние гормонального гомеостаза у женщин 30-69 лет с ИБС по данным клинико-эпидемиологического исследования в сравнении с контрольной группой здоровых лиц.

Материал и методы. У 102-х женщин с ИБС в возрасте 30-69 лет определялись гормоны в сыворотке крови: прогестерон (П), эстрадиол (Э), тестостерон (Т), кортизол (К), а также соотношение Э: Т; контрольную группу составили 20 здоровых женщин в том же возрастном диапазоне.

Результаты исследования. Обследованные больные были распределены на 4 возрастные группы: 30-39 лет — 6 человек; 40-49 лет — 34 человек; 50-59 лет — 50 человек и 60-69 лет — 12 женщин. Как видно, наиболее часто ИБС наблюдалась у женщин в возрасте 50-59 лет (49 %) и 40-49 лет (33 %). При анализе гормонального статуса у больных с ИБС в сравнении с контрольной группой было выявлено, что более выраженные нарушения гормонального фона отмечались у молодых женщин в возрасте 30-39 лет: повышение уровня П и Т ($p<0,05$ и $p<0,01$ соответственно), а также достоверное снижение Э ($p<0,01$) с уменьшением Э: Т ($p<0,01$), в группе 40-49 лет существенно повышался уровень Т ($p<0,05$), однако в этой группе гормональное равновесие поддерживалось за счет достаточного уровня Э, при этом соотношение Э: Т достоверно не изменялось. В возрастной группе 60-69 лет наблюдалось максимальное снижение уровня Э ($p<0,05$), однако повышение Т было недостоверным ($p>0,05$). Статистически значимой динамики К не отмечалось ни в одной возрастной группе.

Выводы. У молодых женщин с ИБС в возрасте 30-39 лет наблюдаются более выраженные нарушения гормонального статуса, по сравнению со старшими возрастными группами, что можно расценивать как дополнительный провоцирующий фактор риска ИБС. Таким образом, не только в период менопаузы, но и в фертильном возрасте, у больных с ИБС наблюдаются существенные нарушения гормонального профиля, что еще раз подтверждает кардиопротективную роль эстрогенов и необходимость их коррекции в молодом возрасте.

0347 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС СРЕДИ БЕЖЕНЦЕВ И ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА

Касумова Ф.Н.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им.А.Алиева, Баку, Азербайджан

Актуальность темы. Ишемическая болезнь сердца (ИБС)-одно из грозных заболеваний современности по распространенности приобретает характер неинфекционной пандемии, определяющей структуру сердечно — сосудистой заболеваемости и смертности.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности ИБС среди беженцев и вынужденных переселенцев мужского и женского пола, проживающих в городе Сумгаит.

Материалы и методы. Путём репрезентативной выборки было отобрано 865 мужчин и 952 женщин. Все исследуемые были разделены на 4 возрастные группы. Исследование проводилось согласно всем требованиям ВОЗ. ИБС у обследованных определялась путём заполнения стандартизованных анкет и проведения ЭКГ. Определялись возможная и определенная формы ИБС.

Полученные результаты. В процессе исследования было выявлено, что распространенность ИБС среди мужчин 32,3±1,2 % значительно превышало таковую среди женщин 23,9±1,4 %. Распространенность ИБС как среди мужчин, так и у женщин больше всего отмечалась в IV-ой возрастной группе — 70,3±2,4 % и 35,2±3,0 % соответственно. Определенные формы ИБС, как в мужской, так и женской популяциях встречались с одинаковой частотой — 20,0±1,2 % и 20,4±1,3 % соответственно.

Однако, возможные формы ИБС в 3,5 раза преобладали среди мужчин 12,3±1,2 %, по сравнению с женщинами — 3,6±0,6 %.

В структуре определенной формы ИБС в обеих популяциях, согласно анкетному опросу, преобладала стенокардия напряжения (СН), а возможной формы ИБС превалировали ЭКГ признаки.

Самые высокие показатели определенного инфаркта миокарда (ИМ) среди мужчин отмечались в IV-ой возрастной группе, а среди женщин в III-ей возрастной группе. Безболевая форма ИБС в обеих популяциях больше всего наблюдались в возрастной группе 50-59 лет.

Выводы: Таким образом, показатели распространенности ИБС среди мужчин в сравнении с женщинами были значительно выше, особенно возможные формы. Все вышеизложенное выдвигает необходимость проведения всех возможных мероприятий по первичной и вторичной профилактике ИБС среди всего населения в целом, чтобы предотвратить возрастание случаев инвалидности и смертности у данной категории лиц.

0348 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ ОТ ТИПА ИНФАРКТА

Катман Е.С., Гоголашвили Н.Г., Новгородцева Н.Я., Савченко А.А.
Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель. Изучение частоты нарушений ритма сердца у больных в течение года после острого инфаркта миокарда во взаимосвязи от типа инфаркта.

Материалы и методы. Обследовано 320 человек в течение года после инфаркт миокарда: 223 мужчины и 97 женщин. Средний возраст мужчин составил 57,6±0,6 лет, средний возраст женщин — 63,8±0,9 лет. У всех обследованных в 53,1 % случаев имел место Q-инфаркт миокарда, у 46,9 % больных — non Q-инфаркт миокарда. У мужчин Q-инфаркт миокарда встречался чаще — в 58,3 % случаев, у женщин — в 41,2 % случаев (p=0,004). Всем обследованным проводилось анкетирование, клинический осмотр с измерением АД, ЧСС, запись стандартной ЭКГ, 24х часовое холтеровское мониторирование (ХМ) с использованием кардиорегистраторов SHILLER MT-100 и MT-101. Желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) классифицировались по градациям B. Lown, M. Wolf (1971, 1983). Мы пользовались следующей классификацией наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭ): менее 30 в час — редкая НЖЭ, более 30 в час — частая НЖЭ, парные, групповые, пробежки наджелудочковой тахикардии (НЖТ).

По данным ХМ НЖЭ наблюдались у 91,9 % больных. Среднее количество НЖЭ у всех обследуемых составило 194,6±34,5. У больных с Q-инфарктом миокарда НЖЭ встречались в 92,4 % случаев, с non Q-инфарктом миокарда регистрировались у 91,3 % больных (различия не достоверны). Отмечалось следующее распределение НЖЭ по градациям у больных с Q- и non Q-инфарктом миокарда в анамнезе: редкая НЖЭ — 84,7 % и 80,3 %, частая НЖЭ — 14,6 % и 19,7 %, парные НЖЭ — 44,6 % и 48,9 %, групповые НЖЭ — 32,4 % и 36,5 %, пробежки НЖТ — 1,9 % и 2,9 % соответственно (различия не достоверны).

Желудочковые экстрасистолы регистрировались у 86,9 % всех обследуемых. Среднее количество ЖЭ у всех обследуемых составило 296,9±63. У больных с Q-инфарктом миокарда в анамнезе ЖЭ регистрировались достоверно чаще — 88,2 % случаев, по сравнению с больными с non Q-ИМ — 82,7 % (p=0,03). Отмечалось следующее распределение ЖЭ по градациям у больных с Q- и non Q-инфарктом миокарда в анамнезе: редкая ЖЭ — 70,1 % и 71,8 %, частая ЖЭ — 29,9 % и 28,2 %, ЖЭ высоких градаций (3, 4А и 4Б) — 44,2 % и 38,7 % соответственно (различия не достоверны). Следует отметить, что среди больных с non Q-инфарктом миокарда в анамнезе отмечалась следующая закономерность: у мужчин ЖЭ встречались чаще — в 90,3 % случаев, у женщин — в 70,2 % случаев (p=0,0018).

Таким образом, среди обследованных Q-ИМ достоверно чаще встречался у мужчин, по сравнению с женщинами. У больных с Q-ИМ в анамнезе ЖЭ регистрируется чаще, чем у пациентов с non Q-инфарктом миокарда. Среди больных с non Q-инфарктом миокарда у мужчин ЖЭ регистрируются чаще, чем у женщин.

0349 ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕНАЛЬНОЙ И СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Каштальян О.А., Пристром М.С.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Гестоз является важной междисциплинарной проблемой и занимает лидирующие позиции в патологии беременности. Выявление системных изменений у беременных женщин до появления клинических симптомов и своевременно начатые профилактические мероприятия, увеличивают благоприятный прогноз для матери, плода и новорожденного.

Цель исследования: изучить особенности артериальной почечной и системной гемодинамики на ранней стадии гестоза.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 43 соматически здоровых беременных женщин в конце I и начале III триместров. Ретроспективно сформированы группы, сравнимые по возрасту и срокам гестации: первая — беременные с выявленным впоследствии гестозом (n=15), вторая — физиологическая беременность (n=13), третья — беременные с выявленными после обследования воспалительными заболеваниями вирусной, бактериальной природы (n=15). Выполнено ультразвуковое исследование почечного кровотока в общих (основном стволе) почечных, сегментарных, междолевых артерий с определением относительных (уголнезависимых) показателей: RI — индекса резистентности, S/D — систолодиастолического отношения. Показатели внутрипочечной гемодинамики сопоставлялись с параметрами, полученными при эхокардиографии (ЭхоКГ).

Статистическая обработка проведена непараметрическими методами Statistica 7,0. Результаты представлены: нижний квартиль-медиана-верхний квартиль (25 %-Med-75 %).

Результаты и обсуждение. В проведенном нами исследовании показатели ЭхоКГ и почечного артериального кровотока при физиологической и осложненной беременности (воспалительными заболеваниями вирусной и бактериальной природы) не достигли уровня достоверности.

У обследованных беременных в I и III триместрах значения RI артериальных сосудов почек были в пределах нормы 0,6-0,7, RI снижался по направлению от основного ствола почечных артерий к междолевым ветвям.

При осложненной гестозом беременности отмечалось повышение периферического сосудистого сопротивления (увеличение RI, S/D) в почечных артериях. В I и III триместрах S/D у беременных с выявленным впоследствии гестозом было выше (p=0,001) в сравнении с физиологической беременностью и превышало нормальные значения 1,8-3,0. В I триместре в сегментарных артериях значения RI составили в правой: 0,65-0,67-0,67 и 0,63-0,64-0,64 (p=0,0001) и левой: 0,66-0,67-0,67 и 0,63-0,64-0,64 (p=0,0001), S/D — в правой: 2,91-2,99-3,07 и 2,68-2,75-2,77 (p=0,001), левой: 2,91-2,99-3,07 и 2,68-2,75-2,76 (p=0,001) в 1 и 2 группах соответственно. В 1 группе максимальные и минимальные значения S/D в общих почечных артериях составили 3,19-2,98 и 3,31-3,12, в сегментарных артериях 3,09-2,79 и 3,27-2,99 в I и III триместрах соответственно.

В динамике беременности выявлено увеличение сердечного индекса от 3,43-3,18-3,66 и 3,43-3,24-3,65 л/мин/м^2 в I триместре до 4,33-4,27-4,62 и 3,76-3,51-3,81 л/мин/м^2 в III триместре для осложненной гестозом и физиологической беременности соответственно. В III триместре осложненной гестозом беременности сердечный индекс (СИ) был достоверно выше (p=0,0001) в сравнении со 2 и 3 группами. Максимальные и минимальные значения СИ при физиологической беременности в III триместре составили 4,08 и 3,35 л/мин/м^2, при осложненной гестозом — 4,91 и 4,19 л/мин/м^2. Полученные в III триместре осложненной гестозом беременности показатели сердечного индекса коррелируют с динамикой изменения систолодиастолическим отношением (R=-0,53; p=0,04), индексом резистентности (R=-0,51; p=0,047) в правых междолевых артериях.

Выводы. При осложненной впоследствии гестозом беременности изменения показателей материнской почечной гемодинамики определяются в I триместре беременности, показателей системной гемодинамики — в III триместре беременности.

0350 САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН ГОРОДСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Каюмова М.М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН и ЯНЦ РАМН, Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение самооценки состояния здоровья в открытой мужской популяции 25-64 лет в возрастном аспекте.

Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. В 2008 году из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 200 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % — 850 участников. Для сбора первичной научной информации использовали сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Вопросы анкеты по отношению к своему здоровью и медицинской помощи включали мнение респондентов о методах диагностики, лечения сердечно-сосудистых заболеваний и медицинском обслуживании, сопровождались перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, как они предполагали, являлся наиболее правильным.

47,5 % мужчин отметили, что они не совсем здоровы или больны. Доля лиц, считающих себя здоровыми, составила более 50 %. Ответ "совершенно здоров" дали 2,4 % респондента. В то же время, 40,6 % мужчин не имели жалоб на свое здоровье. 90,7 % мужчин указали на недостаточную заботу о своем здоровье.

Максимальные значения категорий "не совсем здоров" и "болен" отмечались в возрастной группе 55-64 лет и составили в целом 73,9 %. С ответом "совершенно здоров" имело место минимальное количество мужчин во всех возрастных группах. Доля респондентов с ответами "здоровье хорошее" и "здоров" закономерно снижалась в старших возрастных группах. Достаточно высоким уровень жалоб на свое здоровье оказался уже в возрастной группе 25-34 лет (49,2 %), причем показатель достоверно увеличивался в каждой последующей возрастной группе. В зависимости от возраста отмечалась выраженная тенденция к увеличению заботы о своем здоровье. На вопрос: "Как по-вашему, достаточно ли Вы заботитесь о своем здоровье?", в возрастных группах были получены значимые различия. Так, ответ "да" достоверно чаще давали респонденты в возрасте 35-44 лет сравнительно со старшими возрастными группами, доля ответов "мог бы заботиться больше" и "явно недостаточно" существенно возрастала с увеличением возраста, начиная с возрастной категории 25-34 лет.

Таким образом, значимое снижение позитивной самооценки в популяции приходилось на старшие возрастные группы. В зависимости от возраста отмечалась выраженная тенденция к увеличению заботы о своем здоровье.

0351 АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЗАКРЫТОЙ (ТУПОЙ) ТРАВМЫ СЕРДЦА

Кейзер Н.П., Автухова З.М., Бондаренко Н.А.
Дальневосточный государственный медицинский университет, краевая клиническая больница № 2, Хабаровск, Россия

Цель исследования: изучение структуры закрытой травмы сердца (ЗТС) и клинических особенностей различных ее форм.

Методы. Мы провели анализ 17 историй болезни больных в возрасте от 16 до 59 лет с закрытой травмой сердца (ЗТС), госпитализированных в ККБ № 2. У 12 больных ЗТС диагностирована на фоне закрытой травмы грудной клетки (ЗТГК) или сочетанной травмы (включая ЗТГК). Для выявления различных форм ЗТС-миокардиодистрофии, некроза миокарда, разрывов клапанного аппарата, перикардита — использовались общепринятые диагностические критерии.

Результаты. Из 17 больных с ЗТС признаки травматической миокардиодистрофии (ТМКД) обнаружены у 8. Все они имели ЗТГК в результате автотравмы. На ЭКГ этих больных были преходящие нарушения процессов реполяризации в виде негативных зубцов Т. С точностью определить у них наличие кардиалгий не представлялось возможным, так как в первые после травмы дни они получали анальгетики. Из 4 случаев крупно-очагового травматического некроза миокарда (ТНМ) у 3 больных он развился после ДТП на фоне тяжелой ЗТГК. ТНМ носил у них многофокусный характер с вовлечением передней, боковой и нижней стенок левого желудочка. У одной из этих больных (в возрасте 23 лет!) зона некроза выявлена также в передней стенке правого желудочка, а по УЗИ диагностированы разрывы хорд митрального клапана, наличие экссудативного перикардита. Перед выпиской явления гипо и дискинеза в миокарде, по данным УЗИ, у нее значительно уменьшились, а через год при контрольном УЗИ сердца выявлена лишь небольшая зона дискинеза в МЖП. Развитие преходящей двух пучковой и полной блокады левой ножки отмечено у 2 больных. В лечении больных с ТНМ антикоагулянты не применялись, так как морфологической основой некрозов являются геморрагии в толщу миокарда. У одного больного с синдромом WPW и пароксизмаль-

ными нарушениями ритма ТНМ произошел в результате радиочастотной абляции. У 2-х молодых больных кардиологического отделения (с экссудативным перикардитом у одного и пароксизмом мерцания предсердий у другого) ЗТС была выявлена по данным УЗИ через 5 и 7 лет после ЗТГК. В обоих случаях имели место повреждения митрального клапана в виде разрывов хорд с развитием выраженной митральной регургитации и дилатации левого предсердия (до 4,6см). В одном случае мы наблюдали рубцовые изменения в нижней стенке ЛЖ после лучевой терапии по поводу рака молочной железы. Удару молнии в наших наблюдениях подверглись два 16-летних спортсмена, не успевшие покинуть тренировочное поле до начала грозы. Один юноша погиб сразу, а второй был госпитализирован в связи с изменениями на ЭКГ- подъемом интервала ST и двухфазным зубцом Т в отведениях V1-V3. Эти изменения сохранялись в течение нескольких часов после госпитализации, а затем исчезли. На его ЭКГ перед выпиской отсутствовала отмечавшаяся год назад и свойственная спортсменам синусовая брадикардия.

Выводы. ЗТС сердца не является редкостью при травмах грудной клетки, но может ею маскироваться. Они хорошо диагностируются, прежде всего, с помощью таких доступных методов, как ЭКГ и УЗИ сердца.

0352 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МАССЫ ТЕЛА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Керимкулова А.С., Амренова К.Ш., Досбаева А.М., Адиева М.К.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель. Изучить влияние избыточной массы тела и абдоминального ожирения у больных артериальной гипертензией в зависимости от пола.

Методы исследования. Проанализированы данные исследований больных артериальной гипертензией за период с 2008 по 2009 годы, проведенных в диагностическом центре и ЦПМСП № 12 г.Семей (центр первичной медико-санитарной помощи). Для изучения использованы данные амбулаторных карт 616 больных артериальной гипертензией и 442 здоровых лиц. В группу включения для проведения анализа вошли данные больных артериальной гипертензией 2 степени (согласно рекомендациям ВОЗ-МОГ, 1999). Критериями не включения в анализируемую группу было: наличие других заболеваний органов кровообращения, пороки сердца, сердечная недостаточность. Группа сравнения — здоровые лица в отношении патологии сердечно-сосудистой системы и признаков повышения АД. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ (ППС) STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США).

Полученные результаты. В исследовании изучались данные 2 групп: больных артериальной гипертензией 2 степени (всего 616 человек, 28 % мужчин и 72 % женщин) и группа сравнения, здоровые лица в отношении патологии сердечно-сосудистой патологии (n=422, 39 % мужчин и 61 % женщин). Основные показатели в группе женщин (n=446), больных артериальной гипертензией определялись (в скобках указана медиана и интерквартильный размах) по: возрасту (62; от 56 до 70); систолическое артериальное давление (САД 150; от 140 до 160); диастолическое артериальное давление (ДАД 90; от 85 до 100); индекс массы тела (ИМТ 30 кг/м^2; от 26 до 33); индекс талия/бедра (ИТБ = ОТ/ОБ 0,86; от 0,81 до 0,90). Соответственно в группе мужчин (n=170), больных артериальной гипертензией по: возрасту (61; от 56 до 68); САД (150; от 140 до 160); ДАД (от 90; от 80 до 100); ИМТ (28; от 24 до 31); ИТБ (0,92; от 0,89 до 0,98). Уровни АД определялись на момент осмотра, и у большинства больных на фоне нерегулярного приема гипотензивных препаратов (до 80 % больных). При сравнении двух групп больных по полу при сопоставлении с другими признаками с помощью U-критерия Манна-Уитни выявлено существование различий групп по следующим признакам: по росту с уровнем статистической значимости p<0,0001; по весу (p=0,0002); по ИМТ (p=0,001); по объему бедер (p=0,0005); по ИТБ (p<0,0001). Обнаружены различия показателей в группе сравнения в зависимости от пола и между основными группами.

Выводы. Проведенное исследование показала важность учета показателей оценивающих признаки избыточной массы тела и абдоминального ожирения. Статистически достоверные различия в показателях ИМТ и ИТБ в группе больных артериальной гипертензией и здоровых лиц с учетом пола может свидетельствовать о необходимости дифференцированного подхода к больным артериальной гипертензией в зависимости от пола.

0353 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАСЕЛЕНИЯ БЫВШЕГО СЕМИПАЛАТИНСКОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА

Керимкулова А.С., Молдагалиева Ж.Т., Нуралинова Г.Ж., Пуджа О.В.
Государственный медицинский университет, Консультативно-диагностический центр, Семей, Казахстан

Цель. Изучить распространенность артериальной гипертензии по результатам I скрининга и углубленного обследования, пострадавших от действия бывшего Семипалатинского ядерного полигона, созданная при поддержке Японского Агентства по международному сотрудничеству “JICA” совместно с консультативно-диагностическим центром г.Семей.

Методы исследования. Проведено анкетирование и обследование населения бывшей Семипалатинской области Республики Казахстан, прилегающее к ядерному полигону (включающее г.Семей, г.Курчатов, Абайский, Абралинский, Аягузский, Бескарагайский, Бородулихинский, Глубоковский, Жарминский, Жанасемейский, Зыряновский, Кокпектинский, Таргабатайский, Уланский, Урджарский, Шемонаихинский районы). Использована специально созданная анкета с включением подробного медицинского обследования. Из представленных в анкете сведений использована информация: общие сведения об обследуемом (возраст, пол, уровень артериального давления), о состоянии здоровья на момент обследования, анамнез перенесенных заболеваний (с указанием на наличие гипертонии и других сердечно-сосудистых заболеваний).

Полученные результаты. По результатам проведенного скрининга всего обследовано 24659 человек, из них мужчин 30 % (7476), женщин 70 % (17209), за период с 2002 по 2009 годы. Выявлено больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями 20633 (84 %), из них больных, имеющие артериальную гипертензию 20106 (82 %), артериальная гипертензия без сопутствующих других заболеваний сердца определена у 8507 (34 %) человек. Из числа всех обследованных, по уровню АД (согласно рекомендациям ВОЗ-МОГ, 1999) 4839 человек (20 % из общего числа обследованных) распределились в следующем порядке: 1 степени 1999 (41 %), 2 степени 1020 (21 %), 3 степени 1820 (38 %). Больные артериальной гипертензией без других заболеваний сердечно-сосудистой системы, 3127 человек (13 % из общего числа обследованных), были распределены по уровню артериального давления: 1 степени 1027 (33 %), 2 степени 677 (22 %), 3 степени 1423 (46 %). Указания в анамнезе на наличие артериальной гипертензией определено у 7529 опрошенных (тогда как указания на инфаркт миокарда составило 457, стенокардию 2110, наличие клапанных нарушений 270, инсульт 328, другие заболевания сердца 5526).

Выводы. Результаты проведенного скрининга показали высокую распространенность сердечно-сосудистой патологии у жителей бывшего Семипалатинского региона (до 84 %), что значительно выше показателей многих странах мира. Обнаружен высокий удельный вес больных имеющих высокие цифры АД (до 82 %), процент больных артериальной гипертензией, без какой-либо другой патологии сердечно-сосудистой

патологии также достаточно велик (до 34 %). Выявлена значительная доля пациентов с артериальной гипертензией высокой градации (III степени), которая составила 46 %, что может указывать на недостаточное выявление и эффективное лечение больных и необходимость в проведении активных лечебно-оздоровительных мероприятий в регионе.

0354 ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ

Киприна Е.С., Веремеев А.В., Шмидт Е.А., Бернс С.А.
УРАМН НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Целью исследования явилось изучение роли маркеров эндотелиальной дисфункции в развитии острого коронарного синдрома.

Материалы и методы: Были обследованы 40 больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST, поступивших в клинику учреждения в 2008 году. Материалом для исследования служила периферическая кровь, забранная из кубитальной вены в первые сутки после дебюта ОКС и на десятые сутки после проведения чрескожной транслюминальной ангиопластики. Пробирки центрифугировали на рефрижераторной центрифуге "Eppendorf Centrifuge 5804R" (Eppendorf, Germany) при 3000 об/мин 15 мин. В отделившейся сыворотке определяли уровень интерлейкина 10 (ИЛ-10); интерлейкина 6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли (ФНО) ("Invitrogen Corporation", USA) количественным методом твёрдофазного иммуноферментного анализа (ELISA). Измерение содержания исследуемых показателей проводили на иммуноферментном планшетном ридере "Униплан" (ПИКОН, Россия). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.0". Для описания признаков с отличным от нормального распределения указывали медиану с указанием межквартильного размаха — 25-й и 75-й процентили. Для оценки достоверности различий выборок, не подчиняющихся нормальному распределению, использовали непараметрический критерий Вилкоксона-Манна-Уитни. Различия считали достоверными при уровне значимости 0,05 ($p<0,05$).

Результаты исследования: В результате проведенных исследований выяснилось, что уровень ФНО на первые сутки от развития симптомов ОКС составил 5,48 пг/мл ($4,5<5,48<7,4$), тогда как на 10-е сутки после проведения ЧТКА его концентрация достоверно ($p=0,03$) увеличивалась на 41 % и достигала уровня 9,3 пг/мл ($5,7<9,3<12,6$). Противоположная динамика наблюдалась при анализе содержания провоспалительного цитокина ИЛ-6. Так на первые сутки концентрация данного маркера составила 4,61 пг/мл ($1,9<4,61<8,3$), а на 10-е сутки концентрация достоверно ($p=0,002$) снижалась на 69,1 % до уровня 1,42 пг/мл ($0,09<1,42<4,4$). Анализ содержания противовоспалительного цитокина — ИЛ-10 показал статистически значимое ($p=0,04$) снижение на 53,1 % концентрации данного маркера на 10 сутки от дебюта ОКС. Так на первые сутки его концентрация составила 2,58 пг/мл ($1,2<2,58<3,6$), а на 10-е -1,21 пг/мл ($0,9<1,21<1,7$).

Заключение: После проведения ЧТКА на 10 сутки от начала симптомов ОКС наблюдалось достоверное увеличение концентрации ФНО и уменьшение уровня ИЛ-10 и ИЛ-6, что, вероятно, свидетельствует об интенсификации воспалительного процесса.

0355 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Китаева Е.А., Туев А.В., Хлынова О.В.
ГОУ ВПО "ПГМА им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава", Пермь, Россия

Цель работы: изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ), ассоциированной с язвенной болезнью (ЯБ).

Материалы и методы: Обследовано 22 пациента мужского пола в возрасте от 20 до 57 лет, страдающих ЭАГ в сочетании с ЯБ (средний возраст — 39,6±14 лет, средний ИМТ — 29,7±3 кг/м^2). Среди исследуемых курящими были 16 человек (73 %). Отягощенная наследственность по ЯБ была выявлена у 13 человек (59 %), по ЭАГ — у 14 человек (63,6 %). Группу сравнения составили 23 пациента с изолированно протекающей ЭАГ, сопоставимых с основной группой по полу, возрасту, ИМТ, курению. Для верификации диагноза ЯБ выполнялась ЭФГДС. Мониторирование АД проводилось с использованием системы "Кардиотехника 004 — АД1", Инкарт, Санкт-Петербург. Статистическая обработка полученных данных выполнена с использование программы STATISTICA 6.0. Нулевая гипотеза отвергалась при значении уровня статистической значимости $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение: Средние значения САД и ДАД в дневные часы были достоверно выше в группе пациентов с изолированно протекающей ЭАГ (142,8±15,4 мм рт.ст. против 135,2±7,7 мм рт.ст. ($p=0,02$), и 88,8±12,4 мм рт.ст. против 81,0±6,4 мм рт.ст. соответственно ($p=0,01$). Значения среднего АД, максимального и минимального среднего АД, минимального ДАД в период бодрствования также были достоверно выше в группе изолированного течения ЭАГ ($p < 0,05$). Вместе с тем, при сравнении аналогичных показателей в ночные часы статистически значимых отличий между группами не наблюдалось ($p>0,05$). Также сопоставимы были и показатели, характеризующие суточный ритм АД, у пациентов с изолированно протекающей ЭАГ и пациентов с сочетанной патологией.

Как в период сна, так и в период бодрствования статистически значимые различия наблюдались при сравнении показателей нагрузки систолическим и диастолическим АД. Так, гипертензивные индексы нагрузки САД в дневные часы были достоверно выше в группе изолированного течения ЭАГ (58,31±22,12 % против 36,06±13,47 % ($p=0,001$). Достоверные отличия наблюдались также и для гипертензивных индексов нагрузки ДАД в дневные часы, для индексов времени гипертензии САД и ДАД, индекса площади ДАД ($p<0,05$).

Гипотензивные индексы нагрузки ДАД в дневные часы были достоверно выше в группе пациентов с сочетанной патологией ($p<0,05$).

Выводы. Результаты исследования показали, что пациенты, страдающие изолированно протекающей ЭАГ, характеризуются наличием статистически значимой более высокой гипертонической нагрузки по сравнению с пациентами, страдающими сочетанием ЭАГ и ЯБ, что выражается в значительно более высоких показателях средних величин АД, гипертензивных индексов нагрузки давлением, как для САД, так и для ДАД. Данные особенности суточного профиля АД свидетельствуют о более "тяжелом" течении артериальной гипертензии у этой категории больных и могут быть предиктором бо́льших осложнений по сравнению с группой сочетанной патологии.

0356 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ

Климова Т.М., Федорова В.И., Балтахинова М.Е.
ФГНУ "Институт здоровья", Якутск, Россия

Климатогеографические факторы Севера обуславливают наличие у коренного населения этих регионов особых адаптивных механизмов выработавшихся в процессе эволюции, в реализации которых важную роль играют особенности обмена липидов. В связи с этим целью исследования было изучение липидных параметров и частоты липидных нарушений среди коренного населения Якутии.

Материал и методы: одномоментное стандартизованное эпидемиологическое выборочное исследование проведено среди неорганизованного коренного населения 4 районов

Республики Саха (Якутия). Обследовано 834 человека (458 женщин и 376 мужчин) в возрасте 20-69 лет (отклик 76 %). Проведен медико-социологический опрос, антропометрия, измерение артериального давления, забор венозной крови в утренние часы натощак, спустя 10-12 часов после приема пищи. Определение концентрации общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) (в плазме крови) проведено на биохимическом анализаторе CardioChekTM P·A (PTS). Расчет содержания холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) произведен по формуле Фридвальда.

Статистическая обработка материалов: статистический анализ данных проведен с использованием пакета STATISTICA 8.0. Вычисление стандартизованных показателей проводили прямым методом, за стандарт принята структура населения мира (2001).

Результаты и обсуждение: Стандартизованный по возрасту показатель (СПВП) содержания ОХС в плазме крови для женской популяции составил 188 мг/дл, для мужской — 178 мг/дл; ХС ЛПВП — 58 мг/дл и 48 мг/дл (p=0,001); ХС ЛПНП — 122 мг/дл и 112 мг/дл соответственно. Медиана значения индекса атерогенности в популяции составила 2. Концентрация ТГ у мужчин составила 68 мг/дл, у женщин 71 мг/дл. ГХС (ОХС 190 мг/дл и более) выявлена у 47 % обследованных женщин и 33 % мужчин (p=0,001). Распространенность ГТГ (ТГ 150 мг/дл и более) составила 10-11 % среди женщин и мужчин. Стандартизованные по возрасту показатели распространенности гипоальфахолестеринемии у женщин (ХС ЛПВП 46 мг/дл и менее) и мужчин (40 мг/дл и менее) практически не различались (25 %). В целом, частота дислипидемий среди коренной популяции составила 63 % среди женщин и 55 % среди мужчин. IIa фенотип гиперлипидемий имеют 57 % женщин и 43 % мужчин с ДЛП. IIb фенотип установлен у 10 % женщин и 8 % мужчин с ДЛП. То есть, у 67 % женщин и 51 % мужчин с ДЛП выявленные нарушения липидного обмена относятся к атерогенным. При учете частоты сниженного уровня ХС ЛПВП, 78 % дислипидемий среди обследованных женщин и 70 % среди мужчин носят атерогенный характер.

Таким образом, особенностью липидного спектра коренного населения Якутии является низкое содержание ТГ в плазме крови и незначительная частота нарушений, связанных с его повышенными уровнями. Атерогенные дислипидемии среди коренной популяции связаны в основном с повышением ОХС, за счет ХС ЛПНП и сниженными уровнями ХС ЛПВП.

0357 ВЛИЯНИЕ ЛАКТОЛИКОПИНА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Клочков В.А., Чалык Н.Е., Ансимова О.М., Петрова М.В., Радаева И.Ю., Petyaev I.*

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия; Cambridge Theranostics LTD*, Cambridge, Великобритания

Ликопин — ациклический каротиноид, содержащийся во фруктах и овощах, способный за счет множества непредельных связей эффективно инактивировать свободные радикалы, тормозить перекисное окисление липидов и влиять на вазомоторную функцию эндотелия. Лактоликопин — лекарственная форма ликопина, конденсированного на молочном белке, обладающая повышенной биодоступностью. Критерием включения был уровень систолического артериального давления (АД) в пределах 120-139 мм рт.ст. или диастолического АД 80-89 мм рт.ст.

Цель исследования. Изучение действия лактоликопина на артериальное давление и липидный обмен у больных с впервые выявленной предгипертонией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 пациентов (29 мужчин и 18 женщин в возрасте 27 — 48 лет) с впервые выявленной артериальной гипертонией I степени. Диагноз верифицирован данными клинического измерения артериального давления (офисное АД) и домашнего мониторинга (измерение АД утром и вечером в течение недели с подсчетом средней величины за этот период) без сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Исследовались уровни общего холестерин (ХС) и триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой (ЛВП) и низкой (ЛНП) плотности. Пациентам назначался лактоликопин в дозе 10 мг однократно на ночь (с учетом ночного пика синтеза холестерина). Других антигипертензивных и липиднижающих препаратов пациенты не принимали, специальной диеты не придерживались. Курс лечения составил 8 недель.

Результаты исследования. Средний уровень АД в группе исходно составил 135/88 мм рт.ст., уровень холестерина — 195,1 мг/дл, уровень триглицеридов — 120,7, ЛВП — 40,5 и ЛНП — 135,5 мг/дл. После окончания двухмесячного курса лечения лактоликопином исследуемые показатели приобрели следующие значения. Средний уровень АД в группе составил 127/80 мм рт.ст (p<0,05), уровень холестерина в сыворотке крови составил 149,3 (p<0,001), триглицеридов — 100,3, ЛВП — 44,5 и ЛНП — 118,5 (p< 0,001).

Выводы. Прием лактоликопина в дозе 10 мг больными артериальной гипертонией приводит к статистически достоверным положительным сдвигам в уровне как систолического, так и диастолического давления. Отмечено также достоверное воздействие указанного препарата на липидный спектр крови.

0358 БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ С ИЗОЛИРОВАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ковалев Д.В., Скибицкий В.В., Курзанов А.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, ФГУЗ "МСЧ ГУВД по Краснодарскому краю", Краснодар, Россия

Одни и те же стрессогенные факторы у разных людей могут приводить к различным изменениям артериального давления (АД). Выявление лиц, реагирующих на стресс более значительным повышением АД, и изучение различных физиологических особенностей регуляторных процессов в их центральной нервной системе представляет собой весьма актуальную задачу, так как позволяет выделить группу риска по развитию артериальной гипертонии (АГ). Одним из вариантов так называемой стресс-индуцированной АГ является изолированная клиническая артериальная гипертония (ИКАГ) или гипертония "белого халата" — феномен воспроизводимого повышения АД при измерении в клинических условиях при нормальном уровне АД по данным суточного мониторирования и/или в домашних условиях.

Цель исследования: изучить особенности биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга у лиц с ИКАГ по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Материал и методы. Обследовано 40 человек с ИКАГ (I группа, 29,7±3,4 лет, 22 женщины). Контрольную (II) группу составили 28 человек с нормальным АД, достоверных отличий по возрастно-половому составу между группами не было. Всем обследуемым была выполнена ЭЭГ на электроэнцефалографе-анализаторе "Энцефалан-131-03" (Россия) в состоянии расслабленного бодрствования с закрытыми глазами с наложением электродов по системе "10-20" и раздельными ипсилатеральными ушными референтами.

Результаты. Уже при визуальном анализе электроэнцефалограмм было отмечено, что в I группе преобладали типы кривых с доминированием активирующих влияний со стороны ретикулярной формации на кору головного мозга. Это выражалось в преобладании десинхронизации, снижении

индекса и амплитуды альфа-активности, смещении верхней границы частоты навязанного ритма световых мельканий в сторону увеличения последней. При проведении когерентного анализа было выявлено снижение показателей когерентности в альфа-диапазоне как между некоторыми различными областями одного полушария, так и между гомологичными отделами разных гемисфер.

Заключение. БЭА головного мозга у пациентов с ИКАГ характеризуется преобладанием процессов десинхронизации, что в целом характерно для лиц с более возбудимым психотипом. Кроме того, у данного контингента, по сравнению с лицами с нормальным уровнем АД, обнаружено снижение показателей внутри- и межполушарной когерентности в альфа-диапазоне.

0359 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОФИЗОПАМА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Ковалев Д.В., Скибицкий В.В., Курзанов А.Н.
Кубанский государственный медицинский университет, ФГУЗ "МСЧ ГУВД по Краснодарскому краю", Краснодар, Россия

Известно, что в настоящее время увеличивается распространенность тревоги как в популяции вообще, так и среди больных с сердечно-сосудистой патологией. Тревожное расстройство, коморбидное артериальной гипертонии (АГ), не может не оказывать влияния на эффективность лечения. Естественно предположить, что включение в состав терапии корректора тревоги способно улучшить результат антигипертензивной терапии (АГТ).

Цель исследования: сравнить у больных с АГ и наличием выраженного аффекта тревоги эффективность и безопасность изолированной АГТ и комбинированной АГТ с включением в ее состав анксиолитика тофизопама (грандаксин, Egis).

Материал и методы. Обследовано 40 больных (средний возраст 46,0±4,2 года, 22 женщины) АГ различных степеней с наличием выраженной ситуативной тревожности, оцененной по опроснику Спилбергера-Ханина. Пациенты были рандомизированы на две группы по 20 человек, не отличающиеся между собой по возрастно-половому составу, уровню артериального давления (АД) и выраженности тревоги. Пациентам обеих групп была назначена АГТ фозиноприлом в индивидуально подобранной дозе (10-20 мг/сут). При недостаточном антигипертензивном эффекте был подключен гидрохлортиазид 6,25-25 мг/сут. Кроме того, пациенты I группы получали тофизопам 100 мг/сут в два приема (утром и днем). Исходно и через шесть месяцев оценивали уровень АД по данным суточного мониторирования, ситуативную и личностную тревожность (СТ и ЛТ) по шкале Спилбергера-Ханина, качество жизни (КЖ) по методике Д.М.Аронова с соавторами (2002). Для оценки безопасности тофизопама в обеих группах фиксировались случаи нежелательных явлений.

Результаты. Собственно антигипертензивный эффект по данным суточного мониторирования АД был удовлетворительным и между группами достоверно не отличался. Как в каждой группе в начале и конце периода наблюдения, так и между группами не было достоверных отличий и в ЛТ. В то же время следует отметить снижение СТ в I группе как по сравнению с исходным значением в данной группе, так и с уровнем СТ в конце периода наблюдения в группе контроля. КЖ достоверно улучшилось в ходе терапии в обеих группах. При межгрупповом сравнении в конце периода наблюдения КЖ в I группе было также достоверно более высоким. Из нежелательных явлений у двух больных из каждой группы отмечалась тошнота, у двух пациентов из I группы и одного — из II ($p>0,05$, точный критерий Фишера) — боль в эпигастральной области. Указанные явления были нестойкими и спонтанно прошли через один-два дня лечения. Вышеприведенные данные свидетельствуют о безопасности тофизопама в составе применяемой комбинированной АГТ.

Заключение. У пациентов с АГ и коморбидным тревожным расстройством включение в состав АГТ тофизопама в дозе 100 мг/сут безопасно и позволяет достичь как достоверной редукции аффекта тревоги, так и более значимого улучшения качества жизни.

0360 АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ТЕРАПЕВТАМИ ЦРБ

Коваленко Е.В., Самородская И.В.*
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия; ГУ НЦССХ им А.Н.Бакулева РАМН*, Москва, Россия

Цель исследования: изучить практику оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в ЦРБ Саратовской области, в штате которой нет врачей кардиологов.

Материалы и методы исследования: проведён экспертный анализ всех историй болезни пациентов, лечившихся с диагнозом острый инфаркт миокарда в одной из ЦРБ Саратовской области в 2009г. В данном стационаре отсутствует кардиологическое отделение. В штате стационара нет врача-кардиолога.

Результаты исследования. Проанализировано 35 историй болезни. Во всех историях болезни имелось подробное описание жалоб и анамнеза болезни, на ЭКГ зарегистрирована динамика, характерная для ОИМ. 19 больных при поступлении имели подъем сегмента ST на ЭКГ (ОИМпST), 16 больных не имели подъема сегмента ST на ЭКГ (ОИМ БП ST). В 8 случаях ОИМ был повторным. 2 больных госпитализировались дважды по поводу ОИМ в течение 2009г. Средний возраст составил 66,08±14,17лет. Преобладали мужчины (21 мужчина и 14 женщин). 27 больных доставлены скорой помощью, 6 госпитализированы с приёма терапевта поликлиники, 2 госпитализирован при самообращении. Среди направительных диагнозов встречались в 10 случаях ОИМ, в 14-острый коронарный синдром, в 3-впервые возникшая стенокардия, в 4 — нестабильная стенокардия, в 1 — пароксизмальная тахикардия, в 1-острый холецистопанкреатит. 28 больных (80 %) госпитализированы в первые сутки заболевания, медиана времени от начала симптомов до госпитализации в стационар составила 180 мин.

25 больных имели артериальную гипертонию, 1- сахарный диабет 2 типа, 1- язвенную болезнь желудка, 1-ХОБЛ, 2-анемию, 1 перенёс инсульт.

Экстренные лабораторные исследования не проводились. Определение общей КФК проведено у 26 больных (74 %), другие "маркёры некроза миокарда" не определялись. Тромболитическая терапия при ОИМпST не проведена ни у одного больного (даже в случаях своевременной госпитализации и отсутствии противопоказаний). Нефракционированный гепарин (НФГ) был назначен 30 больным (86 %). 20 больным 10 тыс.ед введено однократно в/в капельно, с последующим п/к введением, 10 больным НФГ вводился только п/к "по схеме", принятой в данной ЦРБ. Число тромбоцитов и гематокрит не контролировались, всем определялись ПТИ и время свертывания крови до 6 раз. Аспирин назначен 74 % больных. Нагрузочная доза при поступлении давалась только 11 больным (31 %). В остальных случаях аспирин был назначен по таб в обед, независимо от времени поступления в стационар. Нитраты назначены в 97 % случаев, β — блокаторы — 71 %, ингибиторы АПФ -63 %, статины — 11 %. ЭхоКГ и нагрузочная проба не проводились. Средняя продолжительность госпитализации 15,5 дней. Умерло 10 больных (28,6 %), в том числе при ОИМпST 7 больных (летальность 36,8 %), при ОИМ БП ST — 3 больных (летальность 18,7 %). Ни один пациент не был направлен на реваскуляризацию миокарда.

Выводы: Тактика ведения больных ОИМ частично соответствует международным принципам и российским инструктивным документам, регламентирующим оказание медицинской помощи при ОИМ.

0361 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЕНОТИПОВ ПО ПОЛИМОРФНОМУ МАРКЕРУ G3673A ГЕНА VKORC1 У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кожахметова С.С., Акильжанова А.Р., Романова А.А., Раманкулов Е.М., Момыналиев К.Т.
"Национальный центр биотехнологии РК", Астана, Казахстан

Несмотря на многолетний опыт и многочисленные исследования, антикоагулянтная терапии при ишемической болезни сердца остаются не решенными. Оральные антикоагулянты-антивитамина К являются краеугольным камнем современной противотромботической терапии. Современные доказательные исследования показали их высокую эффективность для профилактики системных эмболий, ассоциированных с фибрилляцией предсердий или предотвращения инсульта и повторного инфаркта миокарда.

Однако при применении непрямых антикоагулянтов врачи сталкиваются с проблемой развития нежелательных реакций в виде кровотечений. Несмотря на внедрение метода подбора режима дозирования непрямых антикоагулянтов под контролем международного нормализованного отношения, частота кровотечений при применении препаратов из данной группы остается высоким и составляет, по данным разных авторов, от 10 до 25 %. В настоящее время выявлено множество факторов ведущих к развитию кровотечений, среди которых наиболее значимым является генетическая предрасположенность: полиморфизм гена CYP2C9, кодирующего основной фермент биотрансформации непрямых антикоагулянтов, а также полиморфизм гена VKORC1, кодирующий 1 субъединицу витамин — К эпоксид редуктазы, которая является "мишенью" для непрямых антикоагулянтов.

Целью настоящего исследования являлось изучение распространенности генотипов по полиморфному маркеру G3673A гена VKORC1 у больных с инфарктом миокарда.

Методы исследования. Для изучения полиморфизма гена VKORC1 были обследованы 13 больных с диагнозом инфаркт миокарда. ДНК экстрагировали с помощью набора "DNA Purification Kit" (фирмы Promega) согласно протоколу. Качество геномной ДНК контролировали с помощью электрофореза в агарозном геле. Количество ДНК определяли с помощью спектрофотометра Nano Drop ND 1000. Фрагмент гена, содержащего область анализируемого полиморфизма, получали в ходе полимеразной цепной реакции, амплификации при помощи олигонуклеотидных пар праймеров. Для идентификации точечных однонуклеотидных замен в генах применяли секвенирование с помощью 96 — капиллярного генетического анализатора 3730XL Genetic Analyzer (Applied Biosystems).

Полученные результаты. В результате проведенных исследований показано, что в группе больных инфарктом миокарда больше всего встречается генотип GA — 61,5 % и генотип AA — 30,8 %, тогда как генотип GG встречается только в 7,7 % случаев.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы при расчете безопасных доз варфарина у больных с инфарктом миокарда.

0362 МОНОМОРФНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ — ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

Козий А. В., Олесин А.И., Шабров А.В.
Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — оценка течения нейроциркуляторной дистонии (НЦД), осложненной желудочковой экстрасистолией (ЖЭ).

Наблюдалось 123 пациентов НЦД, осложненной ЖЭ > 10 в ч в возрасте от 18 до 35 лет. У 38(30,89 %) пациентов была выявлена левоЖЭ (ЛЖЭ), — у остальных правоЖЭ (ПЖЭ). Всем пациентам определялись предикторы развития жизнеугрожающих желудочковых аритмий. Длительность наблюдения составила до 10 лет.

Результаты проспективного наблюдения показали, что у 34(29,31 %) было выявлено развитие ишемической болезни сердца (ИБС), у 31(15,58 %) — гипертонической болезни (ГБ), у 10(5,03 %) — пролапс митрального клапана (ПМК) в течение 1-8 лет после первого обследования, а у остальных — заболеваний кардиоваскулярной системы выявлено не было. Наибольшая положительная прогностическая значимость (>60 %) в отношении развития ИБС была выявлена для монотопной ЛЖЭ (89,47 %), а ГБ — для мономорфной ПЖЭ (69,54 %).

0363 МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА

Козлова И.Ю., Сейсембеков Т.З., Иманкулов С.Б., Кенжина З.З.
АО "Медицинский университет Астана" и ННМЦ, Астана, Казахстан

Методы изучения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) при артериальной гипертензии (АГ) основаны на физической или химической её стимуляции.

Цель исследования. Разработка физиологически обоснованного и функционально полноценного, легко воспроизводимого и непродолжительного по времени способа оценки состояния артерий и ЭЗВД у больных АГ в условиях искусственной артериальной гиперемии методом триплексного сканирования.

Материал и методы исследования. Обследовано 18 больных АГ 2 ст.(10 чел) и 3 ст. (8 чел). Все больные ранее не получали регулярной гипотензивной терапии. Контрольную группу составили 11 практически здоровых добровольцев. Проводилось ультразвуковое триплексное сканирование плечевой артерии (ПА) с помощью линейного датчика, работающего в частотном диапазоне от 4,0 до 7,0 МГц на аппарате HDI-1500 (Philips) в трех режимах: двумерную серошкальную эхографию — В-режим, спектр сдвига допплеровских частот и цветное допплеровское кодирование. Перед исследованием исключается прием любых лекарств, кофе, алкоголя и курение в течение 24 часов. Перед проведением сканирования обследуемый находится в горизонтальном положении не менее 10 мин. Датчик устанавливается на внутренней поверхности верхней трети плеча. В исходном состоянии измеряется внутренний диаметр ПА. Затем накладывается манжетка сфигмоманометра ниже места локации и нагнетается давление (280-300 мм рт. ст.) до полного прекращения кровотока в ПА. Компрессия продолжается в течение 5 минут. На 1, 3 и 5 минутах компрессии и сразу же после декомпрессии проводится измерение диаметра ПА. Также измеряется время восстановления исходного диаметра артерии после декомпрессии.

Результаты. Выявлено достоверное исходное увеличение внутреннего диаметра ПА у больных АГ 2 ст.= 0,39±0,01 и АГ 3 ст.= 0,45±0,015 (в контроле = 0,36±0,02). При проведении компрессионной пробы у здоровых через 1 мин. сдавления отмечалось компенсаторное расширение артерии до 0,40±0,02 (на 10,7 %), через 3 мин. продолжалось дальнейшее расширение ПА 0,41±0,02 (на 15 % от исходного), оставаясь на этом же уровне через 5 мин. компрессии. Сразу же после декомпрессии наблюдалось уменьшение диаметра сосуда, восстановление исходных параметров в группе здоровых лиц зафиксировано в среднем через 0,60±0,16 мин. У больных АГ как 2, так и 3 ст. при компрессии также отмечалось расширение артерии, но достоверно меньше, чем в контроле -в среднем на 3,2-6,9 % от исходного. При декомпрессии у большинства больных АГ в отличии от здоровых

наблюдалось парадоксальное расширение ПА, зависящее от степени гипертензии, в среднем при АГ 2 ст. на 3 %, при АГ 3 ст. на 6 %. Время восстановления исходного диаметра ПА у больных АГ было замедленным, при АГ 2 ст. до 1,2±0,37 и более выражено при АГ 3 ст. до 2,5±0,32 мин. Следовательно, выявленные изменения диаметра ПА у больных АГ в условиях искусственной артериальной гиперемии свидетельствуют о наличии эндотелиальной дисфункции.

0364 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АРИТМИИ — ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Козловский В.И., Шафик Азиз.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель. Определение частоты и характера нарушений ритма сердца у больных с различными функциональными классами хронической сердечной недостаточности (ХСН), проживающих в Витебске.

Материал и методы исследования. Обследованы 148 больных хронической сердечной недостаточностью I-IV ФК по NYHA, госпитализированных в кардиологическое отделение Центральной городской больницы г. Витебска. Основные причины ХСН: ИБС, в сочетании с АГ — 88, сахарным диабетом — 25. Мужчин было 66, женщин — 82. Средний возраст 58±2,4 лет. С помощью ЭхоКГ в М- и В-режимах определяли показатели систолической и диастолической функций миокарда. Длительность наблюдения составила 3 года. Регистрировали причины смерти.

Результаты. У больных с I ФК (n=27) суправентрикулярная экстрасистолия (ЭС) была у 2 (7,4 %) пациентов, ЭС из АВ соединения — у 3 (11,1 %), желудочковая ЭС — у 8 (39,6 %). У больных II ФК (n=38) суправентрикулярная ЭС была у 7 (18,4 %) больных, из АВ соединения — у 1 (2,6 %), желудочковая — у 9 (23,7 %), пароксизмы мерцательной аритмии — у 5 (13,1 %), желудочковые тахикардии — у 1 (2,6 %).

У больных III ФК (n=62) суправентрикулярная ЭС была у 22 (35,5 %) больных, из АВ соединения — у 7 (11,3 %), желудочковая ЭС — у 31 (50 %). Пароксизмы мерцательной аритмии были у 14 (22,6 %) больных, желудочковые тахикардии — у 2 (3,2 %). У больных IV ФК (n=21) суправентрикулярная ЭС была у 11 (52,4 %) больных, из АВ соединения — у 2 (9,5 %), желудочковая ЭС — у 16 (76,2 %). Пароксизмы мерцательной аритмии — у 12 (57,1 %) больных, желудочковые тахикардии — у 2 (9,5 %).

Частота аритмий достоверно коррелировала с конечным систолическим (r=0,54, p<0,05) и диастолическим (r=0,57; p<0,05) размером левого желудочка.

За период наблюдения умерло 42 пациента. Основными причинами были: инфаркт миокарда — 3, инсульт — 8, прогрессирование ХСН — 10, травмы — 1, пароксизмы аритмий — 20 (47,6 %).

Выводы. У больных ХСН в связи с ИБС, проживающих в Витебске более высокие функциональные классы хронической сердечной недостаточности сопровождаются повышением частоты как суправентрикулярных, так и желудочковых аритмий, частота которых достоверно коррелирует с дилатацией полостей левого желудочка.

Основной причиной госпитализаций в кардиологические и терапевтические отделения ХСН является мерцательная аритмия и связанное с ней прогрессирование сердечной недостаточности.

0365 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТОТЫ НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ № 2 ВИТЕБСКА

Козловский В.И., Дубас И.О., Селезнева О.М.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель. Оценка связи частоты инфекционных респираторных заболеваний (ИРЗ) и некоторых ССЗ и развития острых и обострений хронических форм ССП у лиц различного возраста в районе обслуживания поликлиники.

Материал и методы. Регистрировали случаи некоторых инфекционных респираторных заболеваний (ИРЗ), острые и обострения хронических сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов поликлиники № 2 Витебска (район обслуживания — 56000 человек) с 2004г по 2008г. Определяли корреляционную связь между частотой ИРЗ и ССЗ с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. Число зарегистрированных заболеваний за 5 лет — 47255. Число впервые возникшей и обострений хронической ССП достоверно коррелирует с числом внегоспитальных пневмоний (ВП) (r=0,43; p=0,01), острых вирусных инфекций (ОРВИ, r=0,73; p<0,01) и обострений хронического бронхита (ХБ, r=0,51; p<0,01). Установлены достоверные корреляции между числом нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и обострений ХБ (r=0,41; p=0,01), гриппа и ОРВИ (r=0,6; p<0,01). Число гипертонических кризов (ГК) коррелирует с числом ОРВИ и гриппа (r=0,65; p<0,01), обострений ХБ (r=0,67; p<0,01), ВП (r=0,34; p=0,02). Прогрессирующая стенокардия (ПС) имеет корреляцию с обострениями ХБ (r=0,71; p<0,01) и ВП (r=0,38; p=0,03). В группе 30-39 лет достоверно коррелируют (r=0,48; p<0,01) число ГК и ИРЗ; 40-49 лет выявлена связь между числом ССЗ и ИРЗ (r=0,54; p<0,01), причем наибольшие значения коэффициента корреляции (КК) оказались между числом гипертонических кризов и гриппа и ОРВИ (r=0,56; p<0,01). В группе 50-59 лет обнаружена высокая корреляция между числом ССЗ и ИРЗ (r=0,65; p<0,01). Наибольший КК обнаружен между частотой гриппа и ОРВИ и частотой ГК (r=0,64; p<0,01), ПС и обострений ХБ (r=0,4; p=0,02). У лиц 60-69 лет выявлена корреляция между числом ССЗ и ИРЗ (r=0,69; p<0,01). Достоверные коррелируют число ГК и гриппа и ОРВИ (r=0,71; p<0,01), обострений ХБ (r=0,51; p<0,01), ВП (r=0,37; p=0,03); число обострений ХБ и пароксизмов фибрилляции предсердий (r=0,46; p=0,01) и ПС (r=0,61, p<0,01). Для людей 70 лет и старше установлена корреляционная связь между числом ССЗ и ИРЗ (r=0,72; p<0,01). Наибольшие КК обнаружены между числом ОНМК и гриппа и ОРВИ (r=0,6; p<0,01), обострений ХБ (r=0,4; p=0,01), ГК и гриппа и ОРВИ (r=0,73; p<0,01), ВП (r=0,43; p=0,02); ПСН и гриппа и ОРВИ (r=0,48; p=0,01), ВП (r=0,38; p=0,03).

Выводы. Определено, что в районе обслуживания поликлиники № 2 г. Витебска развитие ОРВИ и гриппа, ВП, обострений ХБ достоверно коррелирует с повышением суммарного числа острых и обострений хронических ССЗ у людей 40 лет и старше. В период повышения частоты ОРВИ, гриппа и других ИРЗ рационально проведение профилактических мероприятий по предупреждению обострений хронических ССЗ у лиц старше 40 лет.

0366 ТРЕВОЖНЫЕ, ДЕПРЕССИВНЫЕ, КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННИЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Козловский В.И., Антонышева О.В.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель: определить уровень, частоту встречаемости тревожных, депрессивных состояний и когнитивных нарушений у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: обследовано 200 больных АГ II степени. Средний возраст составил 54,6±7,8 года. Мужчин было 87 (43,5 %), женщин — 113 (56,5 %). Продолжительность артериальной гипертензии составила 10,4±9 лет. Использовали опросник Мини-Мульт, опросник Бека, опросник Спилбергера, “Таблицы Шульте”, метод обратного счета, метод оценки оперативной памяти. Материал обработан с помощью пакета “Статистика 6.0”.

Результаты. По шкале Бека у 28 (14 %) пациентов выявлена субклиническая депрессия, у 6 (3 %) человек — депрессия легкой степени. Отмечена положительная корреляционная связь уровня депрессии и возраста (r=0,44; p<0,05), длительностью АГ (r=0,55; p<0,05), уровнем диастолического АД (r=0,28; p<0,05).

У пациентов с АГ отмечается повышенный уровень как реактивной (умеренная РТ у 48 % человек, высокая РТ у 43,5 %), так и личностной тревожности (умеренная ЛТ у 41,5 % человек, высокая — у 55,5 %). При увеличении РТ и ЛТ достоверно увеличивается уровень депрессивных состояний (r=0,56; r=0,59; p<0,05).

Объем оперативной памяти у больных АГ до лечения в среднем составил 4,2±1,3 единиц. Низкий уровень был у 84 (83,1 %) пациентов, средний уровень — у 16 (15,8 %) пациентов, высокий — у 1 (0,9 %). После проведения гипотензивной терапии объем оперативной памяти достоверно увеличился и составил 4,47±1,3 единицы (p<0,05). При оценке концентрации внимания по методике обратного счета число ошибок у больных АГ до лечения было 2,1±1,4 едениц. 34 (33,6 %) пациента задание выполняли без ошибок, у 47 (46,5 %) пациентов выявлено нерезкое нарушение концентрации внимания, у 20 (19,8 %) пациентов — умеренное нарушение. Перед выпиской из стационара наблюдалось достоверное уменьшение числа ошибок до 1,13±1,28 (p<0,05). Число ошибок достоверно коррелирует с возрастом (r=0,24; p<0,05), длительностью АГ (r=0,19; p<0,05).

При оценке устойчивости внимания по методике “Таблицы Шульте” обнаружено, что больные АГ до лечения выполняли тест в среднем за 45,2±9,1 секунд. После проведенной терапии время выполнения теста достоверно уменьшилось и составило 42,54±7,9 секунды (p<0,05). Время выполнения теста коррелирует с возрастом (r=0,41, p<0,05) и длительностью АГ (r=0,2; p<0,05).

Выводы. У 28 (14 %) больных АГ II степени в период криза выявлена субклиническая депрессия, у 6 (3 %) человек имела место депрессия легкой степени, повышенный уровень РТ и ЛТ, снижение объема оперативной памяти и концентрации внимания. Купирование криза сопровождается возрастанием объема оперативной памяти и увеличением концентрации внимания.

0367 НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козловский В.И., Сероухова О.П.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель исследования. Определить факторы, при которых повышен риск развития аспиринорезистентности (АГ) у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 118 больных АГ II степени с высоким сердечно-сосудистым риском (по ВОЗ, 1999), поступивших в кардиологическое отделение Центральной городской клинической больницы г. Витебска в связи с гипертоническим кризом. Средний возраст составил 63,2±11,6 лет.

Адреналин-активированную агрегацию лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) определяли по методу Born (1962) в 1-е сутки поступления больного в стационар и через 7-8 дней на фоне стабильного снижения артериального давления.

Аспиринорезистентность (АР) регистрировали в том случае, когда прием препарата не вызывал уменьшения показателей агрегации ЛТС более, чем на 50 % от исходного уровня.

Длительность наблюдения — 1,4±0,8 года. Регистрировали количество гипертонических кризов, острых расстройств церебрального кровотока (транзиторные ишемические атаки, инсульты), острых расстройств коронарного кровотока (нестабильные стенокардии, инфаркты миокарда), нарушений ритма сердца, летальных исходов от заболеваний сердечно-сосудистой системы и от других причин, количество вызовов скорой помощи, госпитализаций. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета программ “Statistica 6.0”.

Результаты. Частота резистентности к АСК у больных артериальной гипертензией, выявленной к концу раннего посткризового периода, составила 67 %. Наиболее значимыми факторами риска АР у больных АГ II степени оказались: возраст более 55 лет — ОР 1,41 [ДИ 1,03-1,92], наличие ИБС — ОР 1,39 [ДИ 1,1-2,11], СОЭ 15-28 мм/ч — ОР 2,04 [ДИ 1,06-5,46], холестерин более 5,2 ммоль/л — ОР 1,15 [ДИ 1,08-1,69], деформируемость отмытых эритроцитов >20 с. — ОР 2,19 [ДИ 1,3-7,19], пароксизмы аритмий в анамнезе ОР 5,49 [ДИ 1,05-40,1]. В течение 1,4±0,8 года у больных АГ с АР чаще зарегистрированы летальные исходы от заболеваний сердечно — сосудистой системы. Суммарное число событий (транзиторных ишемических атак, инсультов, нестабильных стенокардий, инфарктов, летальных исходов) достоверно больше (p<0,05) у больных АГ с АР (n=79), чем у больных без АР (n=39). Кроме того, эти больные достоверно чаще вызывали скорую помощь и госпитализировались в стационар по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы (p<0,05).

Выводы. Частота резистентности к АСК у больных АГ II степени в раннем посткризовом периоде составляет 67 %.

Определены факторы, наличие которых сопровождается повышением риска развития резистентности к АСК у больных АГ.

У больных АГ II степени наличие резистентности к АСК ассоциировано с повышением числа вызовов скорой помощи и госпитализаций по поводу патологии сердечно — сосудистой системы в течение 1,4±0,8 года.

0368 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОВЫШЕННОМ УРОВНЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Козловский В.И., Миренкова А.А., Сулейман Хассан Халед, Коневалова Н.Ю.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Целью исследования было определение изменений уровня липопротеинов плазмы крови у больных артериальной гипертензией при повышении уровня тревоги и депрессии.

Материал и методы. Уровень общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП) плазмы крови, определяли у 65 больных артериальной гипертензией II степени с помощью стандартных наборов реагентов и полуавтоматического фотометра фирмы Cormay.

Уровень тревоги определяли с помощью Шкалы Шихана (Sheehan D.V., 1986), уровень депрессии по опроснику Бека (Веск A.T., Emery G., 1995). Обработка результатов проведена на ЭВМ использованием пакета стандартных статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. Нормальный уровень тревоги отмечен у 26 пациентов (21,3±2,2 баллов). Общий ХС 6,1±0,02 ммоль/л, ХС ЛПНП — 3,65±0,05 ммоль/л, ХС ЛПВП — 1,44±0,04 ммоль/л, ТГ — 2,1±0,03 (ммоль/л), ИА — 3,24±0,05.

Повышение уровня тревоги было у 18 пациентов (37,3±2,1 баллов). Все показатели были достоверно (p<0,05) больше, нежели у больных с нормальным уровнем тревоги: общ. ХС — 6,5±0,06 ммоль/л; ХС ЛПНП — 4,38±0,07 ммоль/л, ХС ЛПВП — 0,9±0,05 ммоль/л, ТГ — 2,68±0,03 ммоль/л, ИА — 6,22±0,05.

У 21 больного с повышенным уровнем депрессии (23,3±0,05 баллов) общий ХС был 6,0±0,05 ммоль/л, ХС ЛПНП — 3,63±0,02, ммоль/л, ХС ЛПВП — 1,42±0,06 (ммоль/л), ТГ — 2,06±0,07 ммоль/л, ИА — 3,23±0,04. Не выявлено повышение уровней атерогенных липопротеидов по сравнению с данными у больных без депрессии. Однако надо отметить, что у больных уровень депрессии был невысоким.

Отмечено, что у больных артериальной гипертензией изменения уровня тревоги достоверно коррелирует с повышением уровня ХС ЛПНП (r=0,56, p=0,047).

Таким образом, у больных артериальной гипертензией с повышенным уровнем тревоги наблюдается повышение в крови атерогенных фракций липопротеинов и снижение активности обратного транспорта холестерина.

Выводы. У больных артериальной гипертензией повышение уровня тревоги сопровождается повышением атерогенных фракций липопротеинов в плазме крови (общий холестерин, ХС-ЛПНП, ТГ) и увеличением индекса атерогенности.

Обосновано возможное направление предупреждения расстройств липидтранспортной системы, путем коррекции психологических нарушений, в частности повышенного уровня тревоги.

0369 ОЦЕНКА ГОДИЧНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕЗУЛЬТАТОВ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

Козловский В.И., Печерская М.С.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель. Разработать метод выделения группы больных АГ II степени с повышенным риском развития неблагоприятных исходов в течение года, учитывающий результаты активной ортостатической пробы.

Материал и методы. Обследовано 256 пациентов АГ II степени, находившихся на лечении в стационаре по поводу гипертонического криза. Активная ортостатическая проба (АОП) выполнялась в утреннее время, а также в разное время суток (7, 12, 17 и 22 часа). Оценивали изменения артериального давления, ЧСС, вариационной ритмографии с помощью диагностической системы “Валента”. Длительность наблюдений — 1,1 год. Оценивали число неблагоприятных событий. Материал обработан с помощью пакета программ Статистика 6.0. Моделирование проведено с помощью логит регрессионного анализа.

Результаты. Определено, что у больных АГ II степени отмечается повышение относительного риска развития суммарного числа событий (инфаркта миокарда, инсульта, пароксизмов аритмий, нестабильных стенокардий и летальных исходов) в течение 1,1 года у пациентов старше 60 лет в 1,9 раз (ДИ — 1,05-2,15), при длительности АГ более 10 лет в 1,67 раза (ДИ — 1,1-3,19), при наличии сахарного диабета — в 3,3 раза (ДИ — 1,25-8,54), сердечной недостаточности (Н2а) — в 4 раза (ДИ — 2,25-7,17), пароксизмах мерцательной аритмии в анамнезе — в 10,9 раза (ДИ — 1,31-30,07), при необходимости принимать 3 и более гипотензивных препаратов — в 2,6 раза (ДИ — 1,45-4,81), значениях мочевины ≥8,2 ммоль/литр в 1,86 раза (ДИ — 1,01-5,19), СОЭ ≥20-27 мм/ч в 6,3 раза (ДИ — 1,17-60,8), развитии ортостатической гипотензии — в 2,84 раза (ДИ 1,05-2,37), снижении САД во время АОП более 20 мм рт.ст. — в 4,4 раза (ДИ — 1,55-12,26), сохранении ОГ на 5 минуте АОП в 4,8 (ДИ — 1,2-16,8), снижении ДАД во время АОП более 10 мм рт.ст. в 2,2 раза (ДИ — 1,11-4,26), наличии повторяющейся ОГ 2 раза в сутки при многократном проведении АОП в 2,5 раза (ДИ — 1,2-8,4), при значении общей мощности спектра (ТР) менее 1000 мсек2 — в 2,3 раза (ДИ — 1,43-3,73), повышении индекса напряжения (ИН) более 150 у.е. — в 1,7 раза (ДИ — 1,06-3,02), снижении очень низких частот (VLF) менее 550 мсек2 в 1,4 раза (ДИ — 1,01-2,02). С использованием данных показателей и логит-регрессионного анализа создана модель прогноза, позволяющая выделить группу больных АГ II степени с высоким риском развития данных событий.

y = 4,41 — 0,70 * (Возр) — 0,25* (АГ 10) — 9,6 *(Н) — 0,33 * СД — 1,92*МА — 0,46 * (Моч) — 2,1* (СОЭ) — 1,02*(3 ГП) — 0,41 *(ОГ) — 1,01* (АДСп) — 2,58* (ОГ 2) — 1,55*(ОГ 15) — 2,4*(АДС20) — 2,5* (АДД 10) — 0,5* ИН — * 0,36* VLF — 0,31*ТР

Chı = 42,78; P<0,0001. Вероятность рассчитывали: P = ey / (1+ey). Низкой считали — 0,25 и меньше, средней — 0,26-0,75 и высокой — 0,76 и более. Определено, что чувствительность метода составляет — 90,5 %, специфичность — 90,3 %.

Вывод. Разработан метод выделения группы больных АГ с повышенным риском развития неблагоприятных событий в течение ближайшего года, учитывающий показатели активной ортостатической пробы.

0370 СИНДРОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ, ЭРИТРОЦИТОВ И АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Козловский В.И., Акулёнок А.В., Соболев С.М.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель. Определить связь между числом циркулирующих эндотелиальных клеток [ЦЭК] и их скоплений [ЦЭК-с], содержанием свободного гемоглобина [СГ] и агрегацией лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии [ЛТС] у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 74 больных АГ II степени (возраст — 59,5±8,7 лет) и 53 здоровых (возраст 53±8 лет). При гипертензивном кризе [ГК] и в конце стационарного лечения проводили исследование числа ЦЭК по методу [Hladovec J., 1978], степени (S) и скорости (V) агрегации ЛТС — по методу [Born G., 1962], содержания СГ — методом [Дервиз Г.В., 1969, Standefer J.C., 1977]. В течение 1,7±0,8 года регистрировали количество ГК и нестабильных стенокардий [НС]. Статистическая обработка проведена пакетом программ “Statıstıca 6.0”.

Результаты. В крови у здоровых обнаруживали 59±3 ЦЭК/100 мкл., 4,4±0,6 % ЦЭК в составе скоплений, S составила 11,2±2,9 %, V — 5,6±2,2 %/мин, содержание СГ — 31±9 мг/мл. У больных АГ комбинированная антигипертензивная терапия сопровождалась статистически значимым (p<0,05) снижением систолического АД [САД] (с 175±22 до 131±13 мм рт.ст.) и диастолического АД [ДАД] (с 100±14 до 82±6 мм рт.ст.), числа ЦЭК (с 139±40 до 113±39 клеток/100 мкл) и ЦЭК-с (с 9±5,4 до 6,5±5 %), содержания СГ (с 55±39 до 41±24 мг/мл), агрегации ЛТС (S с 22,4±7,8 до 18,8±6,3 %, V с 12,4±6,4 до 10,3±4,5 %/мин). Эти показатели у больных АГ при кризе и в конце стационарного лечения достоверно выше, чем у здоровых (p<0,001). Выявлено, что САД достоверно (p<0,05) коррелировало с числом ЦЭК (r=0,76), ЦЭК-с (r=0,42), S (r=0,66), V (r=0,49), содержанием СГ (r=0,49); ДАД — с числом ЦЭК (r=0,7), ЦЭК-с (r=0,35), S (r=0,57), V (r=0,46), содержанием СГ (r=0,42). Число ЦЭК коррелировало с S и V агрегации ЛТС (соответственно r1=0,68; p<0,05, r2=0,47; p<0,05) и содержанием СГ (r=0,36; p<0,05) В течение 1,7±0,8 лет наблюдения в группе больных АГ зарегистрировано 16 ГК и 9 НС. Определено, что повышение относительного риска [ОР] развития ГК у больных АГ II степени в течение 1,7±0,8 лет ассоциировано с содержанием СГ более 53 мг/мл в конце стационарного лечения (ОР 3,2; 95 % доверительный интервал 1,7-23,4), ОР развития НС — с числом ЦЭК более 135 клеток/100 мкл (ОР 16,6; 95 % доверительный интервал 1,3-212,2).

Выводы. У больных АГ II степени криз сопровождался повышением агрегации ЛТС, числа ЦЭК и их скоплений, содержания свободного гемоглобина по сравнению со здоровыми и больными в посткризовом периоде.

Повышение числа ЦЭК положительно коррелировало с агрегацией ЛТС и содержанием свободного гемоглобина.

Относительный риск развития гипертензивных кризов у больных АГ II степени в течение 1,7±0,8 лет в 3,2 раза выше при содержании свободного гемоглобина более 53 мг/мл, нестабильной стенокардии — в 16,6 раз выше при числе ЦЭК более 135 клеток/100 мкл.

0371 СНИЖЕНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ И ПОВЫШЕНИЕ ДЕФОРМИРУЕМОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ — НОВАЯ ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козловский В.И., Дубчинская Н.Л.
Медицинский университет, Центральная поликлиника, Витебск, Беларусь

Цель. Оценка изменений агрегации тромбоцитов и деформируемости эритроцитов у больных артериальной гипертензией (АГ), принимавших в комплексной терапии валериановые ванны и массаж головы и воротниковой зоны.

Материал и методы. Обследованы 64 больных АГ II степени, среди них мужчин было 25, женщин — 39. Средний возраст — 52±12,3 лет. Выделили 3 группы. В I группе (21 пациент) получали 10-40 мг эналаприла в сутки. Во 2-й группе (23 пациента) больные дополнительно получали массаж головы и воротниковой зоны через день и валериановые ванны, всего по 10 процедур. Процедуры выполнялись в физиотерапевтическом отделении. В 3-й группе 20 больных получали валериановые ванны, а также массаж головы и воротниковой зоны, которые проводили самостоятельно в домашних условиях после курса обучения.

Деформируемость эритроцитов (ДЭ) регистрировали по времени распространения суспензии эритроцитов по фильтру. Адреналин-активированнную агрегацию лейкоцитарно — тромбоцитарной суспензии определяли по методу Born. Результаты обработаны с помощью пакета статистических программ Статистика 6,0.

Результаты. Проведение массажа головы и воротниковой зоны сопровождалось достоверно более выраженным снижением артериального давления через 1 и 3 мес. (соответственно в 1 группе — 147,1±10,6/92,6±8,4 мм рт.ст., и 145,4±7,8/92,9±7,2 мм рт.ст.). Во 2-й — 140,3±9,7/90,4±5,2 мм рт.ст. и 138,2±8,6/89,1±5,6 мм рт.ст., что достоверно ниже, чем у больных 1 группы. В 3-й группе АД также было ниже, чем у больных 1 группы (соответственно 139,1±8,7/88,6±6,7 мм рт. ст. и 138,9±7,2/89,2±6,1 мм рт.ст.).

В начале наблюдения деформируемость эритроцитов была в 1 группе — 45,7±9,3 с., агрегация тромбоцитов — 28,9±10,6 %. Во 2-й соответственно — 43,2±12,3 с. и 27,8±9,6 %, в 3-й — 41,4±11 с и 28,3±12,1 %.

В конце наблюдения снижения агрегации тромбоцитов оказались достоверно более выраженными при применении массажа, нежели в 1-й группе (в 1-й группе — 20,7±6,3 %, во 2-й — 18,2±6,0 %, в 3-й — 18,0±7,1 %). Такая же динамика была и относительно изменений деформируемости эритроцитов (в 1-й группе — 45,1±8,0 с, во 2-й — 38,2±7,7 с, в 3-й — 37,6±6,4 с).

Выводы. У больных АГ II степени применение массажа воротниковой зоны сопровождается снижением АД, повышением деформируемости эритроцитов и снижением агрегации тромбоцитов.

Самостоятельное выполнение массажа, валериановых ванн обеспечивает такое же снижение артериального давления, повышение деформируемости эритроцитов и снижение агрегации тромбоцитов, как и при лечении в поликлинике.

0372 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. ДАННЫЕ РОД ДОМА № 1 ВИТЕБСКА

Козловский В.И., Леонович Е.Г., Дивакова Т.С., Детковская И.Н., Козловский И.В.
Медицинский университет, Роддом № 1, Витебск, Беларусь

Цель исследования. Уточнение частоты выявления различных вариантов артериальной гипертензии у беременных в род доме № 1 г.Витебска, частоты и характера осложнений, особенностей лечебной тактики.

Материал и методы. Проанализированы результаты клинического, инструментального и лабораторного обследования беременных, находившихся в род доме № 1 г.Витебска. На основании обследования выделялись эссенциальная и симптоматические артериальные гипертензии. В соответствии с рекомендациями устанавливался диагноз гестозов и их тяжесть [4].

Результаты. Повышение артериального давления в связи с разными причинами выявлено у 284 (11,6 %) беременных.

Эссенциальная артериальная гипертензия выявлена у 84 родивших (3,4 %), СДВНС с гипертензивным синдромом — 73 (2,99 %). Артериальная гипертензия 1 степени выявлялась у 3,2 % беременных, 2 степени — у 0,3 %. У 2,99 % больных повышения артериального давления связывали с нейроциркуляторной дистонией.

У 144 (5,9 %) беременных отмечался хронический пиелонефрит, а повышение артериального давления трактовалось как вторичная артериальная гипертензия: всего 12 человек (0,49 % всех родивших).

У 1 (0,04 %) пациентки артериальная гипертензия была связана с нефроптозом.

У 196 пациенток с НЖО 1 степени АГ наблюдалось в 18 случаях (21,4 % всех АГ); у 113 пациенток с НЖО 2 степени АГ встретилось в 28 случаях (33,3 % всех АГ).

Следует отметить, что у 32 больных (38,1 % всех больных артериальной гипертензией) отмечался гестоз 1 степени, у 7 (8,3 %) — гестоз 2 степени и у 3 (3,6 %) — третьей. Водянка беременных отмечалась у 14 (16,7 %) больных артериальной гипертензией.

Первичная родовая слабость была у 3 (3,8 %) больных АГ I степени и у 1 (1,3 %) — вторичная. У 8 (10,3 %) больных артериальной гипертензией I степени отмечалось угроза асфиксии плода. Гестозы средней и тяжелой степени роды разрешены досрочно — 17 человек (81 %). Досрочно родоразрешено по причине гестоза средней и тяжелой степени, отсутствия эффекта от лечения — 15 чел. (71,4 % от всех досрочно родоразрешенных).

У 15 больных АГ I степени преждевременные роды были после 28 недель, в том числе 11 оперативных родов. У 1 больной АГ II степени преждевременные роды были после 28 недель. При АГ 1 степени проведено 17 кесаревых сечений.

Вывод. В род доме № 1 г.Витебска у значительного числа беременных выявляется как эссенциальная, так и вторичная артериальная гипертензия. Ее наличие ассоциировано с достаточно высокой частотой развития гестоза, преждевременных родов, угрозы асфиксии плода и часто оперативной тактики родоразрешения. Рациональна разработка не только адекватных методов прогноза формирования осложнений, но и совершенствование алгоритмов обследования и лечения.

0373 НЕКОТОРЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козловский В.И., Вечер А.В
УО "Витебский государственный медицинский университет", Витебск, Беларусь

Цель: Изучить затраты на медикаментозное, стационарное и поликлиническое лечение, оказание скорой медицинской помощи больным с АГ у жителей Витебской области, разработать методики анализа затрат на лечение АГ.

Методы и материалы исследования. Обследовано 102 больных, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Витебской городской больницы № 2 за период с ноября 2008 по март 2009 года.

Анализ фармако-экономических аспектов проводился по базам данных, сформированным по результатам изучения историй болезни и индивидуальных анкет пациентов, участвующих в исследовании.

Индивидуальные анкеты пациентов включали следующие разделы: 1) стандартные сведения о пациенте; 2) сведения о

приеме медикаментозных средств; 3) количество посещений поликлиники за 2008; 4) количество госпитализаций за 2008 год; 5) количество вызовов скорой медицинской помощи за 2008 год.

Данные о стоимости койко-дня, посещения поликлиники, вызова скорой медицинской помощи получили из экономических отделов клиник, на базе которых проводилось исследование.

Результаты. Затраты в течение года на стационарное лечение (1870 койко — дней) составили 100млн 980 тыс рублей, на поликлиническое лечение (231 посещение) — 2млн 772 тыс рублей, на вызовы скорой медицинской помощи (197 вызовов) — 15млн 563 тыс рублей, на медикаментозное лечение — 5млн 723,5 тыс рублей.

Анализируя общую структуру гипотензивных препаратов (ГП), используемых врачами и пациентами, можно сделать вывод, что центральное место среди различных классов ГП занимают ингибиторы АПФ. Эналаприл — базовый ГП. Существенно меньшая доля остальных трех классов ГП: β-адреноблокаторы → диуретики → антагонисты кальция. Из класса β-адреноблокаторов Бисопролол и Метопролол больше всего предпочитаются как врачами, так и больными АГ. В классе диуретиков доминируют Гипотиазид и Индапамид. Основной представитель антагонистов кальция — Амлодипин.

Структура затрат на лечение АГ: стационарное лечение- 71,6 %; скорая медицинская помощь- 13,6 %; медикаментозное лечение- 12,42 %; поликлиническое лечение- 2,38 %.

В структуру затрат на стационарное лечение были включены: затраты на медикаментозное лечение — 14 миллионов 704 тысячи рублей — 13,2 %; затраты на заработную плату медицинским сотрудникам- 9 миллионов 701 тысяча рублей- 8,74 %; питание пациентов — 12 миллионов 430 тысяч рублей — 11,2 %; прочие коммунальные расходы — 74 миллиона 194 тысячи рублей — 66,86 %. На обследование и лечение пациентов с артериальной гипертензией 1 степени было затрачено 9,2 %, 2 степени — 71,2 %, 3 степени — 19,6 %.

Выводы. Определены годовые затраты на лечение больных АГ в стационаре и поликлинике, связанные с вызовами скорой медицинской помощи. Они составили 1 млн 225,8 тыс рублей на одного пациента.

0374 НОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кокурина Е.В., Варакин Ю.Я., Бочкарева Е.В.
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Институт неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель: апробация нового комплексного метода выявления больных с наличием ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний в первичном звене здравоохранения.

Методы: обследование населения среднего и пожилого возраста с применением нового сочетанного алгоритма анкетирования и традиционного врачебного обследования пациентов.

Результаты. Выявление ишемической болезни (ИБС) и цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) при традиционном обследовании в первичном звене здравоохранения нередко сопровождается субъективизмом врачей, определяющим недостаточную диагностическую точность при выявлении этих заболеваний. Получены объективные данные о возможности и целесообразности использования при врачебном обследовании эпидемиологических методик (унифицированных вопросников), предназначенных для активного выявления ИБС и ЦВЗ в реальных условиях учреждений первичного звена здравоохранения. Определена перспективность применения разработанных сочетанных алгоритмов выявления кардионеврологических заболеваний. Практически важно, что среди пациентов с наличием основных форм ИБС, в том числе стабильной стенокардии, среднегодовые уровни смертности при 5-летнем наблюдении составили соответственно 2,1 % и 2,3 %, что соответствует по международным стандартам высокому уровню смертности. У больных с приступами недостаточности мозгового кровообращения (ТИА и церебральными гипертоническими кризами) смертность составляет 1,8 % в год. Установлено также, что разработанный метод обследования позволяет выявлять пациентов как с наличием резидуальной стадии развития ИБС и ЦВЗ, так и при наличии самых ранних их проявлений, когда больные самостоятельно еще не обращаются в медицинские учреждения за помощью. Применение метода при обследовании организованных популяций будет особенно перспективным. Новый подход к выявлению ИБС и ЦВЗ будет способствовать существенному снижению (на 25-30 %) частоты случаев инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения, а также уменьшению смертности. При создании организационно-технической модели деятельности специалистов лечебно-профилактических учреждений практического здравоохранения учитывались реальные возможности врачей различных специальностей терапевтов, кардиологов, неврологов и среднего медицинского персонала.

Выводы: разработана новая методика раннего активного выявления ИБС и ЦВЗ в условиях первичного звена здравоохранения, применение новой методики позволит увеличить точность диагностики этих заболеваний, снизить частоту их осложнений и уровень смертности.

0375 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Колесник Т.В., Харченко О.А., Татьяненко А.В., Фурса А.В.
Днепропетровская государственная медицинская академия, Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности, Днепропетровск, Украина

Ремоделирование сердечно-сосудистой системы является самостоятельным предиктором кардио-васкулярного риска и неизменным атрибутом гипертонической болезни (ГБ). Не теряют актуальности вопросы сердечно-сосудистого ремоделирования и после перенесенного коронарного события.

Цель работы — изучить особенности структурных изменений сосудистой стенки у больных ГБ, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в зависимости от характера ремоделирования левого желудочка (ЛЖ).

Обследовано 40 мужчин с ГБ III стадии (ИМ в анамнезе), стаж ГБ 18,2±3,2 лет, возраст которых составил 53,8±5,8 лет. С помощью ультразвукового сканера GE Logiq P5 Pro проведено дуплексное сканирование магистральных артерий головы с измерением толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и допплер-эхокардиографию с оценкой структурного состояния миокарда ЛЖ. В зависимости от типа гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) больные были разделены на 2 группы: с концентрической (КГЛЖ) — 14 и эксцентрической (ЭГЛЖ) — 19 ГЛЖ.

По результатам сравнительного анализа выявлены отличия параметров сосудистой стенки у больных с различными геометрическими типами ГЛЖ. Известно, что в основе развития ГЛЖ по эксцентричекому типу лежит расширение полости ЛЖ, а КГЛЖ формируется преимущественно за счет утолщения стенок. У больных с КГЛЖ значения показателя толщины КИМ были достоверно выше, чем у больных с ЭГЛЖ (соответсвенно, 0,12±0,019 см и 0,10±0,020 см, p=0,013). Атеросклеротические бляшки встречались в два раза чаще у больных с КГЛЖ — 77,78 %, чем у больных с ЭГЛЖ — 33,33 % (χ^2=5,9; p=0,015). Такие данные могут свидетельствовать, о том, что ремоделирование артериальной стенки и миокарда ЛЖ протекает по единым принципам и является звеньями одного процесса.

Для больных с ГБ после перенесенного ИМ и наличием КГЛЖ в сравнении с пациентами, имеющими ЭГЛЖ, характерны более высокие значения толщины КИМ и частота выяв-

ления атеросклеротических бляшек, что отражает особенности структурных изменений артериальной стенки в зависимости от геометрического типа ремоделирования ЛЖ и может быть использовано при оценке кардиоваскулярного риска.

0376 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Колодяжная О.И., Стаценко М.Е.
Волгоградский Государственный Медицинский университет, Волгоград, Россия

Целью исследования явилась оценка гендерных особенностей функции почек у пациентов пожилого возраста в постинфарктном периоде.

Методы исследования. В исследование включено 80 пациентов, из которых 40 мужчин пожилого возраста (от 60 до 74 лет согласно классификации ВОЗ, 1980г, средний возраст больных — 68,47±2,35 и 40 женщин средний возраст — 69,87±2,77, после перенесенного инфаркта миокарда, осложнившегося наличием хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК). Для характеристики функционального состояния почек проводилось биохимическое обследование с определением креатинина крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) оценивали по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study).

Полученные результаты. Среди пациентов, включенных в исследование, у 57,5 % мужчин диагностирован ФК II, у 42,5 % -ФК III; в группе женщин ФК II — 42,5 %, ФК III — 57,5 %, группы по возрасту достоверно не различались. Нормальная концентрация креатинина в сыворотке крови выявлялась у 30 % обследованных мужчин и у 47,5 % женщин, различия достоверны ($p<0,05$). Незначительное повышение уровня креатинина (от 115 до 133 мкмоль/л у мужчин) встречалось в 32,5 %, и у женщин в 40 % случаев (от 107 до 124 мкмоль/л). У мужчин имеющих ФКII и III в большем проценте случаев встречается с клинически значимым повышением уровня креатинина (более 133 мкмоль/л), по сравнению с женщинами, с 12,5 % у женщин до 37,5 % у мужчин, различие статистически значимо $p=0,004$. Средние значения уровня кратинина в группе мужчин составляет 129,8± 5,89, в группе женщин 115,5±5,01, различия достоверны.

При расчете СКФ по формуле MDRD у мужчин имеющих ФК II встречались показатели превышающие 90 мл/мин/1,73м^2 в 8,6 % случаев. Средние значения СКФ в группе мужчин — 52,74±8,5, в группе женщин 44,85±5,8. С повышением ФК ХСН имеется тенденция к увеличению количество больных со значимо сниженной фильтрационной функцией, с 78,2 % со II ФК до 82,3 % с III ФК у пациентов мужского пола, и с 88,23 % до 95,65 % в группе женщин. Таким образом, в 100 % случаев у пациентов женского пола, и в 95 % мужского пола СКФ была снижена, и у них можно было диагностировать 2 или 3 стадию хронической болезни почек (ХБП), развившеюся на фоне ХСН.

Заключение: Среди женщин достоверно чаще выявляется нормальный уровень креатинина по сравнению с мужчинами, в то же время среди мужчин, независимо от ФК, достоверно чаще выявляется клинически значимое повышение креатинина. При расчете СКФ по формуле MDRD в обеих группах диагностировалось ХБП 2-3 стадии, причем у женщин имеющих ФК III ХСН достоверно чаще встречается снижение СКФ по сравнению с мужчинами имеющих тот же ФК.

0377 СЕРДЕЧНАЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Колунин Г.В., Кузнецов В.А., Павлов А.В., Харац В.Е., Криночкин Д.В., Белоногов Д.В.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Результаты рандомизированных контролируемых исследований продемонстрировали достоверное улучшение сердечных функций и эффективности работы сердца, улучшение качества жизни, увеличение продолжительности жизни, снижение частоты госпитализаций по поводу ХСН, смертности от ХСН и общей смертности, о чём свидетельствуют многочисленные публикации.

Цель. Оценка клинического и гемодинамического эффекта сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью в отдалённом периоде наблюдения.

Материалы и методы. С июня 2003 года 106 пациентам (средний возраст 55±1,01 г, 95 мужчин, 61 — с ИБС) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-IV ФК (NYHA) было имплантировано 41 систем для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) и 65 систем для СРТ с функцией кардиовертера — дефибриллятора (ИКД). Оптимизирование параметров электрокардиостимулятора проводилось индивидуально по данным эхокардиографии. Средний срок наблюдения составил 24 месяца.

Результаты. При наблюдении до 1 года у всех больных была отмечена стойкая положительная динамика клинико-функционального состояния. Уменьшилась выраженность сердечной недостаточности (уменьшилась одышка, исчезли отеки нижних конечностей, уменьшился функциональный класс хронической сердечной недостаточности по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца). Было зафиксировано достоверное увеличение дистанции шестиминутной ходьбы 275,6±13,24 до 390,2±13,65 м ($p>0,001$), величины фракции выброса ЛЖ с 30,9±1,45 до 38,4±1,67 % ($p>0,001$), уменьшение конечного систолического размера ЛЖ с 60,7±1,50 мм до 55,2±1,68 ($p>0,001$), давления в легочной артерии, митральной регургитации. За время наблюдения умерло 14 пациентов. Восемь пациентов имели ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий, функциональным классом ХСН на момент имплантации III — IV, четверо пациентов после операции аорто-коронарного шунтирования. Три пациента умерло внезапно на фоне стабильного состояния по ИБС, остальные на фоне нарастающей симптоматики ИБС и ХСН. Средний срок получаемой СРТ у умерших пациентов составил 16±4 месяца.

Заключение. Применение СРТ у пациентов с ХСН характеризуется улучшением клинико-функциональных параметров у больных с выраженной ХСН. Но как показало наше наблюдение, отдаленный прогноз у пациентов с ИБС на фоне многососудистого поражения коронарного русла значительно хуже, чем у пациентов с дилатационной кардиомиопатией. Для достижения хороших результатов лечения, как в ближайшем, так и отдаленном периоде, при проведении СРТ необходим правильный отбор пациентов и затем проведение регулярного контроля параметров электрокардиостимуляции с оптимизацией параметров.

0378 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА И ПРЕДУКТАЛА МВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРИОД ПОСТГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кольцова О.Н., Михин В.П.
ГОУ ВПО Курский Государственный Медицинский Университет, Курск, Россия

Цель: изучить влияние кардиоцитопротекторов предуктала МВ и милдроната на степень дилатации плечевой артерии в манжеточной пробе у больных, перенесших инфаркт миокарда, на постгоспитальном этапе реабилитации.

Методы исследования: поведено открытое рандомизированное исследование (156 пациентов), перенесших Q-инфаркт миокарда 21-24 дня назад и проходящих лечение и реабилитацию в амбулаторных условиях. Для достижения поставленной цели все пациенты по результатам манжеточной пробы были

рандомизированы на 4 группы. Критерием рандомизации являлась степень тяжести эндотелиальной дисфункции, которая определялась по уровню эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии. В дальнейшем все пациенты были разделены на 2 группы. В первую вошли пациенты с I и II степенью тяжести, а во вторую — III и IV. Обе группы больных получали традиционную терапию, включающую пролонгированные нитраты, бета-адреноблокаторы, аспирин, статины и один из кардиоцитопротекторов — милдронат (750 мг/сут), либо предуктал МВ (70 мг/сут), последние принимались больными в течение 2-х месяцев. До начала терапии и через 2 месяца лечения у больных оценивали степень прироста диаметра плечевой артерии в манжеточной пробе (эндотелий-зависимая вазодилатация) на фоне проводимой терапии.

Результаты: полученные данные свидетельствуют, что диаметр плечевой артерии достоверно увеличился только к окончанию лечения у больных ИМ с I-II степенью тяжести эндотелиальной дисфункции и составил для милдроната -25,42 % и предуктала МВ -13,78 %.

Следует отметить, что данный показатель на фоне терапии милдронатом сохранял достоверные отличия через 1 месяц после отмены препарата и составил 9,05 %. В тоже время на 2мес. терапии степень дилатации плечевой артерии была достоверно больше на 84,47 % при применении милдроната, чем предуктала МВ.

Однако, у больных ИМ с тяжелой дисфункцией эндотелия (группа 2) ни милдронат, ни предуктал МВ (12,45 % и 11,52 %, соответственно) существенного влияния на степень дилатации плечевой артерии не оказывали, что свидетельствует о декомпенсации эндотелиальной дисфункции у этих пациентов.

Выводы: цитопротекторы, применяемые у больных ИМ в период постгоспитальной реабилитации, достоверно увеличивают степень прироста диаметра плечевой только к окончанию лечения у больных ИМ с I-II степенью тяжести ЭД, при этом милдронат оказывает более выраженное влияние, чем предуктал МВ.

0379 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МИЛДРОНАТОМ И ПРЕДУКТАЛОМ МВ НА ПОКАЗАТЕЛЬ КОЭФФИЦИЕНТА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ К НАПРЯЖЕНИЮ СДВИГА, У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В ПЕРИОД ПОСТГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кольцова О.Н., Михин В.П.
ГОУ ВПО Курский Государственный Медицинский Университет, Курск, Россия

Цель: провести сравнительную оценку влияния терапии милдронатом и предукталом МВ на показатель чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига, К.

Методы исследования: проведено открытое рандомизированное исследование (156 пациентов), перенесших Q-инфаркт миокарда 21-24 дня назад и проходящих лечение и реабилитацию в амбулаторных условиях. Для достижения поставленной цели все пациенты по результатам манжеточной пробы были рандомизированы на 4 группы. Критерием рандомизации являлась степень тяжести эндотелиальной дисфункции, которая определялась по уровню эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии. В дальнейшем все пациенты были разделены на 2 группы. В первую вошли пациенты с I и II степенью тяжести, а во вторую — III и IV. Обе группы больных получали традиционную терапию, включающую пролонгированные нитраты, бета-адреноблокаторы, аспирин, статины и один из кардиоцитопротекторов — милдронат (750 мг/сут), либо предуктал МВ (70 мг/сут), последние принимались больными в течение 2-х месяцев. До начала терапии и через 1 и 2 мес. лечения у больных оценивали чувствительность плечевой артерии к напряжению сдвига, К.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что и милдронат и предуктал МВ к исходу 2-месячной терапии увеличивали чувствительность эндотелия плечевой артерии к напряжению сдвига у больных с легкой и средней степенью тяжести эндотелиальной дисфункции, значение которой составило, соответственно, 0,21±0,032 и 0,15± 0,016 ($p<0,05$) против исходных 0.08±0,016 и 0,09±0,01 усл.ед.

Следует отметить, что милдронат в отличие от предуктала МВ приводил к достоверному росту этого показателя уже на 1мес. терапии до 0,16±0,017 усл.ед. и сохранял свою эффективность через 1мес. после отмены. Кроме того, в группе больных, получавших милдронат, значение К через 2 мес. терапии было в среднем на 28.5 % выше, чем в группе, где проводили терапию предукталом МВ.

Однако у пациентов с тяжелой степенью нарушения функции эндотелия оба препарата оказались неэффективными в отношении данного показателя.

Выводы: милдронат и предуктал МВ в различной степени оказывали влияние на динамику показателя коэффициента чувствительности эндотелия к напряжению сдвига. Однако, прослеживалась закономерность, которая заключается в том, что чем глубже нарушение функции эндотелия, тем ниже эффективность милдроната и предуктала МВ.

0380 ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Комиссаренко И.А., Голованова Е.В., Ханина Е.А., Гусейнзаде М.Г.
Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

NT-proBNP является надежным неинвазивным маркером ранней дисфункции миокарда на фоне объемной перегрузки камер сердца при прогрессировании портальной гипертензии у больных циррозом печени.

Цель исследования: выявить признаки ранней сердечной недостаточности у больных с алкогольным циррозом печени (ЦП).

Материал и методы. Обследовано 25 больных (из них женщин 28 %, мужчин 72 %) с алкогольным циррозом печени. Средний возраст больных 54,9± 8,9 года. Всем больным проведено исследование уровня NT-proBNP натощак, ЭХО-КГ с определением систолической и диастолической дисфункции миокарда. Больные разделены на 3 группы: I группа больные с ЦП класс А по Child-Pugh (16 %). II группа больные с ЦП по Child-Pugh класс В (48 %). III группа ЦП по Child-Pugh класс С (36 %) случаев.

Результаты. Среднее содержание NT-proBNP в I группе составил 84±45,2 фмоль/л, по данным Эхо-КГ средний показатель КСО 73±38 мл, КДО 122±54 мл, ФВ 69±36 %, у всех отмечается диастолическая дисфункция. Во II группе NT-proBNP 88±53 фмоль/л, по данным Эхо-КГ средний показатель КСО 62±26 мл, КДО 127±40 мл, ФВ 66±25 %, у всех отмечается диастолическая дисфункция. В III группе NT-proBNP 97±29 фмоль/л, по данным Эхо-КГ средний показатель КСО 68±30 мл, КДО 151±30 мл, ФВ 67±27 %, у всех отмечается диастолическая дисфункция.

Вывод. Настоящее исследование подтверждает наличие дисфункции миокарда у больных с алкогольным циррозом печени. Отмечается снижение систолической функции ЛЖ у больных с циррозом печени Ch-P A, B, C, у 100 % больных выявлено нарушение диастолического расслабления левого желудочка (диастолическая дисфункция), повышение уровня NT-proBNP. Увеличение уровня NT-proBNP может быть высокочувствительным индикатором доклинической дисфункции миокарда при циррозе печени.

0381 ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ

M1 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БИСОПРОЛОЛОМ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С.М.[1], Чакова Н.Н.[2], Михаленко Е.П.[2], Крупнова Э.В.[2], Чеботарева Н.В.[2]
РНПЦ "Кардиология"[1], Минск, Беларусь; Институт генетики и цитологии НАН Беларуси[2], Минск, Беларусь

Цель работы: анализ динамики клинико-гемодинамических показателей на фоне лечения бисопрололом у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) в зависимости от генетического полиморфизма фермента глутатион-S-трансферазы (GSTM1).

Материалы и методы: исследовали 79 пациентов с обструктивной и необструктивной формами ГКМП. Оценивали клинические данные, ФК СН NYHA, показатели ЭхоКГ и ХМ ЭКГ. Всем пациентам назначался бисопролол (конкор, фирма Nycomed). Исследование включало 2 этапа: титрование дозы конкора и поддерживающая терапия. Продолжительность 1-го периода составляла 30 дней, средняя доза составила 5,5±0,3 мг/сут. Продолжительность 2-го периода составила 6 месяцев. С использованием ПЦР-метода проведено изучение генетического полиморфизма фермента GSTM1, участвующего в процессах биотрансформации лекарственных средств в организме.

Результаты: Показана роль фермента GSTM1 в формировании ответа на терапию у больных ГКМП: частота встречаемости гомозиготной делеции (GSTM1(-) в этом гене была в 2 раза выше в группе больных с прогрессированием заболевания по сравнению с больными с благоприятным исходом лечения ($\chi2$=5,06; p=0,02). У носителей генотипа GSTM1(+) (n=25) при благоприятном ответе на фоне лечения поддерживающей "оттитрованной" дозы бисопролола (2,5 мг в сутки) наблюдали достоверное улучшение ФК СН (с 2,8+0,02 до 1,6+0,01 (p>0,05) против с 2,86+0,02 до 2,5+0,02), снижение средней ЧСС (с 82,8+6,8 до 64,4+4,3 уд/мин (p<0,01) против с 84,7+6,5 до 75,4+5,7 уд/мин (p<0,05)), уменьшение частоты желудочковых экстрасистол (с 224,3+18,5 до 109,34+12,7 (p<0,001) против с 293,+20,3 до 147,1+12,6 (p<0,01)); снижение частоты (с 5,5±0,03 до 1,63±0,01 (p<0,01) против с 5,8 ±0,03 до 3,21 (p>0,1)) и продолжительности эпизодов ишемии миокарда (с 79,1 +6,8 до 20,6 +2,5 мин (p<0,001) против с 82,5 +8,5 до 42,9+4,3 мин (p<0,01) по сравнению с пациентами с прогрессирующим течением заболевания (n=22) и отсутствием эффекта от приема бисопролола в поддерживающей дозе 5 мг/сут. В группе пациентов, имеющих гомозиготную делецию в гене — GSTM1(-), с благоприятным ответом на лечение оттитрованной дозы бисопролола 5мг/сут (n=11) выявлены достоверные различия по ФК СН (с 3,1±0,02 до 2,4±0,02 (p<0,05) против с 2,9±0,02 до 2,5±0,02), средней ЧСС (с 85,3±6,7 до 68,8±6,2 (p<0,05) против с 80,9±7,7 до 78,6±6,7), по уменьшению частоты желудочковых (с 307,79+23,2 до 136,1+12,7 (p<0,001) против с 269,3±19,6 до 154,4±14,5 (p<0,01)) экстрасистол за сутки по сравнению с пациентами (n=21) с отсутствием эффекта от приема бисопролола в дозе 7,5 мг/сутки. При сравнении поддерживающей дозы бисопролола у больных с ГКМП в зависимости от генотипа GSTM1 оказалось, что она достоверно ниже у больных с генотипом GSTM1(+) по сравнению с носителями генотипа GSTM1(-): при благоприятном ответе — 2,5 ±0,2 мг/сут; при отсутствии эффекта лечения — 5,5±0,3 мг/сут — 7,5±0,6 мг/сут (p<0,05).

0382 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ССЗ У ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

Конради А О., Иваненко В. В., Колесова Е. П., Ротарь О. П.
ФГУ "Федеральный центр Сердца, Крови и Эндокринологии им В. А. Алмазова", Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить взаимосвязь показателей жесткости сосудистой стенки и эндотелиальной дисфункции с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у жителей блокадного Ленинграда.

Методы исследования. Мы исследовали 53 пациента (38 — женщин,-15 мужчин) с 54 до 82 лет (средний возраст 73,7±10,4), относительно здоровые, курили из них 5 человек. У 10 пациентов (18,8 %) была Артериальная гипертензия, выявленная во время исследования.

Обследование включало: анкетирование, характеризующее образ жизни, определение антропометрических параметров: индекс массы тела (ИМТ) по Кетле, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ). Исследование эндотелиальной дисфункции проводилось на аппарате Endo-PAT2000 (компания "Itamar Medical Ltd.", Израиль). В основе определения эндотелиальной дисфункции лежит технология оценки периферического артериального тонуса (РАТ) путем измерения реактивной гиперемии в ответ на окклюзию кровотока предплечья. Показатели центрального давления определялись на приборе SphygmoCor с помощью системы SphygmoCor Px (Австралия), методом аппланационной тонометрии. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на участке сонная артерия — бедренная артерия измерялась сфигмографическим методом на приборе SphygmoCor PWX.

Результаты. Среднее систолическое периферическое давление (САД) составило 138,6±8,6, диастолическое периферическое давление (ДАД) — 83,6±9,5, и пульсовое давление (ПД) — 55±7,8 мм рт.ст. Средне систолическое АД в Ао составило 111,5±15,1 мм рт.ст., среднее систолическое аортальное давление (среднее САД, Ао) 120,0±12,3, среднее диастолическое аортальное давление (среднее ДАД Ао) 90,2±13,7, средние ПД в Ао — 49,7±10,9 мм рт.ст. У пациентов с "офисной" АГ были значительно более высокие показатели сосудистой жесткости по сравнению с нормотензивными пациентами (ИА — 26,5±5,9 против 24±05,8 % и СРПВ — 8,5±1,9 против 6,5±1,4 м/с, P<0,05).

Индекс гиперемии составил 2,1±0,67 и коррелировал с САД в Ао (r=0,36), средними значениями САД/ДАД в Ао (r=0,36) и периферическим САД (r=0,62). ИА (EndoPad) составил 26,8±15,1 и коррелировал с САД в Ао (r=0,85), средними значениями САД/ДАД в Ао (r=0,88, r=0,84), и периферическим САД/ДАД (r=0,86, 0,83), обратно был коррелирован с ростом (r=-0,9), ДА (r=-0,37) и ИА (r=-0,38).

САД В Ао положительно коррелировало с периферическим САД (r=0,64) и ДАД (r=0,63) и отрицательно коррелировало с индексом массы тела (r=-0,87) и возрастом (r=-0,86).

Заключение. Наше исследование показало, что признаки субклинического поражения органов-мишеней определялись в основном стандартными факторами — возрастом, антропометрическими параметрами и артериальным давлением.

Однако, показатели сосудистой жесткости и эндотелиальной дисфункции у пациентов с "офисной" АГ оказались ниже средних значений для данной возрастной группы.

0383 ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ АТЕРОТРОМБОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И МЕХАНИЗМОВ РЕАЛИЗАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Константинова Е.В., Хомякова Н.Ф., Сапожников А.М., Константинова Н.А., Еремин И.И., Шостак Н.А.
РГМУ им. Пирогова, ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, УРАН Институт биоорганической химии им. академиков М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова РАН, Москва, Россия

У больных инфарктом миокарда обнаружена взаимосвязь процессов, связанных с программированной клеточной гибелью в сердечной ткани и в популяции лейкоцитов периферической крови. Учитывая существенную роль белков теплового шока (БТШ70) в противодействии развитию клеточной гибели, целью данного исследования явилось изучение активнос-

ти и динамики апоптоза лимфоцитов периферической крови у больных с острым инфарктом миокарда и анализ взаимосвязи этих процессов с экспрессией БТШ70. Полученные результаты впервые продемонстрировали достоверную зависимость уровня апоптоза клеток периферической крови пациентов от клинической картины развития инфаркта миокарда и обнаружили ожидаемую отрицательную корреляцию между экспрессией лимфоцитами БТШ70 и интенсивностью их гибели. Зарегистрированная динамика апоптоза мононуклеаров периферической крови больных инфарктом миокарда может отражать активность программированной гибели кардиомиоцитов в очаге ишемического повреждения.

БТШ-70 являются лигандами для Toll-подобных рецепторов (TLR). Уровень активности апоптоза клеток крови и экспрессии TLR синхронно изменялись в ответ на дефицит энергии и стрессовое воздействие.

Также исследовали цитокиновый дисбаланс у больных инфарктом миокарда.

Уровень ИЛ-1β оказался выше у больных с меньшей фракцией выброса. ИЛ-8 превышал пороговую концентрацию только у 30 % больных, а ИЛ-4 не определялся. Назначение ингибитора ангиотензинпревращающего фермента в комплексной терапии приводило к уменьшению сывороточной концентрации цитокинов, в частности ФНО-альфа.

Определялся качественный и количественноый состав криоглобулинов и их комплексов у больных с инфарктом миокарда и динамика изменения в процессе лечения.

Исходно высокий уровень криобелков на первые сутки инфаркта миокарда может отражать имеющуюся доинфарктную сенсибилизацию организма, за счет имеющегося при атеросклеротическом поражении артерий хронического воспаления сосудистого эндотелия, сопровождающегося прогрессирующим образованием в кровотоке антител к компонентом атеросклеротической бляшки, экспрессией различных поливалентных пептидов (белки теплового шока и другие), цитокиновым дисбалансом, перестройкой внеклеточного матрикса (с участием матриксных металлопротеиназ и др.).

Криоглобулины при инфаркте миокарда в представляют собой комплексы из поликлональных иммуноглобулинов основных классов IgG, IgM и реже IgA, поэтому криоглобулинемия у больных рассматриваемой патологией относится к III типу, согласно общепринятой классификации. Нами впервые показано, что фибронектин присутствует в криокомплексах у всех исследуемых больных во все сроки наблюдения, что говорит о его исключительной функциональной значимости в проявлении патогенетических свойств иммунных комплексов с криосвойствами.

Также исследован маркер повреждения и перестройки внеклеточного матрикса матриксная металлопротеиназа-9 и характер ее изменений при лечении больных.

0384 ВЛИЯНИЕ ИБС, ФАКТОРОВ РИСКА, СОЦИАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ОЖИДАЕМУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Г. МОСКВЫ

Константинов В.В., Баланова Ю.А., Тимофеева Т.Н., Капустина А.В., Лельчук И.Н., Худяков М.Б., Деев А.Д.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Оценить вклад ИБС, факторов риска (ФР), социальных и поведенческих характеристик в ожидаемую продолжительность жизни мужчин и женщин старше 45 лет г. Москвы.

Материал и методы. Обследованы случайные выборки из населения обоего пола 35-64 лет. Численность обследованных женщин и мужчин составила 3036 и 8724 человек с откликом более 70 %. Продолжительность наблюдения за когортами составила 18-26 лет. Ежегодно верифицировался жизненный статус и регистрировалась общая смертность, смертность от ССЗ и прочих заболеваний. За время наблюдения было зарегистрировано 344 и 2049 смертей у женщин и мужчин соответственно. При оценке данных значение вклада переменных оценивали по индексу сердечно-сосудистого здоровья (ИССЗ) в квинтилях его распределения. Индекс ИССЗ — алгебраическая сумма факторов риска (ФР) и антириска, который используется для оценки степени неблагополучия эпидемиологической ситуации, характеризующей выживаемость от ССЗ в процессе динамического наблюдения за когортами мужчин и женщин. При статистическом анализе использовался пакет SAS. С учетом 15 переменных, характеризующих ФР и анти-ФР, был рассчитан ИССЗ мужчин и женщин по квинтилям распределения. Значение переменных в первой квинтили было референсным (т. е. минимальным).

Результаты. У женщин со значением ФР, вошедших в V, IV, III и II квинтили ОПЖ по ИССЗ была ниже на 10, 5, 3 и 2 года, соответственно, чем в I квинтили ($p<0,001$). Наибольший вклад в риск смерти (РС) у женщин вносили следующие ФР: в V-й квинтили: нарушение ритма сердца, повышенный уровень САД и статус ИБС; в IV-й — статус употребления алкоголя (больше 68 гр./сутки), профессия, связанная с физическим трудом и повышенный уровень ДАД; в III-й: наличие ГЛЖ, курение и избыточная МТ; во II-й квинтили: статус низкого образования, повышенный уровень ТГ в плазме крови и ЧСС свыше 80 ударов в минуту.

У мужчин ОПЖ в тех же 5, 4, 3 и 2 квинтилях ИССЗ ОПЖ была ниже на 20, 12, 9 и 6 лет, чем 1-й. Наибольший вклад в РС у мужчин в квинтилях ИССЗ вносили следующие ФР: вV-й: нарушение ритма сердца, статус ИБС и курение; в IV-й: повышенный уровень САД, профессия связана с физическим трудом и статус низкого образования; в III-й: повышенный уровень ДАД, избыточная МТ и ЧСС свыше 80 ударов в минуту; во II-й: употребление алкоголя (больше 168 гр./сутки), наличие ГЛЖ, семейный статус (не женатые, вдовцы).

Заключение. Таким образом, при оценке общего статуса больных АГ и выборе медикаментозной терапии необходимо учитывать, в первую очередь, наличие нарушений ритма сердца и ассоциированных ССЗ, повышающих суммарный сердечно-сосудистый риск смерти.

0385 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН 19-64 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДАХ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РОССИИ

Константинов В.В., Тимофеева Т.Н., Баланова Ю.А., Капустина А.В., Лельчук И.Н., Ерченкова В.Е., Деев А.Д., Муромцева Г.А., Худяков М.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность артериальной гипертонии (АГ), ИБС, цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), сахарного диабета (СД) и болезней почек среди мужчин 19-64 лет, проживающих в городах и селах России

Материал и методы. Материалом послужили выборки из мужского населения, проживающих в 17 областях и республик РФ. Обследование проводилось в 2004 и 2007-2008гг в рамках программы "Эпидемиологический мониторинг АГ". Исследование проводилось с использованием стандартных методов и критериев оценки изучаемых показателей. Численность обследованных выборок на 1-м и 2- этапах в целом составила 13335 и 12714 чел. с откликом более 75 %.

Результаты исследования. Распространенность АГ у мужчин в городах и селах РФ на 1- этапе соответственно составила: 36,6 и 36,9 %; на 2-м этапе — 37,3 и 37,5 % т. е. практически не изменилась. Распространенность ИБС на 1-м этапе у мужчин сел и городов была практически одинакова и составила 10,3 и 10,6 % соответственно. На 2-м этапе частота ИБС существенно возросла ($p<0,01$), как среди сельского, так и среди городского населения: 12,9 и 15,2 % соответственно.

За время наблюдения распространенность ЦВЗ на 1-м этапе была ниже среди мужчин сельского, чем городского: 4,7 и 6,9 % соответственно, p<0,01. На 2-м этапе распространенность ЦВЗ среди мужчин села практически не изменилась (4,7 и 5,5 %), тогда как среди городского населения распространенность ЦВЗ увеличилась (6,9 и 8,8 % соответственно, p< 0,02). На 2-м этапе частота ЦВЗ была также ниже среди мужчин села, чем города (5,5 и 8,8 % соответственно, p<0,01). Распространенность СД среди мужчин сельского и городского населения на 1-м и 2-м этапах исследования была практически одинаковой: (1,9 и 2,6 %; 2,4 и 2,9 % соответственно, p>0,05). Распространенность заболеваний почек с почечной недостаточностью на 1-м этапе была существенно ниже среди мужчин села, чем города (3,9 и 4,9 % соответственно, p<0,03). На втором этапе исследования частота заболеваний почек среди мужчин города практически не изменилась (4,9 и 5,5 %), тогда как среди мужчин села распространенность заболеваний почек существенно увеличилась (3,9 и 6,7 % соответственно, p<0,01) и была существенно выше, чем у мужчин города на 2-м этапе исследования (5,5 и 6,7 % соответственно, p<0,03).

Заключение. Таким образом, по данным скринирующего обследования случайных репрезентативных выборок из мужского населения 19-64 лет в динамике выявлены довольно высокие показатели распространенности сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний, определяющих стадию АГ и суммарный сердечно-сосудистый риск у больных.

0386 ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДИКТОРАМИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Копылова Н.В., Красиков С.И., Шарапова Н.В., Алехина Е.М.
ГОУ ВПО “Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”, Оренбург, Россия; ГУЗ “Оренбургская областная клиническая больница”, Оренбург, Россия

Одним из механизмов, через которые реализуется воздействие факторов окружающей среды на организм человека, является “окислительный стресс”, представляющий собой состояние, характеризующееся активацией процессов свободнорадикального окисления (СРО) с одновременным снижением эффективности антиоксидантных механизмов, что является одним из центральных звеньев в патогенезе электрической нестабильности миокарда и внезапной сердечной смерти (ВСС).

Цель: выявление зависимости между наличием предикторов ВСС и активностью антиоксидантных ферментов в крови и оценка риска развития “окислительного стресса” под воздействием факторов окружающей среды.

Материалы и методы: обследовано 96 человек, из них 20 условно здоровых лиц составили контрольную группу (средний возраст 24,0±0,8) и 76 пациентов, имеющих электрический субстрат и триггерные факторы развития ВСС (средний возраст 24,9±0,7). Оценку активности антиоксидантных ферментов в лизатах эритроцитов проводили спектрофотометрическим методом. Интенсивность СРО определяли путем железоиндуцирующей хемолюминисценции цельной сыворотки крови. Обработка данных электрокардиографического обследования, оценка показателей ЭКГ высокого разрешения и анализ вариабельности сердечного ритма проводились с помощью программно-аппаратного комплекса Поли-Спектр “Нейрософт”, обработка данных суточного монитортрования ЭКГ осуществлялась с помощью комплекса “ДМС Передовые технологии”.

Результаты: у лиц, имеющих предикторы ВСС, интенсивность СРО, оцениваемая по параметрам хемолюминисценции (вспышка 1,69±0,20 и светосумма 7,07±0,90) приблизительно в 3 раза выше, чем в контрольной группе (вспышка 0,67±0,06 и светосумма 2,60±0,25). Активность антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутаза и каталаза) также отличается. При этом супероксиддисмутаза (СОД) у лиц с предикторами ВСС на 30 % выше (СОД у лиц с предикторами ВСС 122,64±5,50, СОД в контрольной группе 94,33±8,35), а каталаза, напротив, на 17 % ниже, чем в контроле (каталаза у лиц с предикторами ВСС 421,14±14,49, каталаза в контрольной группе 509,10±29,51). Повышенная активность СОД сопровождается увеличением продукции пероксида водорода, который на фоне снижения активности фермента, разрушающего его (каталазы), в еще большей степени усугубляет проявления окислительного стресса.

Выводы: результаты исследования показали, что у лиц с риском внезапной некоронарогенной сердечной смерти имеют место явления окислительного стресса, проявляющиеся как повышением интенсивности СРО, так и изменением в активности окислительных ферментов. Это в свою очередь может указывать на роль активации процессов СРО в развитии электрической нестабильности миокарда и внезапной сердечной смерти.

0387 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО, УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Коренев Н.Н., Богмат Л.Ф., Носова Е.М., Яковлева И.М., Никонова В.В.
ГУ “Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины”, Харьков, Украина

Цель: изучить ранние признаки формирования метаболического синдрома у подростков с артериальной гипертензией (АГ).

Объект исследования: 43 подростка с первичной артериальной гипертензией (ПАГ) в возрасте 13-17 лет и 40 их сверстников с АГ, сопровождающейся ожирением и протекающей на фоне гипоталамического синдрома пубертатного периода (ГСПП).

Методы исследования: эхокардиография в “М” режиме по стандартной методике на аппарате “Sonoline-SL1”, фирмы “Siemens”, оценка сосудодвигательной функции эндотелия — по методике Celermajer и соавт. Липидный спектр крови изучался по уровню общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) фотометрическим методом. Холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), низкой плотности (ХС ЛПНП) и коэффициент атерогенности (КА) определяли расчетным методом. Углеводный обмен оценивали по уровню гликемии натощак в венозной крови и базального иммунореактивного инсулина (ИРИ), вычисляли коэффициент инсулинорезистентности (HOMA-IR). Сохранённая чувствительность к инсулину диагностировалась при уровне HOMA-IR меньше 2,77.

Анализ сосудистой реактивности плечевой артерии (ПА) в пробе с реактивной гиперемией не выявил достоверных различий у подростков с ПАГ по сравнению с подростками с АГ и ожирением (у подростков с ПАГ исходный диаметр ПА составил 0,46 см, а прирост 10 %; у юношей с АГ на фоне ГСПП исходный диаметр 0,48 см, а прирост 8 % от исходного). На фоне пробы с нитроглицерином показатель процента прироста диаметра ПА был снижен в обеих группах и находился в пределах 17 % и 16 % соответственно.

Показатели липидного спектра крови имели достоверные отличия в зависимости от типов АГ по уровню ТГ (0,79±0,054 ммоль/л у подростков с ПАГ против 0,97±0,08 ммоль/л — у юношей с ГСПП, p<0,05) и по частоте повышения ТГ и ХС ЛПОНП (62,2±7,9 % против 42,2±7,4 %; p<0,05).

При исследовании углеводного обмена установлено достоверное повышение уровня ИРИ у пациентов с АГ на фоне ГСПП по сравнению с юношами с ПАГ (15,91±1,31 против 13,34±0,78 мкЕД/мл, p<0,05). Периферическая инсулинорезистентность различной степени выявлялась у 71,9±7,9 %

больных с ГСПП и лишь у 39,5±7,4 % подростков с ПАГ (p<0,01). Достоверными выявились различия и в средних показателях индекса HOMA-IR (3,65±0,30 — у юношей с ГСПП и 3,03±0,19 — у подростков с ПАГ, p<0,05).

Таким образом, у подростков с АГ на фоне ГСПП значительно чаще и с большей выраженностью выявлялись прогностически неблагоприятные нарушения метаболизма липидов и углеводов с возможным формированием у них сосудистых осложнений различной локализации.

0388 ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ АУТОРОЗЕТОКООБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Коричкина Л.Н., Рогова З.Ш., Волков В.С., Тофило Е.Л.
ГОУ ВПО "Тверская ГМА", Тверь, Россия

Цель — оценить интенсивность ауторозеткообразования (АРО) в периферической крови у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в процессе лечения.

Материал и методы. Обследовано 89 больных с верифицированным диагнозом ОИМ (55 мужчин, 34 женщины, средний возраст 62,8±10,5 года). У них при поступлении и выписке из стационара проводили забор капиллярной крови. В мазках крови (окраска по Романовскому-Гимзе) подсчитывали общее число лейкоцитов (Л), ауторозеток (АР) и АР с экзоцитарным лизисом (ЭЛ) эритроцитов (Э). Контрольную группу (КГ) составили здоровые лица (20 мужчин, 20 женщин, средний возраст 49,7±1,1 года). Статистическую обработку проводили с использованием пакета программмы "Microsoft Exsel-2006" и "Biostat". Данные представлены в виде M±SD, для исследования взаимосвязи признаков применяли метод корреляционного анализа Спирмена.

Результаты. У обследованных КГ общее число Л было 4,8±0,79, АР — 0,75±0,78, АР с ЭЛ — 0,39±0,38.

У больных ОИМ при поступлении общее число Л было 9,6x109/л, АР — 21,5±8,12 (на 100 Л), АР с ЭЛ — 11,3±4,6 (все p=0,001). Количество назначенных лекарственных препаратов составило 6,4.

У больных ОИМ при выписке из стационара отмечалось снижение общего числа Л — 7,1±2,4, АР — 14,3±5,3, АР с ЭЛ — 11,2±5,2, (все p=0,001). При этом отмечена статистически значимая корреляционная связь между количеством лекарственных препаратов, общим числом АР и АР с ЭЛ (соответственно r=0,51, p=0,001; r=0,052, p=0,001).

Таким образом, у больных ОИМ в периферической крови, по сравнению с КГ, отмечается увеличение числа АР в 28,7 раза и АР с ЭЛ в 39,2 раза. В процессе лечения общее число АР уменьшается в 1,48 раза, АР с ЭЛ в 1,36 раза, однако процентное содержание АР с ЭЛ возрастает на 26 %. При этом отчетливо увеличивается показатель коэффициента корреляции между количеством лекарственных препаратов, общим числом АР в 1,37 раза и количеством АР с ЭЛ в 1,92 раза. Можно полагать, что на процесс АРО в крови воздействует как само заболевание, так и проведенная лекарственная терапия. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

0389 КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Корнева В.А., Кузнецова Т.Ю.
Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Повышенный уровень холестерина является одним из основных факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель: проанализировать этиологию гиперхолестеринемии (ГХС) и частоту развития ИБС у больных с ГХС.

Материалы и методы: обследовано 135 пациентов с выраженной ГХС, средний возраст 47,8 лет, мужчин — 56 (41,5 %). Были отобраны пациенты с дислипидемией 2А типа по Fredrickson (уровень общего холестерина (ОХС) более 9 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) менее 2 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) более 3 ммоль/л). Оценка показателей липидного спектра проводилась энзиматическим калориметрическим методом. С целью выявления вторичной ГХС у больных исключалась патология печени, эндокринная патология (сахарный диабет, гипотиреоз), нефротический синдром. Всем больным выполнялась оценка показателей липидного спектра, глюкозы, трансаминаз, протеинограммы, гормонов щитовидной железы, эхокардиоскопия, суточный монитор ЭКГ, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Клиническая оценка семейной ГХС (СГХС) проводилась по системе, разработанной The Dutch Lipid Clinic Network, Нидерланды. Диагноз считали определенным при количестве баллов более 8, вероятным — при количестве баллов 6-8, возможным, если количество баллов было 3-5.

Результаты: у 83-х пациентов (61,5 %) была выявлена вторичная гиперхолестеринемия, средний возраст 52 года, 49 человек (59 %) — женщины. У 27 чел. (32,5 %) диагностирована хроническая патология печени и желчевыводящих путей (хронический гепатит, цирроз печени, желчно-каменная болезнь, дискинезии желчевыводящих путей), у 20-ти (24,1 %) — сахарный диабет второго типа и нарушение толерантности к глюкозе, у 36-ти (43,4 %) диагностирован гипотиреоз. У 15 человек из этой подгруппы (18,1 %) диагностирована ИБС, у 5 из них (6,1 %) — в анамнезе острый инфаркт миокарда (ОИМ), у 12 (14,5 %) диагностирована стенокардия напряжения (у 7 человек — 2ФК, у 5 пациентов выявлена стенокардия 3 ФК).

У 52-х пациентов (38,5 %) данных за вторичную гиперхолестеринемию выявлено не было. Клинически была диагностирована СГХС (у 26 человек диагноз был вероятный, у 20-ти определенный и у 6-ти возможный). Среди пациентов этой подгруппы 29 женщин (56 %), средний возраст 41±0,5 год. Клинические данные: ИБС встречалась в 71,2 % случаев (у 37 человек), ведущей нозологической формой был ОИМ — 31 человек (59,6 %), в 11,6 % была диагностирована стенокардия напряжения. У 25 человек (80,6 %) ИМ был передней локализации. Достоверного различия по глубине ИМ выявлено не было (ИМ с зубцом Q был диагностирован у 18 (58,1 %), ИМ без зубца Q — у 13 (41,9 %).

Выводы: Ведущей причиной вторичной гиперхолестеринемии в исследуемой выборке пациентов был гипотиреоз (43,4 %). Среди пациентов с первичной гиперхолестеринемией в 71,2 % случаев была выявлена ИБС, преобладающей нозологической формой был передний ОИМ -диагностирован у 80,6 % пациентов.

0390 МАРКЕРЫ АКТИВАЦИИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Коробченко Е.Е
Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Смертность среди пациентов с ФП в 2 раза выше, чем у больных с синусовым ритмом, что связанно с увеличением числа тромботических осложнений. Выбор соответствующего режима антитромботической терапии происходит в контексте риска тромбоэмболий и не учитывается индивидуальное состояние гемостаза. Изучение состояния гемостаза у больных с ФП явилось целью настоящего исследования.

Обследовано 40 больных с различными формами ФП, из них 23 женщины и 17 мужчин. Средний возраст составил 67,8±8,71 лет. У 75 % исследуемых выявлены 2 и более факторов риска тромбоэмболий (артериальная гипертензия, пожилой возраст, сахарный диабет, сердечная недостаточность IIA степени и более).

Всем исследуемым было поведено полное клинико-лабо-

раторное исследование. Были исследованы параметры гемостаза такие как-растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), фибриноген, МНО, тромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), антитромбин, эуглобиновый и XIIa-зависимый лизис. Проведено исследование спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов. Произведен забор крови для иммуноферментного анализа на D-димер и ингибиторы тканевого тромбопластина.

При исследовании были выявлены тромбогенные сдвиги во всех звенья гемостаза. Маркером активации сосудисто-тромбоцитарного звена является повышение спонтанной агрегации у всех пациентов, а так же гиперагрегация тромбоцитов (полная, необратимая) индуцированная адреналином выявлена у 13(32 %) человек, у 7(17,5 %) пациентов индуцирована средней дозой АДФ и у 17(42,5 %) гиперагрегация индуцирована коллагеном. Выявлено повышенное значение активности фактора Виллебранда среднее показатели, которого резко отличались от референтных-213 ± 35,62 % (норма 50-150 %). Также у всех больных обнаружено повышение маркеров внутрисосудистого свертывания, таких как РФМК 12,9±6,30 мг5 (до 4 мг%). Показатели тромбинемии не значительно отличались от нормальных значений. Среднее значение тромбинового времени -17,02±3,59 сек (норма 14-17сек), содержание фибриногена было повышено у 15 % пациентов. Значительные сдвиги наблюдались в показателях фибринолитической системы. Так, среднее значение показателя эуглобинового лизиса составило 2423,77±71,64 мин (норма 180-240мин), XIIa-зависимый лизис-17,62±10,07 мин (норма 4-10мин), что говорит об " истощении" системы фибринолиза.

Таким образом, у исследуемых пациентов сохранялись тромбогенные сдвиги в системе гемостаза, что говорит о неэффективности проводимой антитромботической терапии. О чем также, свидетельствуют показатели тромбинемии (в первую очередь повышение РФМК) и активация сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза (повышение агрегационной способности тромбоцитов). Для проведения эффективной профилактической антитромботической терапии у пациентов с ФП необходимо более глубокое исследование показателей свертывающей системы.

0391 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Королева Е.А., Никитина Е.В., Федулова Е.Е., Седлецкая Н.Н., Кузнецова Т.Ю.

Петрозаводский госуниверситет, Больница скорой медицинской помощи, Петрозаводск, Россия

Цель: проанализировать клинические проявления, время обращения за скорой медицинской помощью (СП), информативность метода электрокардиографии при остром инфаркте миокарда (ОИМ) на догоспитальном этапе.

Методы: проанализировано 126 случаев диагностики ОИМ на этапе СП. Группу составили 69 мужчин (45 %), 57 женщин (55 %), средний возраст 65 лет. Диагноз ОИМ устанавливался на основании клиники, данных анамнеза, осмотра, анализа ЭКГ-картины. У 73-х больных диагностирована сопутствующая артериальная гипертензия (58 %), в 11 % — сахарный диабет. Предшествовала клиника стабильной стенокардии в 28 %, ОИМ в анамнезе — 26 %.

Результаты. Подгруппа "острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом ST" — 75 человек (60 %), в 40 % — ОКС без подъема ST. В большинстве случаев клинические проявления ОИМ в виде типичного ангинозного приступа (82 человек, 65 %). В 14 % случаев (17 человек) клинические проявления в виде нестабильной стенокардии, в 4 % — нетипичный кардиальный болевой синдром, в 17 % — атипичные варианты (обморочное состояние, удушье, слабость, сердцебиение). Время обращения за СП при наличии типичного болевого приступа составило в среднем 3 часа (от 5 минут до 20 часов), в случаях нестабильной стенокардии — в среднем 1,5 суток (от 20 минут до 3-х дней). Осложнения ОИМ на догоспитальном этапе: шок — 10 %, острая левожелудочковая недостаточность — 10 %, нарушения ритма — 5 %, клиническая смерть — 5 %. Изменения ЭКГ, позволяющие подозревать ОИМ, выявлены в 91 %. В большинстве случаев они сопровождали типичный ангинозный приступ (83 %), но в 17 % выявлялись при отсутствии типичной клиники. В 17 % случаев при наличии типичной клиники ЭКГ изменения в виде подъема ST появились в течение первого часа болевого синдрома. Средние временные параметры: "вызов-прибытие СП" — 12 минут, "дом-стационар" — 11 минут, "вызов — стационар" — 45 минут. Типичность клинической картины не зависела от сопутствующих сахарного диабета, артериальной гипертензии, ОИМ в анамнезе, но при наличии стабильной стенокардии клиника ОИМ в виде типичного приступа развивалась достоверно реже, чем при ее отсутствии (88 % против 98 %, p=0,02).

Выводы. Диагностическое представление об остром инфаркте миокарда на догоспитальном этапе основывается на типичной клинической картине ангинозного приступа (65 % больных), нестабильной стенокардии (14 %), атипичная клиника встречалась в 21 %. Среднее время обращения за СП при ангинозном приступе составило 3 часа. Изменения ЭКГ, позволяющие подозревать ОИМ, выявлены в 91 %, в остальных случаях диагностика ОИМ основывалась на типичной клинике, анамнезе факторов риска, наличию осложнений.

0392 ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ НА КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Коростовцева Л.С.[1], Свиряев Ю.В.[1], Звартау Н.Э.[1], Конради А.О.[1], Калинкин А.Л.[2]

ФГУ "Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии Росмедтехнологий"[1], Санкт-Петербург, Россия; Городская больница № 83 ФМБА[2], Москва, Россия

Цель исследования — изучить связь между степенью тяжести нарушений дыхания во время сна (НДС) и уровнем когнитивной функции.

Материалы и методы. В исследование было включено 100 пациентов (из них 58 мужчин, средний возраст составил 56,5±11,1 года), имевших жалобы на храп и дневную сонливость. У 64 пациентов имели место сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) (у 54 — ишемическая болезнь сердца, у 45 — хроническая сердечная недостаточность (ХСН), у 11 — цереброваскулярная болезнь), и у 21 — сахарный диабет тип 2. Всем пациентам проводилось полисомнографическое исследование (Embletta, Australia). Для оценки когнитивной функции использовали скрининговые тесты: батарею лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery, FAB), краткое исследование психического состояния (Mini Mental Status Examination, MMSE) и тест рисования часов (Clock Drawing Test, CDT), — которые выполняли в вечерние часы непосредственно перед проведением исследования сна.

Результаты. На основании индекса апноэ-гипопноэ (ИАГ) пациенты были разделены на 3 группы, сопоставимые по демографическим показателям, распространенности сопутствующих ССЗ и уровню образования: первую группу составили пациенты (n=35) с легкими НДС (5<ИАГ<15/час), вторую (n=21) — с НДС средней степени тяжести (15<ИАГ<25/час) и третью (n=44) — с тяжелыми НДС (ИАГ≥25/час). Средние значения результатов тестов MMSE, FAB и CDT соответственно составили 27,2±2,3, 14,4±2,6 и 6,3±2,7, при этом результаты MMSE и FAB тестов были значительно выше у пациентов с тяжелыми НДС (p<0.01). Была выявлена отрицательная корреляционная связь результатов MMSE и FAB тестов с возрастом (r=-0,37 и r=-0,33, p≤0,001, критерий Спирмена) и с наличием симптомов ХСН (r=-0,31 и r=-0,30, p<0,05) и положительная — с уровнем образования (r=0,29 и r=0,28, p<0,05). ИАГ, а также индекс десатурации, отражающие степень тяжести НДС, положительно коррелировали с результатом MMSE (r=0,22 и r=0,24, p<0,05) и отрицательно — с CDT (r=-0,20 и r=-0,22, p<0,05). Однако при исключении влияния возраста и уровня образова-

ния значимая связь сохранялась лишь между MMSE и наличием признаков ХСН (r=-0,54, p=0,02), а при внесении поправки на ХСН все выявленные связи становились незначимы. В то же время у пациентов с симптомами ХСН результаты MMSE (26,4±2,7 и 27,9±1,4, p=0,001) и FAB (13,5±2,8 and 15,1±2,3, p=0,004) тестов оказались значительно ниже, по сравнению с лицами без ХСН.

Заключение. Степень тяжести НДС не ассоциирована со значимым ухудшением когнитивного статуса, и наиболее значимым фактором, влияющим на снижение когнитивной функции у пациентов с артериальной гипертензией и НДС, представляется наличие ХСН.

0393 МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Корягина Н.А., Рямзина И.Н., Колтырина Е.Н.
ГОУ ВПО ПГМА им ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования: выявить распространенность общего ожирения у лиц младше 45 лет в репрезентативной выборке Пермского края.

Материал и методы: В исследовании приняло участие 1956 человек: 1271 мужчин и 685 женщин, средний возраст 32,8±7,01 лет. Обследованные были разделены на 3 группы в зависимости от возраста: I группа (18-24 года)- 373 чел., II группа (25-34 года)- 649 чел., III группа (35-44 года)- 939 чел.

Для оценки массы тела использовали критерии Европейского общества кардиологов. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) было выделено: 1 группа — нормальная масса тела (индекс массы тела ≥18,5<25 кг/м^2); 2 группа — избыточная масса тела (индекс массы тела ≥25<30 кг/м^2); 3 группа — ожирение (индекс массы тела ≥30 кг/м^2). Всем обследуемым проведено анкетирование и клиническое обследование.

Результаты: ИМТ у всех респондентов в среднем составил 24,75±5,5 кг/м^2, при этом нормальная масса тела была у 64 %, избыточная- 27 %, ожирение — 9 %. Гендерные особенности распространенности избыточной массы тела и ожирения: среди женщин 21 % и 11 %, мужчин- 30 % и 8 %. Индекс массы тела статистически значимо увеличивался с возрастом обследованных (p=0,0001). При анализе возрастных групп следует отметить, что у лиц I группы в 83 % случаев наблюдалась нормальная масса тела, 15 % избыточная масса тела и 2 % ожирение; II группы- 68 %, 27 % и 5 %; III группы -56 %, 31 % и 13 % соответственно. Наиболее значительный прирост массы тела наблюдался, по сравнению с более молодой по возрасту группой, у женщин 35-44 лет (с 22,7 до 25,5 кг/м²). Следует обратить внимание, что средний уровень глюкозы крови составил 4,66±1,16 ммоль/л, при этом нарушения толерантности к глюкозе зафиксировано у 11 % респондентов, сахарный диабет — у 7 % обследуемых.

Выводы: избыточная масса тела и ожирение — это модифицируемые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, борьбу с которыми (пропаганду принципов правильного питания и профилактики гиподинамии) необходимо проводить среди молодого трудоспособного населения. Следует обращать внимание не только на молодых женщин, не достигших менопаузального периода, во время которого велик риск метаболических нарушений, но и на молодых мужчин, у которых процент избыточной массы тела превышает соответствующий женский показатель. Возможно, что в настоящий период имеет место эволюция кардиоваскулярных рисков у молодого населения РФ.

0394 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Косачева Н.Б.
ГОУ ВПО “ПГМА имени академика Е.А. Вагнера Росздрава”, Пермь, Россия

Цель: изучить взаимосвязь атеросклероза брахиоцефальных артерий (БЦА) с наличием артериальной гипертензии (АГ) у пациентов и возможность коррекции последней после оперативного лечения.

Материалы и методы: обследовано 70 человек (17 женщин и 53 мужчины (средний возраст 62,5±7,5 лет), которым планировалось оперативное вмешательство на БЦА стеноза сонных артерий (50 пациентов) и аномалии развития брахиоцефальных артерий (20 человек). Давность артериальной гипертензии составила от 4 месяцев до 32 лет. Уровень повышения артериального давления колебался в пределах 115 — 192 (151,5±27,26) мм рт.ст. Осложнения атеросклероза и АГ были представлены поражением органов-мишеней. Инфаркт миокард в анамнезе был зафиксирован у 26 (из них 9 — с Q) пациентов, в том числе у 3 — повторно. Эпизоды нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) имелись у 16 пациента. В одном случае ОНМК развилось в раннем послеоперационном периоде. Неврологические осложнения проявлялись также в виде транзиторных ишемических атак (ТИА) у 1 пациента. Нарушение кровотока в артериях дуги аорты определялось с помощью дуплексного сканирования БЦА. Уровень артериального давления (АД) регистрировался в течение 24 часов с использованием монитора Shıller B-102 в дооперационном периоде, через 3 — 5 дней и через 1-3 месяца после операции.

Результаты: у пациентов со стенозом каротидных артерий риск повышения уровня АД с возрастом увеличивается (p=0,04). Это касалось как САД (дневного (p=0,006) и ночного (p=0,01)), так и ночного ДАД (p=0,02).

До оперативного лечения было отмечено достоверно более высокий уровень АД у пациентов первой группы АДср (103,6±11,3 и 91,7±6,6 мм рт.ст.; p=0,00007), преимущественно за счет повышения систолического АД. Данный показатель был достоверно значим как в дневное время (146,5±14,1 и 125,5±12,8 мм рт.ст.; p=0,00007), так и ночью (139,4±18,3 и 113,7±10,0 мм рт.ст.; p=0,00007).

После оперативного вмешательства данные различия исчезали. У пациентов со стенозом сонных артерий уровень АД в раннем послеоперационном периоде снижается как за счет САД (145,1±14,7 до 135,6±12,3; p=0,02), так и ДАД (83,3±10,2 до 78,1±9,7мм рт.ст.; p=0,02). При этом в группе пациентов, имеющих аномалии развития брахиоцефальных сосудов достоверного снижения уровня АД выявлено не было. При обследовании в более поздний период снижение уровня АД продолжалось (135,6±12,3 до 127,4±11,4; p=0,0007) для САД и (78,1±9,7 до 73,3±7,9; p=0,0005) для ДАД.

Выводы: при поражении БЦА повышение АД в значительной степени обусловлено стенозом каротидных артерий и с возрастом прогрессирует. Оперативное лечение данных пациентов способствует снижению уровня АД, при этом снижение показателей артериального давления у пациентов, перенесших каротидную эндартерэктомию продолжается в течение нескольких месяцев после выполнения операции.

0395 ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ НА ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Косачева Н.Б.
ГОУ ВПО “ПГМА имени академика Е.А. Вагнера Росздрава”, Пермь, Россия

Цель: изучить взаимосвязь атеросклероза брахиоцефальных артерий (БЦА) с наличием артериальной гипертензии (АГ) у пациентов и возможность коррекции последней после оперативного лечения.

Материалы и методы: обследовано 70 человек (17 женщин и 53 мужчины (средний возраст 62,5±7,5 лет), которым планировалось оперативное вмешательство на БЦА стеноза сонных артерий (50 пациентов) и аномалии развития брахиоцефальных артерий (20 человек). Давность артериальной гипертензии составила от 4 месяцев до 32 лет. Уровень повышения артериального давления колебался в пределах 115 — 192

(151,5±27,26) мм рт.ст. Осложнения атеросклероза и АГ были представлены поражением органов-мишеней. Инфаркт миокард в анамнезе был зафиксирован у 26 (из них 9 — с Q) пациентов, в том числе у 3 — повторно. Эпизоды нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) имелись у 16 пациента. В одном случае ОНМК развилось в раннем послеоперационном периоде. Неврологические осложнения проявлялись также в виде транзиторных ишемических атак (ТИА) у 1 пациента. Нарушение кровотока в артериях дуги аорты определялось с помощью дуплексного сканирования БЦА. Уровень артериального давления (АД) регистрировался в течение 24 часов с использованием монитора Shiller B-102 в дооперационном периоде, через 3 — 5 дней и через 1-3 месяца после операции.

Результаты: у пациентов со стенозом каротидных артерий риск повышения уровня АД с возрастом увеличивается (p=0,04). Это касалось как САД (дневного (p=0,006) и ночного (p=0,01)), так и ночного ДАД (p=0,02).

До оперативного лечения было отмечено достоверно более высокий уровень АД у пациентов первой группы АДср (103,6±11,3 и 91,7±6,6 мм рт.ст.; p=0,00007), преимущественно за счет повышения систолического АД. Данный показатель был достоверно значим как в дневное время (146,5±14,1 и 125,5±12,8 мм рт.ст.; p=0,00007), так и ночью (139,4±18,3 и 113,7±10,0 мм рт.ст.; p=0,00007).

После оперативного вмешательства данные различия исчезали. У пациентов со стенозом сонных артерий уровень АД в раннем послеоперационном периоде снижается как за счет САД (145,1±14,7 до 135,6±12,3; p=0,02), так и ДАД (83,3±10,2 до 78,1±9,7мм рт.ст.; p=0,02). При этом в группе пациентов, имеющих аномалии развития брахиоцефальных сосудов достоверного снижения уровня АД выявлено не было. При обследовании в более поздний период снижение уровня АД продолжалось (135,6±12,3 до 127,4±11,4; p=0,0007) для САД и (78,1±9,7 до 73,3±7,9; p=0,0005) для ДАД.

Выводы: при поражении БЦА повышение АД вероятно обусловлено стенозом каротидных артерий и с возрастом прогрессирует. Оперативное лечение данных пациентов способствует снижению уровня АД, при этом снижение показателей артериального давления у пациентов, перенесших каротидную эндартерэктомию продолжается в течение нескольких месяцев после выполнения операции.

0396 РОЛЬ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ, ВЫЗВАННОМ АССОЦИАЦИЕЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Кочмашева В.В., Рождественская Е.Д.
ГУЗ "СОКБ № 1", кафедра ФПК и ПП УГМА, Екатеринбург, Россия

Цель исследования: установить роль инфекционных причин в дебюте и при рецидивах перикардита, вызванного сочетанием этиологических факторов.

Материал и методы. Общий объём клинических наблюдений составил 195 случаев перикардита различной этиологии, с разным характером течения и клинико-морфологическими вариантами заболевания. Среди 195 больных перикардитами мужчин — 99, женщин — 96. Возраст пациентов варьировал от 16 до 74 лет, средний возраст больных составил 46,3±4,8 года. Оценивались результаты лабораторных методов диагностики, в том числе, показатели иммунного статуса и онкомаркеры биологических жидкостей — крови, содержимого перикарда и плевральных полостей, использовались данные ЭКГ, эхокардиографии, рентгенографии и магнитно-резонансной томографии, изучался морфологический материал, полученный в ходе 27 перикардэктомий.

Результаты. В ходе анализа материала установлено, что у 48 пациентов (24,6 %) в формироапнии перикардита участвовали два и более этиологических фактора. Анализ причин поражения сердечной сорочки позволил выявить 8 этиологических факторов, вызывающих болезнь серозной оболочки сердца, и 6 факторов, провоцирующих обострение хронического процесса. Первичными причинами, вызвавшими заболевание, выступали: 1) туберкулезное поражение перикарда, 2) травма передней стенки грудной клетки. 3) инфаркт миокарда, 4) лекарственная и сывороточная болезнь, 5) поражение перикарда при лейкемии и лимфомах, 6) вирусная инфекция, 7) системные аутоиммунные заболевания. 8) уремия. Наиболее часто среди причин первичного поражения перикарда выступала туберкулезная инфекция — в 15 случаях из 48 (31,3 %). Вирусная инфекция вызвала дебют перикардита в 7 (14,6 %) наблюдениях. Факторами, провоцирующими обострение хронического процесса и не совпадающими с первопричиной заболевания, в нашем наблюдении служили: 1) вирусная инфекция, 2) лекарственное воздействие, 3) травма перикарда 4), микседема 5) ишемическая болезнь сердца, 6) бактериальная пневмония. Вирусная инфекция наиболее часто провоцировала обострения хронического перикардита, вызванного в дебюте заболевания неинфекционными причинами или перенесенной ранее туберкулезной инфекцией с токсико-аллергическим поражением перикарда. Вирусная инфекция вызвала обострение перикардита в 32 случаях из 48 наблюдений (66,7 %). Бактериальная инфекция вызвала нижнедолевую правостороннюю пневмонию, у больного (2 %). Анализ вариантов сочетаний этиологических факторов показал, что наиболее часто наблюдалась ассоциация инфекционных и неинфекционных причин заболевания — в 66,7 % наблюдений, ассоциация неинфекционных факторов почти в три раза реже — в 22,9 % случаев, а ассоциация инфекционных факторов составила 10,4 %. В случаях сочетаний инфекционных и неинфекционных факторов преобладала ассоциация травмы перикарда и вирусной инфекции — в 43,8 % наблюдений, сочетания инфекционных причин представлены во всех наблюдениях туберкулезным и вирусным поражением перикарда, при сочетании неинфекционных причин выявлено существенное значение лекарственного поражения перикарда с другими неинфекционными причинами — в 80 % случаев.

Выводы. Инфекционные факторы имеют большое значение в дебюте перикардита, вызванного ассоциацией этиологических факторов, и превалируют при его рецидивах.

0397 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кошелева Н.А., Бондаренко А.С.
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ Росздрава им. В. И. Разумовского", Саратов, Россия

Цель: выявить особенности психоэмоционального статуса у женщин в перименопаузальном периоде, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы: первая группа — 30 женщин в возрасте от 47 до 60 лет (средний возраст 55,3±4,1). Критерии включения: женщины в перименопаузальном периоде, перенесенный инфаркт миокарда, полученное письменное информированное согласие на участие в исследовании. Группа контроля — 20 здоровых женщин в возрасте от 44 до 59 лет (средний возраст 50,8 ±6,0) — II группа обследуемых.

Психический статус оценивали при помощи шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга — Ханина, госпитальной шкалы тревоги и депрессии, миннесотского опросника качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью и опросника качества жизни "SF-36".

Результаты: В обеих группах выявлена высокая реактивная тревожность, в I группе 46,2±7,06, во II группе 49,0±8,9 (p>0,05). По шкале личностной тревожности выявлен достоверно (p<0,05) более высокий уровень тревожности у пациенток I группы 55,3±5,15 по сравнению с практически здоровыми женщинами 47,6 ±2,18. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии в I группе выявлен средний уровень тревоги 10,71±6,1, а в группе контроля — низкий уровень тревоги 5,6±4,24 (p<0,05). Уровень депрессии у женщин в I группе

составил 10,0±5,1, что достоверно (p<0,05) выше, чем во II — 6,5±3,2.

По данным опросника "SF-36" физическая активность достоверно более низкая в I группе 37,8±23 по сравнению с группой контроля 97,1±4,6 (p<0,05). Ролевое физическое функционирование в I группе 18,3±28,8, во II группе 82,85±22,74 (p<0,05). Физическая боль менее выражена у пациенток в перименопаузе с перенесенным инфарктом миокарда 52,4±21,5 по сравнению с группой контроля 21,35±22,96 (p<0,05). Достоверно (p<0,05) более низкий уровень общего состояния здоровья выявлен у пациенток I группы (55,8±10,5) по сравнению с практически здоровыми женщинами (60,05±5,9). Жизнеспособность у пациенток I группы составила 53,6±9,99, что достоверно (p<0,05) выше, чем в группе контроля 53,25±9,25. Ролевое эмоциональное функционирование в I группе составило 17,96±85,4, что достоверно (p<0,05) ниже, чем во II 68,45±41,38. Социальная активность достоверно более низкая в I группе 55,96±22,47 по сравнению с группой контроля 72,15±25,7 (p<0,05). Психическое здоровье у женщин в I группе составило 51,4±9,34, что достоверно (p<0,05) ниже, чем во II 55,6±10,19. По данным Миннесотский опросника качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью в I группе выявлен более низкий уровень качества жизни 54,83±24,3, чем в группе контроля -5,8±12,69 (p<0,05).

Выводы: 1.У женщин в перименопаузе, перенесших инфаркт миокарда, установлен высокий уровень реактивной тревожности, личностной тревожности и депрессии по сравнению со здоровыми пациентками.

2.У женщин в перименопаузе, перенесших инфаркт миокарда, достоверно более низкий уровень качества жизни (по психическому и физическому компоненту здоровья) по сравнению со здоровыми пациентками в аналогичный период жизни.

0398 ЗНАЧЕНИЕ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кошелева Н.А., Ребров А.П.
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Целью исследования стало определение значения NT-проМНП у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза. В исследование включены 69 больных, имеющих симптомы ХСН, развившиеся после перенесенного Q-инфаркта миокарда. Уровень NT-проМНП определяли иммуноферментным методом с помощью реактивов фирмы Biomedica (Словакия). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 7.0. Уровень NT-проМНП в группе обследуемых пациентов составил 120,0 [60; 470] пмоль/мл. Получена положительная достоверная связь (p<0,05) между NT-проМНП и возрастом больных (r=0,35), ИМТ (r=0,38), ЧСС (r=0,50), ФК ХСН (r=0,46), СРБ (r=0,55), КСР ЛП (r=0,53), КСР ЛЖ (r=0,41), КДР ЛЖ (r=0,40), КСО ЛЖ (r=0,39), КДО ЛЖ (r=0,38), СДЛА (r=0,62), ИММ ЛЖ (r=0,58), и отрицательная достоверная связь (p<0,05) с ФВ (r=-0,54). По уровню медианы признака NT-проМНП все обследуемые больные разделены на две группы: I группу составили пациенты с NT-проМНП меньше и равным 120,0 пмоль/мл (35 человек), II группу — больные с NT-проМНП больше 120,0 пмоль/мл (34 обследуемых). Пациенты II группы по сравнению с больными I группы были достоверно старше (p=0,04), имели большее количество перенесенных инфарктов миокарда (p=0,01), большую длительность проявлений сердечной недостаточности (p=0,04), выше уровень ЧСС (p=0,003), более высокий уровень СРБ (p=0,005). Во II группе пациентов по сравнению с I группой достоверно больше общее число неблагоприятных событий (p=0,03), ухудшений ХСН (p=0,03), повторных инфарктов миокарда (p=0,02), летальных исходов (p=0,01). Выводы: 1. Уровень NT-проМНП 120 пг/мл и меньше свидетельствует о компенсации сердечной недостаточности 2. У пациентов с ХСН ишемического генеза и уровнем NT-проМНП более 120 пг/мл риск развития неблагоприятного события в течение года выше, чем у больных с уровнем NT-проМНП менее 120 пг/мл. 3. Для прогнозирования декомпенсации ХСН в течение года наибольшее значение имеет уровень NT-проМНП.

0399 ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ ТРОПОНИНА Т

Кратнов А.А., Климачева О.В., Кратнов А.Е., Хабарова И.В., Демьянкова Ю.О., Никитина О.В.
Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Известно, что среди различных маркеров некроза кардиомиоцитов самую высокую чувствительность и специфичность показал тропонин Т. Однако биохимические маркеры воспаления повышаются у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и при нормальном значении тропонина Т.

Цель исследования — изучение маркеров воспаления и состояния метаболизма нейтрофилов (НФ) у больных с ОКС в зависимости от уровня тропонина Т при поступлении в стационар.

Материалы и методы. В исследование был включен 31 пациент с нестабильной стенокардией и 27 — с инфарктом миокарда (средний возраст 62,5±10 лет). В крови определяли содержание фактора Виллебранда, интерлейкина 6, фактора некроза опухоли α, малонового диальдегида, проводили тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) с НФ, определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы. У 21 (58,3 %) больного с ОКС уровень тропонина Т был менее 0,1 нг/мл. Наблюдение за больными продолжалось 12 месяцев с момента включения в исследование. Регистрировались случаи возобновления тяжелой стенокардии покоя, рецидива или нового нефатального инфаркта миокарда, смерти от сердечно-сосудистых причин. В течение года наблюдения у 11 (52,4 %) пациентов с нормальным значением тропонина Т наблюдались повторные коронарные события, среди них повторная стенокардия покоя — у 5 (45,4 %), новый инфаркт миокарда — у 4 (36,4 %), коронарная смерть — у 2 (18,2 %) больных.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар у больных с ОКС и повышенным содержанием тропонина Т в крови, по сравнению с показателями пациентов с его нормальным уровнем, были достоверно выше уровни аспартатаминотрансферазы, креатинфосфокиназы, С-реактивного белка, содержание лейкоцитов в периферической крови (8,8±2,7 > 6,5±1,8·109; p = 0,003). У больных с ОКС и нормальными значениями тропонина Т, у которых в течение года наблюдения развились повторные коронарные события, по сравнению с пациентами с благоприятным исходом были достоверно выше значения фактора Виллебранда (3,9±1,6 > 2,3±0,8 МЕ/мл; p = 0,009), стимулированного НСТ-теста (134,1±17,1 > 100,9±12,3 нмоль восст. НСТ; p = 0,002) и малонового диальдегида (82,4±2,4 >56,5±15,4 мкмоль/л; p = 0,01). У больных с ОКС и нормальными значениями тропонина Т по данным кластерного анализа большей полнотой связи с развитием повторных коронарных событий обладал показатель стимулированного НСТ-теста с НФ.

Заключение. У больных с ОКС, у которых при поступлении в стационар уровень тропонина Т был менее 0,1 нг/мл, развитие повторных коронарных событий в течение года связано с увеличением уровня фактора Виллебранда, что сопровождалось активацией кислородзависимого метаболизма НФ и процесса перекисного окисления липидов.

0400 УЧАСТИЕ Ca^{2+} — АКТИВИРУЕМЫХ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ ЭРИТРОЦИТОВ В АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЗДОРОВЫХ ДОНОРОВ

Кремено С.В.[1], Груздева О.В.[1], Петрова И.В.[2], Ситожевский А.В.[3]

НИИ КПССЗ СО РАМН[1], Кемерово, Россия; ГОУВПО СибГМУ[2,] Томск, Россия; НИИ кардиологии СО РАМН[3], Томск, Россия

Нарушение реологических свойств крови, нарушение деформируемости и агрегации эритроцитов лежат в основе микроциркуляторных нарушений при сахарном диабете. Однако остается не ясным вопрос о патогенетических механизмах формирования данных нарушений на клеточном уровне. В связи с этим, целью данной работы явилась оценка роли Ca2+ активируемых калиевых каналов в агрегационной активности эритроцитов у больных с сочетанием сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии и здоровых доноров. В работе использовали кровь 15 больных с сочетанием артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа и 10 здоровых лиц. Суспензию эритроцитов получали из гепаринизированной венозной крови. Для этого кровь центрифугирования (1000g, 5 мин, 4^0C) и затем эритроциты дважды отмывали 3 частями изоосмотического раствора NaCl (150 мМ), содержащего 5 мМ Na-фосфатный буфер (pH 7,4), и один раз средой, содержащей 150 мМ NaCl, 1 мМ KCl, 1мМ $MgCl_2$, 10 мМ глюкозы (среда N). Рабочую суспензию эритроцитов, используемую для изучения агрегации, получали путем добавления 0,05 мл упакованных эритроцитов к 10 мл среды N. В качестве индуктора агрегации использовали алциановый голубой (2*10-5 г/мл). Оценивали максимальную степень и скорость агрегации по кривой светопропускания на двухканальном лазерном анализаторе 220 LA “НПФ Биола”, Россия. В серии экспериментов проводили предварительную инкубацию эритроцитов с клотримазолом — блокатором Ca^{2+} активируемых калиевых каналов эритроцитов (10 мкМ) в течение 3 минут. Достоверность различий оценивали с помощью непараметрических методов. В результате работы не было обнаружено различий агрегационной активности эритроцитов между группами больных и здоровых доноров. Так, максимальная степень и скорость агрегации эритроцитов по кривой светопропускания составили 60,0±11,68 % и 27,94±2,70 %/мин у больных и 76,96±7,57 % и 33,16±4,21 %/мин у здоровых, соответственно. Прединкубации эритроцитов здоровых доноров с клотимазолом приводила к снижению максимальной степени и скорости агрегации эритроцитов по кривой светопропускания на 32 % ($p<0,05$) и 26 % ($p<0,05$), соответственно. У больных значимых изменений изучаемых показателей агрегационной активности эритроцитов обнаружено не было, что может быть связано с нарушением регуляции Ca^{2+}-активируемых калиевых каналов, в частности, обусловленное изменением взаимодействия каналов с основным белком цитоскелета эритроцитов спектрином, изменением инсулин- и редокс- опосредованной регуляции каналов, что для данной категории пациентов было показано нами ранее. Таким образом, Ca^{2+} -активируемые калиевые каналы эритроцитов принимают участие в регуляции агрегации эритроцитов здоровых доноров. У больных с сочетанием артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа происходит нарушение регуляции агрегационной активности эритроцитов, обусловленное изменением функционирования и регуляции Ca^{2+} -активируемых калиевых каналов при данной патологии.

0401 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОЙ КРОВИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Крестьянинов М.В., Рузов В.И., Мельникова М.А, Олезов Н.В., Халаф Х.

УлГУ, ИМ, ЭиФК, кафедра факультетской терапии, Ульяновск, Россия

Целью работы является выявление гендерных особенностей взаимосвязи показателей красной крови и ремоделирования сердца у больных гипертонической болезнью.

Методы исследования. Было обследовано 168 больных гипертонической болезнью 2 степени (110 мужчин и 58 женщин). Средний возраст мужчин гипертоников 51 год (от 40 до 59лет), женщин — 57 (11) лет. Исключались пациенты с симптоматической АГ, постинфарктным кардиосклерозом, хроническими обструктивными болезнями легких, гематологической патологией. Всем исследуемым проводилось общеклиническое исследование крови: определялся общий гемоглобин (Hb), количество эритроцитов в 1 литре (Er), гематокрит (Ht), цветовой показатель (ЦП), среднее содержания гемоглобина в эритроцитах (MCH), средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах (MCHC), средний объем эритроцитов (MCV). Выполнялось ЭхоКС по стандартной методике с использованием допплеровского режима. Результаты обрабатывались в пакете программ STATISTICA 8.0. Данные с нормальным распределением представлялись в виде M (SD), данные с распределением отличным от нормального — в виде Me (верхний квартиль; нижний квартиль). Статистическая значимость методов устанавливалась при уровне $p<0,05$. Полученные результаты. У женщин с АГ, по сравнению с мужчинами, выявлены большие значения ИКДР (соответственно, 2,84 (0,33) и 2,55 (0,27); t=-6,13; $p<0,01$), E (соответственно, 0,61 и 0,56, U-критерий, p=0,002), E/A (соответственно, 0,98 и 0,74, U-критерий, p=0,008), ИММ ЛЖ (соответственно, 141 и 125, U-критерий, p=0,003); по сравнению с мужчинами, выявлена более сильная связь ФВ и КСР (соответственно, R= -0,74 и R= -0,36, $p<0,01$), ФВ и КСО (соответственно, R= -0,78 и R= -0,5, $p<0,01$), ФУ и КСР (соответственно, R= -0,72 и R= -0,5, p=0,033). В группе мужчин с АГ обнаружена связь IVRT с Er (R= -0,226, p=0,017) и Hb (R= -0,23, p=0,016). Выявлены связи Ht с КДР (R=0,30, p=0,001), с КДО (R=0,21, p=0,025), с ММ ЛЖ (R=0,24, p=0,012), с ИММ ЛЖ (R=0,19, p=0,043); связи MCH с КДР (R=0,27, p=0,004), с КСО (R=0,24, p=0,013), с КДО (R=0,24, p=0,013), с ИКДР (R=0,21, p=0,03). Определяются корреляционные связи MCHC с ОТМ (R= -0,32, $p<0,01$), с ЗСЛЖд (R= -0,28, p=0,003), с ТМЖПд (R= -0,31, p=0,001), с ОТС (R= -0,37, $p<0,01$). У женщин выявлены связи Er с A (R= -0,46, $p<0,01$) и Er с IVRT (R= -0,27, p=0,038), и связь Er с E/A (R=0,33, p=0,011). Обнаружены корреляционные связи A с Hb (R= -0,3, p=0,0086) и Ht (R= -0,34, p=0,008); MCH с ЗСЛЖд (R=0,38, p=0,003), ОТМ (R=0,395, p=0,002), ОТС (R=0,39, p=0,002), ИММ ЛЖ (R=0,26, p=0,046) и E/A (R= -0,28, p=0,032); MCHC с E (R= -0,28, p=0,033); MCV с ЗСЛЖд (R=0,28, p=0,034), ОТМ (R=0,26, p=0,046), ОТС (R=0,29, p=0,028) и A (R=0,29, p=0,025).

Выводы. 1. Гендерные различия структурных изменений сердца у больных АГ характеризуются большими значениями ИКДР и ИММ ЛЖ у женщин. 2. У мужчин с артериальной гипертонией более выражена диастолическая дисфункция. 3. У мужчин показатели красной крови коррелировали со структурными изменениями, а у женщин — с диастолической функцией.

0402 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Крестьянинов М.В.

ГУЗ Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн, Ульяновск, Россия

Целью работы является выявление гендерных особенностей ремоделирования сердца у больных гипертонической болезнью.

Методы исследования. Было обследовано 168 больных гипертонической болезнью 2 степени (110 мужчин и 58 женщин) и 33 практически здоровых человека (группа сравнения: 20 мужчин и 13 женщин). Средний возраст мужчин гипертоников (медиана и интерквартильный размах) 51 год (от

40 до 59 лет), женщин — 57 (11) лет. Средний возраст мужчин группы сравнения 48 лет (от 30 до 59), женщин — 49 (11) лет. Всем исследуемым проводилось ЭхоКС по стандартной методике в М-модальном и В-режиме с использованием допплеровского режима. Определялись линейные (КСР, КДР, ТМЖПд, ТЗСЛЖд, ОТС, ИОТ, ИКДР), объемные (КСО, КДО) показатели левого желудочка, показатели, отражающие его систолическую (УО, ФВ, ФУ, Vcf, ΔS) и диастолическую (E, A, E/A, DT, IVRT) функцию, масса миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ) и массу миокарда индексированную по площади поверхности тела (ИММ ЛЖ). Статистическая значимость методов устанавливалась при уровне p<0,05.

Полученные результаты. При сравнении мужчин и женщин с гипертонией, у женщин обнаруживаются большие значения ИКДР (соответственно, 2,84 (0,33) и 2,55 (0,27); p Levene=0,096; t=-6,13; p<0,01), E (соответственно, 0,61 и 0,56, U-критерий Манна-Уитни, p=0,002), E/A (соответственно, 0,98 и 0,74, U-критерий Манна-Уитни, p=0,008), ИММ ЛЖ (соответственно, 141 и 125, U-критерий Манна-Уитни, p=0,003).

В группе женщин с гипертонией не было выявлено корреляционных связей структурных и функциональных показателей левого желудочка с возрастом. У мужчин гипертоников отмечены слабые и умеренные положительные корреляционные связи структурных (КДО (R=0,23; p=0,015), ИКДР (R=0,33; p<0,001), ИММ ЛЖ (R=0,28; p=0,003)) и функциональных показателей (ФУ (R=0,28; p=0,003), A (R=0,25; p=0,008), DT (R=0,32; p<0,001), Vcf (R=0,19; p=0,042)) левого желудочка с возрастом.

У женщин, по сравнению с мужчинами, выявлена более сильная корреляционная связь ФВ и КСР (соответственно R=-0,74 и R=-0,36, p=0,0007), ФВ и КСО (соответственно R=-0,78 и R=-0,5, p=0,0032), ФУ и КСР (соответственно R=-0,72 и R=-0,5, p=0,033) и тенденция к более сильной корреляционной связи ФУ и КСО (соответственно R=-0,66 и R=-0,45, p=0,065).

Выводы. 1. У женщин с гипертонической болезнью наблюдаются большие, по сравнению с мужчинами, значения ИКДР и ИММ ЛЖ. 2. У мужчин с артериальной гипертонией на фоне меньшей индексированной массой миокарда левого желудочка и конечных диастолических размеров левого желудочка, по сравнению с женщинами, отмечается более выраженная диастолическая дисфункция по типу аномальной релаксации. 3. У женщин гипертоников систолическая функция в виде ФВ и ФУ более тесно связано с систолическим размером и объемом левого желудочка.

0403 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ПОЗИЦИИ НА КОРТОЧКАХ И СЕРОШКАЛЬНОГО СТРЕЙНА В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Криночкин Д.В., Чандраратна П., Пак Ю.А., Кузнецов В.А., Захарова Е.Х., Плюснин А.В., Семухин М.В, Горбатенко Е.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр” Тюмень, Россия; LAC/USC Medical center, Los Angeles, California, USA

Целью данного исследования была оценка возможности использования нагрузочной пробы в положении на корточках с определением показателей кольцевого смещения миокарда ЛЖ для диагностики ИБС.

Методы. Обследовано 53 мужчин (средний возраст 53,02±0,95 лет) с вероятной или типичной стенокардией напряжения, направленных кардиологом для проведения стресс-ЭхоКГ с целью верификации или исключения скрытой ишемии миокарда. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошло 35 мужчин (средний возраст 54,09±1,14 лет) с верифицированным диагнозом ИБС, во вторую группу пациентов без ИБС вошло 18 мужчин (средний возраст 51,47±1,65 лет). Коронарная ангиография выполнена у 52 (98 %) пациентов в течение первой недели после проведения стресс-ЭхоКГ. Всем пациентам была проведена ЭхоКГ на ультразвуковом аппарате IE 33 (Philips, Германия-США) с оценкой кольцевого смещения движения ткани (с применением методики Speckle Tracking), измерено артериальное давление, ЧСС и записана электрокардиограмма (ЭКГ), которые повторяли в положении стоя, на корточках (2 мин) и снова в положении стоя. Обследование прекращали, если появлялась боль в груди, нерегулярный ритм сердца, падение уровня артериального давления. Проводился количественный анализ смещения боковой стенки ЛЖ — TMAD 1 (мм) и межжелудочковой перегородки TMAD 2 (мм) на всех этапах проведения стресс-ЭхоКГ в позиции на корточках.

Результаты. По данным коронарной ангиографии диагноз ИБС был верифицирован у 32 пациентов и 22 пациента были с неизмененными коронарными артериями. Скрытая ишемия миокарда при стресс-ЭхоКГ на корточках была выявлена у 23 пациентов и опровергнута у 16 пациентов. В выявлении ИБС чувствительность корточковой пробы составила 72 %, специфичность 80 %. Чувствительность стресс-ЭхоКГ с добутамином составила — 90 %, специфичность — 91 %. При оценки показателей региональной деформации миокарда ЛЖ, в группе пациентов без ИБС получены достоверно более высокие показатели кольцевого смещения TMAD 1 и TMAD 2 в положении лежа исходно (12,07±1,13 мм и 9,86±0,66 мм, p=0,03; 12,17±0,89 мм и 9,52±0,51 мм, p=0,007, соответственно) и в позе на корточках (10,70±0,96 мм и 6,92±0,72 мм, p=0,002; 10,94±0,89 мм и 7,43±0,88 мм, p=0,03, соответственно). При сравнении динамики показателей TMAD 1 и TMAD 2 в двух группах, только в группе с ИБС мы получили достоверное их уменьшение в положении на корточках (с 9,86±0,66 мм до 6,92±0,72 мм, p=0,001 и с 9,52±0,51 мм до 7,43±0,88 мм, p=0,008, соответственно).

Вывод. Таким образом, несмотря на некоторые ограничения метода, проба в положении на корточках может быть использована в качестве дополнительного метода для диагностики ИБС. Сочетание стресс-ЭхоКГ с методикой серошкального стрейна позволяет количественно оценить систолическое смещение миокарда в зоне интереса для диагностики скрытой ишемии миокарда.

0404 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Круглова Н.Е., Панова Е.И., Стронгин Л.Г.
Нижегородская государственная медицинская академия, МЛПУ “Городская клиническая больница № 5”, Нижний Новгород, Россия

Цель: провести сравнительный анализ состояния кровообращения у больных с нефатальным инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от наличия и отсутствия сахарного диабета 2 типа (СД2).

Методы исследования: клиническое обследование больных, сопоставимых по возрасту, в подостром периоде ИМ с СД2 (I группа, 67 чел.) и без СД2 (II группа, 67 чел.), ЭКГ, ЭхоКС в динамике, в остром периоде и в конце стационарного этапа лечения, гликемия, HbA1c, липидограмма, перекисное окисление липидов, показатели шкалы-опросника клинического состояния больных (ШОКС) по Марееву В.Ю., 2000г на 5-7 день госпитализации и на 16-24 дни, тест 6-минутной ходьбы на 24 день стационарного лечения для оценки функционального класса хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН). Все больные получали стандартное лечение с применением дезагрегантов (аспирина), ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов, нитратов, гиполипидемических препаратов, при необходимости назначались антагонисты кальция, диуретики, сердечные гликозиды. Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. с расчетом медианы (Me) и квартилей, парные сравнения проводились с помощью непараметрического теста Манна-Уитни. Для оценки значимости различия долей применяли критерий хи-квадрат Пирсона.

Результаты: оценка состояния кровообращения по шкале ШОКС в конце острого периода ИМ показала более выраженные нарушения у пациентов с СД2: 8,3 (7,0; 10,0) против 5,9 (4,0; 8,0), p=0,0003. Определенная по ШОКС структура ФК ХСН показала отчетливое преобладание III-IV ФК при СД2, p=0,0001.

На фоне лечения наблюдалась статистически значимая положительная динамика в обеих группах больных. Так, в I группе показатели ШОКС изменились от 8,3±2,5 до 6,4±2,1, p=0,000000, во II группе- от 5,9±2,1 до 4,1±1,6, p=0,000. Анализ результатов теста 6-минутной ходьбы перед выпиской из стационара также подтвердил худшие показатели при наличии СД2. Так, медиана, нижний и верхний квартили результатов теста 6-минутной ходьбы в основной группе составили 200 (200; 350) метров, в контрольной группе- 400 (350; 500) метров, p=0,001. ЭхоКГ подтвердила более тяжелые нарушения систолической функции миокарда у больных с СД2, сохранявшиеся в динамике. Так, при госпитализации ФВ в зависимости от наличия и отсутствия СД2 составила соответственно 42,4±8,7 и 49,2±9,5, p=0,0006, в конце стационарного лечения-40,68±8,1 и 47,1±9,4, p=0,0006. Оценка в динамике клинической картины течения патологии подтвердила, что несмотря на идентичное лечение и положительную динамику в обеих группах, показатели при СД2 были хуже. Так, жалобы на одышку перед выпиской из стационара отмечали 65,5 % больных с СД2 и 25,0 %-без СД2.

Выводы: течение нефатального ИМ у больных СД2 отличалось не только большей тяжестью систолической дисфункции на стационарном этапе но и худшим потенциалом восстановления миокардиальной функции на фоне адекватной медикаментозной терапии.

0405 ОБМЕН ЛИПИДОВ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Крюков Н.Н., Габерман О.Е
ГОУ ВПО Самарский Государственный Медицинский Университет Росздрава, НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО "РЖД", Самара, Россия

Ожирение и нарушение липидного обмена относятся к основным модифицируемым факторам риска Артериальной Гипертонии (АГ). У пациентов, имеющих ожирение (индекс массы тела 30 кг/м^2 и более), часто развивается атерогенная дислипидемия. Повышение массы тела на каждые 10 % сопровождается повышением уровня общего холестерина в плазме крови на 0,3 ммоль/л.

Цель: выявить состояние липидного обмена у работников локомотивныз бригад с артериальной гипертонией и избыточной массой тела.

Методы исследования. Обследовано 64 работника локомотивных бригад (машинистов и их помощников), средний возраст составил (46,31±1,04 лет). Все обследованные имели избыточную массу тела. Средняя масса тела у пациентов с АГ составила 95,92±1,88 кг. Всем пациентам определяли уровень артериального давления (АД), проводили определение индекса массы тела по формуле Кетле. Степень ожирения оценивалась по классификации ВОЗ (1997). Кроме того исследовали уровень общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ) фотометрическим методом.

Полученные результаты. У 32 обследованных (50 %) выявлена избыточная масса тела (ИМТ — 25-29,9). 22 пациента (34 %) имели ожирение I степени (ИМТ 30-34,9). У 7 мужчин (10 %) зарегистрировано ожирение II степени (ИМТ — 35-39,9), у 3 (6 %) — III степени (ИМТ≥40). Данные проведенного исследования свидетельствуют, что при увеличении ИМТ наблюдается возрастание АД. Так, в случае избыточной массы тела, которая составила (27,38±0,25) кг/м^2 уровень АД составил (151,1±2,4) мм рт. ст. При наличия у пациентов ожирения III ст., когда ИМТ был (41,21±0,46) кг/м^2, то соответственно АД было существенно выше — (172,3±3,6) мм рт.ст. При изучении состояния липидного обмена выявлено существенные отличия при разных показателях ИМТ. Наиболее выраженные изменения наблюдались в случае ожирения III степени. При этом уровень ОХ при избыточной массе тела (ИМТ<30) составил (4,46±0,18) ммоль/л, триглицеридов — (1,83±0,21) моль/л, а при ожирении III степени (ИМТ>40) ОХ — (5,8±0,25) ммоль/л, (p<0,05) и ТГ — (2,59±0,09) ммоль/л, (p<0,05). Достоверные отличия выявлены и при сравнении ЛПНП в этих группах — соответственно (4,25±0,23) и (4,78±0,41) ммоль/л (p<0,05). Уровень ЛПВП был ниже нормы, однако существенных отличий между группами пациентов с избыточной массой тела и ожирением не было выявлено.

Выводы. Таким образом, среди работников локомотивных бригад повышение степени ожирения характеризуется не только возрастанием степени АГ, но и существенным ухудшением состояния липидного обмена. Полученные результаты указывают на необходимость проведения первичной и вторичной профилактики АГ среди работников локомотивных бригад.

0406 ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Крюков Н.Н., Киселева Г.И., Обыденникова О.Н., Васильева Г.Ю.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет", НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО "РЖД", Самара, Россия

Многочисленные исследования свидетельствуют о влиянии генов-кандидатов на развитие артериальной гипертонии. У работников локомотивных бригад, имеющих высоко стрессовую профессию, артериальная гипертония является профессионально обусловленным заболеванием. Поэтому считаем актуальным предопределить развитие артериальной гипертонии у данной группы лиц для проведения первичной профилактики и предотвращения осложнений заболевания в дальнейшем.

Цель настоящего исследования — оценить влияние полиморфизмов гена ангиотензиногена и рецептора первого типа ангиотензина на развитие артериальной гипертонии у работников локомотивных бригад.

Материалы и методы. Обследованы 55 пациентов мужского пола в возрасте от 22 до 60 лет. Из них с артериальной гипертонией первой степени были 44 человека, с артериальной гипертонией второй степени — 10 человек, третьей степени — 1 человек. Всем пациентам проводились эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование почек и надпочечников, компьютерная томография надпочечников, ультразвуковое исследование общей сонной артерии, исследовалось глазное дно. Учитывались результаты биохимического анализа крови (глюкоза, липиды, мочевина, креатинин), микроальбуминурия. В исследование не включались больные с симптоматической артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца.

Изучению подвергались образцы крови пациентов. Определение аллельных вариантов гена ангиотензиногена AGT (Thr174Met и Met235Thr) и рецептора первого типа ангиотензина R1(A1166C) проводили с помощью аллельспецифической полимеразной цепной реакции, с последующей детекцией методом электрофореза в агарозном геле. Использовались тест системы для диагностики SNP производства НПФ "Литех". Геномная ДНК выделялась с помощью реагента "ДНК-ЭКСПРЕСС-КРОВЬ".

Полученные результаты. Среди 55 обследуемых пациентов гены распределились следующим образом: гомозиготны по мутации Met235Thr 17 больных (30,9 %), гетерозиготны 24 больных (43,6 %), неизменённый ген выявлен у 14 человек (25,5 %). По мутации Thr174Met гомозиготны 2 пациента

(3,6 %), гетерозиготны 22 больных (40 %), неизменённый ген обнаружен у 31 обследуемого (56,4 %). По мутации R1(A1166C) гомозиготны 8 больных (14,6 %), гетерозиготны 18 больных (32,7 %), неизменённый ген имел место у 29 человек (52,7 %).

Выводы. У работников локомотивных бригад с артериальной гипертонией мутация Met235Thr выявилась у 74,5 % больных. Полиморфизмы Thr174Met и R1(A1166C) в группе обследуемых больных встречаются реже, чем неизменённый ген. Таким образом, выявленный полиморфизм Met235Thr может служить критерием предрасположенности к гипертонической болезни и позволит целенаправленно отбирать лиц, нуждающихся в первичной профилактике.

0407 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Крючков Д.В., Коваленко О.В., Макаров С.А., Артамонова Г.В.
Учреждение РАМН НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Широкое применение в современном здравоохранении получило развитие стационарзамещающих технологий (СЗТ) в амбулаторно-поликлинической службе. При этом развитие СЗТ при больничных учреждениях остается недостаточным и поэтому часто специализированные стационарные койки используются для пациентов, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, что в свою очередь перегружает стационары, повышаются затраты на госпитализацию. Так же следует отметить, что амбулаторная служба ограничена в возможностях применения современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

Цель исследования. Изучить возможность использование СЗТ для пациентов кардиологического профиля.

Материал и методы. Объект исследования — система оказания медицинской помощи в дневном стационаре при специализированном кардиологическом центре. База исследования — Кузбасский кардиологический центр (ККЦ) в г. Кемерово.

Результаты. Изучив материально-техническую, кадровую возможность, в 2009 году на базе приемного отделения ККЦ создан дневной стационар (ДС). Функциями ДС являются: подготовка пациентов к проведению сложных диагностических исследований, включая ангиографию, мультиспиральную компьютерную томографию, комплексная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), подбор терапии пациентам с впервые установленным диагнозом или субкомпенсацией хронического ССЗ, проведение лечения и реабилитации с применением современных медицинских технологий для пациентов, не имеющих показаний для госпитализации в круглосуточный стационар. Особенностью ДС является использование всех диагностических, лечебных и реабилитационных ресурсов ККЦ. Разработаны специальные лечебные и диагностические программы: артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца, нейроциркуляторная дистония, комплексная диагностика ССЗ, подготовка к ангиографии. Деятельность ДС осуществляется по хозрасчетному принципу.

В 2009 году в ДС было направлено 130 пациентов. Для верификации ишемической болезни сердца (ИБС) коронарография проведена у 18 из 33 (54,5 %). При этом 27,3 % пациентам ИБС была исключена. В структуре пролеченных пациентов лидирует декомпенсация гипертонической болезни (49,4 %), далее следуют стабильные формы ИБС (24,2 %), нарушения ритма сердца (10,2 %) и прочие кардиологические диагнозы (16,2 %).Среднее пребывание в ДС составило 7,2 койко-дня при среднем койко-дне в круглосуточном стационаре ККЦ — 14,7.

Выводы. Использование стационарзамещающих технологий в условиях специализированного кардиологического центра повышает доступность специализированной кардиологической помощи и позволяет уменьшить затраты на госпитализацию.

0408 ПОВЫШЕНИЕ ГЕМОСОВМЕСТИМОСТИ СОСУДИСТЫХ БИОПРОТЕЗОВ

Кудрявцева Ю.А.[1], Опарина Л.А.[2], Журавлева И.Ю.[1]
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[1], Кемерово, Россия; Иркутский институт химии им. А.Е.Фаворского СО РАН[2], Иркутск, Россия

Цель исследования. Повышение гемосовместимости биологических протезов артерий.

Материалы и методы. Использовали сегменты внутренней грудной артерии крупного рогатого скота. Биоматериал консервировали диглицидиловым эфиром этиленгликоля (ДЭЭ) и препаратом СМ2 (смесь эпоксисоединений с различной длиной и разветвленностью цепи, синтезированных в Иркутском институте химии им. А.Е.Фаворского СО РАН). Для повышения гемосовместимости модификацию образцов проводили в растворе нефракционированного гепарина "БелМедПрепарат" (Беларусь) и низкомолекулярного гепарина — эноксапарина натрия "Клексан" (Aventis, Франция). Тромборезистентность биоматериала изучали оценивая агрегационную активность тромбоцитов, количество адсорбировавшихся белков (по методу Бредфорда), качественный состав протеинов (иммуноэлектрофорез), количество иммуноглобулинов (ИФА-метод).

Результаты. Скорость активации тромбоцитов после контакта с немодифицированными ДЭЭ-консервированными образцами составила 39 %/мин, с СМ2-обработанными — 38 %/мин. После модификации нефракционированным гепарином данный показатель снижался до 34-35 %/мин. После контакта с поверхностью, консервированной СМ2 с дополнительной модификацией низкомолекулярным эноксапарином, скорость агрегации тромбоцитов была минимальной и достигала контрольных значений — 30 %/мин. Аналогичную тенденцию прослеживали и в отношении показателя максимума агрегации тромбоцитов. Изучение динамики адсорбции белков крови на поверхности биоматериала показало, что через 5 минут контакта с кровью на образцах, модифицированных гепарином, абсорбируется меньше протеинов, чем на немодифицированных. После модификации ДЭЭ-обработанных образцов нефракционированым гепарином количество адсорбированных белков снизилось в 1,7 раза — с 7,3 мкг/см^2 до 4,3 мкг/см^2, а низкомолекулярным эноксапарином — в 3,8 раза — до 1,9мкг/см^2. У образцов, консервированных СМ2, количество протеинов снизилось почти в 2 раза, независимо от вида использованного гепарина (с 4,8 мкг/см^2 до 2,6 мкг/см^2). К 90 минуте контакта с кровью на поверхности биоматериала, обработанного СМ2 и модифицированного эноксапарином натрия, отмечено минимальное количествоадсорбированныхбелков—8,3мкг/см^2.Качественный анализ белкового слоя показал, что через 90 минут контакта с кровью на поверхности ДЭЭ-обработанного биоматериала адсорбируются альбумин (60-80 %), трансферрин и иммуноглобулины (lgA, lgG и lgM). На образцах, консервированных СМ2, адсорбируются альбумин, lgA и lgG. После модификации эноксапарином натрия, детектированы только легкие белки — альбумин (75-90 %) и lgG. Фибриноген не был обнаружен ни в одном образце.

Выводы. Использование эпоксидной смеси СМ2 для консервации сосудистых биопротезов с последующей модификацией энаксапарином натрия, позволяет снизить контактно-активационную активность тромбоцитов, минимизировать абсорбцию белков крови, сдвинуть процессы абсорбции в сторону легких протеинов — альбумина и lgG, что приводит к снижению тромбообразования на поверхности сосудистых биопротезов.

0409 НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кудряшов Е.А., Скибицкий В.В., Тотуом Г.Б., Фендрикова А.В., Булыгин И.А.*

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия; Кубанский государственный университет*, Краснодар, Россия

Цель: Оценить нефропротективный эффект различных комбинаций антигипертензивных препаратов в зависимости от пола у больных артериальной гипертонией (АГ), сочетанной с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Обследовано 152 пациента обоего пола с АГ и СД 2 типа, рандомизированных в 4 группы: 1 группа (n=38) мужчин и 3 группа (n=40) женщин, получавшие ингибитор АПФ спираприл 6 мг/сутки и индапамид-ретард 1,5 мг/сутки, 2 группа (n=36) мужчин и 4 группа (n=38) женщин, принимавших антагонист рецепторов ангиотензина II (АРАII) кандесартан 16 мг/сутки и индапамид-ретард 1,5 мг/сутки. Через 3 месяца пациентам, не достигшим целевого уровня АД, дополнительно назначался амлодипин 10 мг. У всех пациентов до и через 6 месяцев терапии с помощью тест-полосок оценивалась микроальбуминурия (МАУ). По цвету окрашивания тест-полосок выделяли 3 степени МАУ: I степень-30-100 мг/л, II степень -100-200 мг/л и III-200-300 мг/л.

Результаты и обсуждение. Исходно микроальбуминурия была выявлена в 1 группе у 9 (23,7 %) мужчин, во 2 группе — у 7 (19,4 %) женщин, в 3 и 4 группах — у 12 (30 %) и 10 (26,3 %) больных соответственно (p>0.05). Через 6 месяцев терапии у мужчин (1 и 2 группы) наблюдалось снижением частоты МАУ в 4,5 и 2,3 раза соответственно. Среди мужчин, получающих спираприл (1 группа), достоверно (p=0,029) увеличилось число пациентов с минимальной выраженностью МАУ, а на фоне терапии, включающей кандесартан — значимо уменьшилось число больных с III степенью МАУ (p=0,011). У женщин терапия, включавшая спираприл (3 группа), МАУ диагностировалась в 3 раза реже, а при использовании кандесартана (4 группа) — в 10 раз реже (p = 0,026). Терапия кандесартаном сопровождалась значимым увеличением числа пациенток с I степенью МАУ за счет уменьшения случаев МАУ II и III степени. Количество больных с III степенью МАУ сократилось в 3,8 раза (p=0,044). Через 6 месяцев лечения частота определения протеинурии и МАУ в 3 и 4 группах достоверно не различалась. На фоне применения кандесартана в 4 группе по сравнению со 2 группой достоверно реже диагностировалась II степень МАУ (p = 0,003) и значимо чаще — минимальная степень МАУ (p= 0,014).

Выводы. Ингибитор АПФ спираприл и АРАII кандесартан обладают сопоставимым влиянием на частоту выявления МАУ у мужчин с АГ, сочетанной с СД 2 типа. Нефропротективный эффект иАПФ не имел гендерных различий. В то же время, в группе женщин нефропротективный эффект кандесартана оказался более значимым, как при сравнении с группой мужчин, получающих АРА II, так и при сравнении с женщинами, получающими терапию спираприлом.

0410 СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИБС, АССЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2: ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРОВ АТ1-РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II

Кузнецова А.В., Тепляков А.Т.
У РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Изучить антиишемические и метаболические эффекты, а также влияние на инсулинорезистентность блокатора АТ1-рецепторов ангиотензина II валсартана в комбинации с тиазидным диуретиком гидрохлортиазидом у больных ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом типа 2 (СД).

Материал и методы. В исследование включено 25 пациентов в среднем возрасте 59,2±5,8 лет, со стенокардией напряжения II-III ФК. У всех обследованных регистрировался ИМ давностью более 6 мес, АГ II-III ст. и СД 2 типа легкой и средней степени тяжести (стаж 10,5±5,6 лет).

Пациенты, включенные в исследование, дали свое письменное информированное согласие на участие в нем. В ходе исследования обследованные пациенты получали валсартан в средней дозе 106,0±6,3 мг и гидрохлортиазид в средней дозе 8,7±6,2 мг. Длительность курсовой терапии составила 3 месяца. Оценивалась динамика клинических проявлений коронарной недостаточности, физическая толерантность, тест 6-минутной ходьбы. Для оценки качества жизни применяли Миннесотский опросник. Метаболическую эффективность препарата оценивали по динамике уровня глюкозы натощак и постпрандиальной гликемии, инсулина. Определение индекса инсулинорезистентности проводилось по формуле: HOMA = инсулин (мкЕД/мл) · глюкоза натощак (моль/л) / 22,5.

Результаты. В результате 3-месячной курсовой комбинированной терапии валсартаном и гидрохлортиазидом частота стенокардии уменьшилась на 84,6 % (p<0,001). Потребность в нитроглицерине также статистически значимо сократилась на 86,4 %, при этом физическая толерантность существенно возросла на 42,6 %, сопровождаясь улучшением качества жизни на 13,7 %.

Показатели системной гемодинамики характеризовались снижением САД на 13 % (p<0,0001) и уровня ДАД на 14,6 %. Исходно повышенный базальный уровень гликемии уменьшился (p<0,00) на 15,3 %, составив 6,8±1,8 ммоль/л. Этому сопутствовало статистически значимое снижение постпрандиальной гликемии на 15,6 %, инсулина плазмы на 26,9 %.

Выводы. Результаты настоящего исследования подтверждают высокую антиишемическую и метаболическую эффективность комбинированной терапии блокатора АТ1-рецепторов А II валсартана в дозе 106,0±6,3 мг/сут в комбинации с гидрохлортиазидом 18,7±6,2 мг/сут в процессе 3 — месячной курсовой терапии у больных ИБС, ассоциированной с СД 2 типа.

0411 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИИ.

Кузнецова А.С., Бердникова В.А., Семячкина-Глушковская О.В., Анищенко Т.Г., Кузнецова Я.В.
ГОУ ВПО “Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского”, Саратов, Россия

Целью настоящих исследований явилось экспериментальное моделирование развития стресс-индуцированной гипертонии у нормотензированных самцов крыс.

Эксперименты проведены на нормотензивных крысах мужского пола с использованием длительного их пребывания в условиях высокой популяционной плотности (46) или изоляции (52). На протяжении 4 месяцев наблюдения за испытуемыми животными производилась контрольная регистрация уровня артериального давления и пульса через каждые 1, 2, 3 и 4 месяца.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica 5.0.

Результаты исследований показали, что у 88 % изолированных животных и у 78 % крыс проживающих в условиях перенаселения развивались типичные признаки устойчивой артериальной гипертонии: повышение уровня артериальное давление (АД) отмечалось до 165 мм рт.ст. в группе с изоляцией и до 141 мм рт.ст. в группе с перенаселением, что составило 168 % (p<0.05) и 143 % (p<0.05) от контроля, соответственно. Со стороны работы сердца, параллельно, у подавляющего числа крыс вне зависимости от типа стресса регистрировался высокий ритм сердечных сокращений. Повышение сосудистого тонуса на фоне тахикардии сопровождалось развитием гипертрофии миокарда в обеих экспериментальных группах.

Важными органами, регулирующими сердечно-сосудистую деятельность и испытывающими нагрузку со стороны высокого артериального давления, являются почки и надпочечники, масса которых также увеличивалась к 4 месяцу исследований у крыс со стресс-индуцированной гипертонией по сравнению с контролем.

Содержание животных в условиях социального стресса отражалось на их поведенческих реакциях и морфологических признаках. Для них была характерна низкая двигательная активность в сочетании с высокой степенью агрессивности и ухудшением структуры волосяного покрова.

Наличие у крыс, подвергшихся длительному влиянию социального стресса, устойчиво высоких базальных показателей АД на фоне повышенной сердечной деятельности являются свидетельством формирования стресс-индуцированной гипертонии. Развитие типичных для гипертонии признаков гипертрофии миокарда и повышения ренальной массы являются дополнительным подтверждением гипертензивного статуса.

Таким образом, возможность моделирования развития гипертонии с помощью хронических психоэмоциональных воздействий, которая была доказана в данном эксперименте, является ярким свидетельством триггерной роли стресса в патогенезе данного заболевания.

Исследования выполнены при поддержке гранта федеральной целевой программы "Научные и научно-педагогические кадры инновационной России" на 2009-2013 годы, НК-116П, № П441.

0412 ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ

Кузнецова И.А., Рыбакова М.Г., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выявление частоты амилоидного поражения клапанов.

Материлы и методы: клапанный эндокард больных (150 случаев), прооперированных в хирургических клиниках СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова по поводу клапанных пороков сердца различной этиологии. В 47 % наблюдений материал был представлен митральным, в 39 % аортальным и в 12 % пульмональным клапанами. Клиническими диагнозами в 59 % случаев были ревматический порок сердца, в 14 % миксоматоз клапанов, в 27 % атеросклеротическая деформация и "дегенеративные" изменения клапанов. Средний возраст больных 58 лет. Гистологические препараты окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону, толуидиновым синим, конго красным, ставились ШИК-реакция, иммуногистохимические реакции с антителами κ и λ, preamyloid, A-amyloid (фирмы "DAKO"), а также препараты просматривались в поляризационном свете.

Результаты. Амилоидоз был обнаружен в 32 % удаленных клапанов (аортальных, митральных, легочной артерии) на основании выявления конго рот положительных масс, дающих специфическое зеленоватое сечение в поляризованном свете. В 42 % амилоидные депозиты были обнаружены в клапанах с клиническим диагнозом "миксоматоз", в 30 % с диагнозом "дегенеративные" изменения, в 18 % с диагнозом "ревматический порок сердца", в 10 % с диагнозом "атеросклеротическая деформация клапанов". Макроскопически клапаны с амилоидной трансформацией были равномерно утолщены, белесоватые, плотные в области тела и комиссур, с гладкой поверхностью, сероватого цвета, без очаговых отложений кальция. В 33 % определялась "слоистость" створок клапанов преимущественно в их основании. Амилоид в клапанном эндокарде (в 11 %) встречался в эластическом и соединительнотканном слоях в виде небольших гомогенных, или вакуолизированных, или сетчатых, или глыбчатых эозинофильных масс, которые также были пикринофильны и конго рот положительные. Амилоидные депозиты располагались преимущественно по ходу эластических волокон клапанного эндокарда, прерывая и расслаивая эластические пучки. Вокруг амилоида и неравномерно диффузно в створках клапана определялся склероз с мелкими очагами гиалинизации и пылевидного обызвествления. Эндотелий был сохранен, несколько набухший. Встречались единичные макрофаги, лимфоциты, плазмоциты. При сочетании постревматического неактивного процесса и амилоидоза наряду с мелкими амилоидными депозитами в клапанах постоянно выявлялись сосуды с утолщенной стенкой за счет гипертрофии, гиперплазии медии, равномерного склероза и гиалиноза, лимфо-плазмоцитарные инфильтраты, мелкие поля бесклеточного фиброза, очаговая пролиферация эндотелия. В 13 % доказана системность амилоидоза на основании дисбаланса κ и λ (1:7).

Вывод: морфолог может заподозрить амилоидоз на основании нарушения хода коллагеновых и эластических волокон в клапанном эндокарде за счет мелких волокнистых эозинофильных депозитов. Косвенными макроскопическими признаками амилоидоза клапанов могут быть "слоистость", гладкая поверхность, равномерность утолщения, минимально выраженные процессы гиалинизации и кальциноза в створках клапана.

0413 КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТЬ КАК КЛЮЧЕВОЙ МЕХАНИЗМ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИИ

Кузнецова Я.В., Семячкина-Глушковская О.В., Анищенко Т.Г., Бердникова В.А., Кузнецова А.С., Семячкин-Глушковский И.А.
ГОУ ВПО "Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского", Саратов, Россия

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи между кардиоваскулярной стресс-реактивностью и нарушениями в регуляции артериального давления на различных стадиях развития гипертонии.

Эксперименты выполнены на 15 нормотензивных (контроль), 14 предгипертензивных (1 месяц изолированного проживания животных) и 12 гипертензивных (спустя 4 месяца пребывания крыс в условиях изоляции) самцах белых крыс. Среднее артериальное давление (ср.АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) регистрировали при помощи катетерной технологии на измерительно-вычислительном комплексе PowerLab/400. Кардиоваскулярную стресс-реактивность оценивали по изменениям гемодинамических показателей в условиях 60 мин иммобилизации и на протяжении 60 мин после отмены стресса. Для статистической обработки использовали пакет программ Statistica 5.0.

60 мин иммобилизация нормотензивных крыс сопровождалась повышением значения ср.АД в период стресса на протяжении 30 мин, после чего данный показатель достигал базальных значений. У крыс предгипертензивной группы высокий уровень АД регистрировался в течение 50 мин стресса, а в гипертензивной группе — на протяжении всего стресса и спустя 30 мин после его отмены. Интенсивность и продолжительность хронотропных реакций в условиях стресса существенно не различались между нормотензивной и предгипертензивной группами. Стресс-индуцированная тахикардия отмечалась на протяжении всего стресса и спустя еще 30 мин после его отмены. У животных с устойчивой формой гипертонии по сравнению с контролем наблюдались более выраженные изменения пульса, как по интенсивности, так и по длительности. Так, амплитуда повышения ритма сердечных сокращений в условиях стресса у гипертензивных крыс была в 1,4 раза ($p<0,05$) выше, чем у нормотензивных животных. Отмена стресса сопровождалась тенденцией к восстановлению исходного ритма сокращений в обеих группах испытуемых животных, однако статистически значимые высокие показатели ЧСС регистрировались еще на протяжении 60 мин восстановительного периода у гипертензивных крыс.

Таким образом, развитие артериальной гипертонии в условиях социального стресса сопровождается существенными перестройками в структуре кардиоваскулярной стресс-реактивности. Так, на начальных стадиях развития гипертонии отмечается изменение только сосудистого компонента стресса на фоне отсутствия визуального повышения базального уровня артериального давления и сердечной деятельности. Прогрессирование болезни сопровождается изменениями как сосудистого, так и сердечного компонентов стресса

Исследования выполнены при поддержке гранта федеральной целевой программы “Научные и научно-педагогические кадры инновационной России” на 2009-2013 годы, НК-116П, № П441.

0414 ТКАНЕВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кузьмин А.Г., Горбунов В.В., Горяинова Е.В., Мязин В.Е.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Самой частой причиной хронической сердечной недостаточности (ХСН) в Европе и России является инфаркт миокарда. Глобальная электромеханическая внутри- и межжелудочковая диссинхрония — атрибут ХСН, а локальные нарушения внутрижелудочковой синхронности ранний ее маркер.

Цель исследования: изучение внутрижелудочковой и межжелудочковой диссинхронии у пациентов с ХСН II, III ФК и различными типами постинфарктного ремоделирования.

Материалы и методы. В исследование включено 150 пациентов, средний возраст 53±9,7 лет, перенесших Q инфаркт миокарда левого желудочка (ЛЖ) различной локализации, давностью от 6 месяцев до 1 года, имеющих признаки ХСН II-III ФК по NYHA. Группа с ХСН II ФК состояла из 86 человек, III ФК — из 64 человек, в каждой группе выделены следующие типы ремоделирования ЛЖ: нормальная геометрия, эксцентрическая гипертрофия с дилатацией ЛЖ, эксцентрическая гипертрофия без дилатации ЛЖ, концентрическая гипертрофия.

Эхокардиография проведена на аппарате VIVID-7 (GE) по стандартной методике. Рассчитывались ФВ, СУ, КДДЛЖ, ДЗЛА. Морфофункциональный тип ремоделирования ЛЖ определялся на основе показателей ММЛЖ, ИММЛЖ, ИКДР, ИКДО, ИОТ. Внутрижелудочковая и межжелудочковая диссинхрония ЛЖ исследовалась с помощью импульсноволнового режима тканевого допплера, М-режима, импульсноволнового допплера. В крови определяли содержание NT-proBNP (уровень более 400 пг/мл расценивали как признак ХСН). Данные представлены в виде M±m. Различия оценивали по критерию Стьюдента, показатели считали достоверными при уровне значимости $p<0,05$.

Результаты исследования. У пациентов с ХСН II ФК внутрижелудочковая и межжелудочковая диссинхрония выше при ремоделировании по типу эксцентрической гипертрофии с дилатацией и без дилатации ЛЖ, концентрической гипертрофии, на что указывает увеличение ВЖМЗ до 101-124 мс, дисперсии интервала Q-Ts (32-38 мс), стандартного отклонения интервала Q-Ts (SD Q-TS = 25-29 мс), МЖМЗ ТДР более 40 мс. При нормальной геометрии в меньшей степени повышено ДЗЛА до 9-13 мм рт.ст., КДД ЛЖ до 13-17 мм рт.ст. и уровень NT pro BNP ниже, чем у пациентов с других групп.

У пациентов с III ФК ХСН во всех группах выявлен сегментарный и глобальный внутрижелудочковый диссинхронизм — увеличены ВЖМЗ — 114-147 мс, интервал Q-Ts (45-50 мс), SD Q-Ts (35-57 мс), пресистолический интервал более 120-136 мс. Внутрижелудочковая диссинхрония сочетается с межжелудочковой, на что указывает увеличение МЖМЗ ТДР до 37-55 мс. Во всех группах умеренно снижены ФВ, СУ, повышено ДЗЛА, КДДЛЖ. Уровень NT pro BNP значительно выше при ремоделировании по типу эксцентрической гипертрофии с дилатацией ЛЖ.

Выводы. У пациентов с Q инфарктом без расширения QRS на ЭКГ при прогрессировании ХСН усугубляется сегментарная и глобальная внутрижелудочковая, а также межжелудочковая механическая диссинхрония. В большей степени данные изменения наблюдаются при ремоделировании по типу эксцентрической гипертрофии с дилатацией и без дилатации левого желудочка, концентрической гипертрофии.

0415 РОЛЬ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ СТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кузьмина Т.М., Рогозина Л.А.
Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель работы: определить выраженность изменения морфофункционального состояния левого желудочка (ЛЖ) при постинфарктном ремоделировании у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения (ССН) III функционального класса (ФК), осложненной сердечной недостаточностью (СН), с сопутствующим метаболическим синдромом при различной степени поражения коронарного русла.

Материалы и методы исследования. Обследован 36 больной, из которых 32 мужчины и 4 женщины. Всем пациентам были поставлены диагнозы ИБС ССН III ФК, перенесённый 1 и более инфаркты миокарда, хроническая СН II ФК по NYHA. В качестве методов исследования использовались эхокардиография, контрастная левая вентрикулография, электрокардиография, контрастная селективноая коронарография с расчетом коронарного индекса, предложенного Ю.В.Беловым (1987). Поскольку среднее значение коронарного индекса (КИ), отражающего уровень, степень и распространенность стенозирования коронарных артерий, среди обследованных составило 17 баллов, мы разделили больных на группы с КИ менее 17 и КИ 17 и более. Средний возраст больных в 1-й группе 50,48±1,88 лет, во 2-й группе — 53,65±1,55 лет.

У всех пациентов имела место гипертоническая болезнь III стадии, III степени, группа очень высокой степени риска. Обе группы больных имели достоверные отличия с рекомендуемыми показателями окружности талии и индекса массы тела, в большей степени во 2-й группе. Также, в обеих группах пациентов была верифицирована достоверная гипертриглицеридемия, снижение липопротеидов высокой плотности, транзиторные состояния гипергликемии.

В обеих группах больных имело место увеличение массы левого желудочка (МЛЖ), индекса МЛЖ и коэффициента МЛЖ/рост, а также толщины задней стенки (ЗС) и межжелудочковой перегородки (МЖП) ЛЖ в диастолу. Утолщение МЖП в диастолу в группе пациентов с КИ 17 и более было достоверно выше, однако по остальным показателям достоверных различий выявлено не было. В тоже время, по параметрам конечно-диастолического и конечно-систолического объемов имелось достоверное различие между группами пациентов с более выраженной дилатацией у больных с КИ 17 и более. Снижение фракции выброса у пациентов обеих групп проявилось на 19,17 % в 1-й группе и на 28,44 % во 2-й группе больных ($p<0,001$). Показатели локальной сократимости степень циркулярного укорочения волокон миокарда (VCF), степень утолщения ЗС и МЖП ЛЖ в большей степени уменьшились у больных с КИ 17 и более.

Заключение. Исследование влияния степени и распространенности коронарного стеноза на течение постинфарктного ремоделирования у больных с ИБС ССН III ФК с СН II ФК по NYHA с метаболическим синдромом показало не только большую выраженность гипертрофии и дилатации ЛЖ в группе с КИ 17 и более, но и большее снижение сократимости миокарда. Данные результаты следует учитывать при выборе наиболее адекватной тактики ведения данных пациентов с использованием лекарственной и хирургической коррекции.

0416 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФЕНЕНОТРОПИЛА ПРИ АСТЕНИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Куклин С.Г., Дзизинский А.А., Шкодина Н.В*., Бедин А.М.*, Смирнова Ю.Ю.*, Лапшина Е.А.*, Балеевских Л.А.*
ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей МЗ и СР РФ, Иркутск, Россия; НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ОАО “РЖД” *, Иркутск, Россия

Цель — изучить эффективность и безопасность применения препарата Фенотропил® 100 мг в сутки при астении у больных с артериальной гипертензией (АГ) и/или ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. Обследовано 50 пациентов (18-68 лет), закончили исследование по протоколу 46 человек: 30 женщин и 16 мужчин, средний возраст 46±8,6 лет. Пациентов с АГ — 45 чел. (из них с ИБС 12 чел., стабильная стенокардия у 11 чел. и 1 с нестабильной стенокардией). Стадия АГ: 1 стадия -26 чел., 2 ст -6 чел., 3 ст.-13 чел. Критерии исключения: сердечная недостаточность (NYHA 3-4 класс); симптоматическая АГ; атриовентрикулярная блокада 2-3 степени; синоаурикулярная блокада; беременные или кормящие женщины; тяжелые, декомпенсированные или нестабильные соматические заболевания; астенический синдром вследствие психических заболеваний, анемии, гормональных расстройств; прием ноотропных и метаболических препаратов менее чем за 2 недели до включения в исследование. Пациенты принимали фенотропил по 100 мг 1 раз в сутки утром в течение 30 дней. Оценка эффективности препарата проводилась с использованием клинического метода и оценочных шкал: оценка астенических расстройств — опросник MFI-20; анкета оценки нарушений сна; шкала оценки выраженности вегетативных нарушений (Вейн А.М., Левин Я.И., 1998); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Данные представлены как M±SD. Для сравнения связанных групп данных использовали парный тест Вилкоксона.

Результаты. Через 30 дней терапии фенотропилом значимо уменьшилось значение шкал MFI-20: общая астения с 13,5± 3,1 баллов до 10,3± 2,9 б. ($p<0,00003$), физическая астения с 11,9±3,4 до 10,6±2,9 ($p<0,03$), пониженная активность с 11,8± 3,6 до 9,9±2,9 ($p<0,001$), снижение мотивации с 9,6±3,0 до 8,7±2,9 ($p<0,02$). Средний балл по анкете оценки нарушений сна улучшился с 18,8±3,5 до 21,0±3,2, б ($p<0,00006$). Значение шкалы оценки вегетативных нарушений снизилось с 31,5±11,6 б. до 18,0±9,8 б.($p<0,000001$). Значение шкалы HADS уменьшилось с 16,6±5,4 б. до 14,0±4,6 б ($p<0,004$). В этот же период отмечено достоверное снижение среднего САД с 129,5 ±13,0 мм рт.ст. до 122±19,1 ($p<0,008$) и ДАД с 81,8±8,9 до 78,1±7,3 ($p<0,02$). Не было значимых изменений ЧСС, длительности интервала QT. Четыре пациента отказались от исследования без объяснения мотивов и без ссылок на побочные эффекты Комплаентность оценивается как 92 %.

Выводы. Прием препарата фенотропил при астении у пациентов с АГ и/или ИБС в дозе 100 мг в сутки утром в течение 30 дней: 1. эффективен при лечении астении; 2. безопасен (не оказывал отрицательного влияния на параметры ЭКГ в т.ч. на длительность интервала QT, не изменялась ЧСС, достоверно умеренно снижалось САД и ДАД, не отмечено нежелательных явлений); 3. приводил к регрессу вегетативных нарушений, уменьшению нарушений сна, уровня тревоги и депрессии по шкале HADS.

0417 ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ОБЛУЧЕНИЮ: ДИНАМИКА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кукушкин С. К., Маношкиша Е.М.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий", Москва, Россия

Цель: анализ динамики тревоги и депрессии у мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (МЛ), страдающих артериальной гипертензией (АГ), на фоне длительной антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы: открытое, сравнительное, рандомизированное годовое исследование предусматривало сбор анамнеза, физикальный осмотр, измерение артериального давления. Для выявления тревоги и депрессии использовались 2, 7 и 9 шкалы теста СМОЛ, а также индексы тревоги "7-9" и депрессии "2-9" (значения ниже 0 — норма; 0 — 10 Т-баллов — легкие, 11-20 Т-баллов — выраженные, от 21 Т-балла и выше — значительно выраженные изменения). Основную группу (ОГ) составили 28 больных, контрольную (КГ)- 29 (средний возраст 52,2±1,3 и 51,5±1,1 лет, средняя длительность АГ 10±1 и 9,6± 1 год соответственно). ОГ получала ингибитор АПФ спираприл 6 мг/сут, при необходимости добавляли гипотиазид (12,5-25 мг/сут), затем атенолол (12,5-100 мг/сут). В КГ АГТ и ее коррекция проводились врачом поликлиники.

Результаты: исходно в обеих группах присутствовали легкие тревожные и депрессивные изменения, хотя в ОГ индексы "1-9" и "2-9" были выше по сравнению с данными КГ (4±2,9 и 5,5±3,1 Т-балла против 0,7±2 и 3,7±2,4 Т-балла). К концу исследования отмечено уменьшение тревоги и депрессии как в ОГ (0,6±2,6 и 2,8±3,5 Т-балла), так и в КГ (-0,3±2,5 и 1,3±2,8 Т-балла), причем в КГ показатель "7-9" достиг уровня нормы.

Также был оценен уровень тревоги и депрессии у пациентов ОГ и КГ, исходя из эффективности АГТ к окончанию исследования. В ОГ антигипертензивный эффект был достигнут у 22 (78,6 %), в КГ-лишь у 11 (38 %) больных ($p<0,01$). При оценке уровня тревоги и депрессии в зависимости от эффективности АГТ получено, что в ОГ исходный уровень тревоги и депрессии был ниже у пациентов с эффективной АГТ по сравнению с больными, не достигшими эффекта (3,6±3,5 и 4,5±3,7 Т-балла против 5,7±4,2 и 9±5,2 Т-балла). К концу исследования показатели тревоги и депрессии уменьшились в обеих подгруппах (эффективная АГТ: 0,9±3,3 и 2,5±3,9 Т-балла; неэффективная АГТ: -0,2±2,9 и 3,8±2,6 Т-балла). Пациенты КГ с эффективной АГТ исходно не имели тревоги и депрессии по сравнению с больными, лечащимися без эффекта (-2,6±3,3 и -0,9±5,4 Т-балла против 2,7±2,4 и 6,8±2 Т-балла). К концу исследования в КГ отмечена разнонаправленная тенденция: показатели тревоги и депрессии снизились в подгруппе с неэффективной АГТ до -0,2±3,1 (норма) и 1,2±3,7 Т-балла, а у пациентов, лечащихся эффективно, увеличились до -0,3±4,3 и 1,5±4,7 Т-балла (легко выраженные депрессивные изменения).

Таким образом, выраженность депрессивных и тревожных нарушений у МЛ влияет на эффективность АГТ. Длительная АГТ, как контролируемая, так и рутинная, способствует снижению уровня тревоги и депрессии у МЛ, страдающих АГ.

0418 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Куницына Н.Ю., Козиолова Н.А.
Краевой госпиталь для ветеранов войн, ГОУ ВПО "ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава", Пермь, Россия

Цель: выявить гендерные особенности развития ортостатической гипотензии у больных гипертонической болезнью пожилого возраста.

Методы: обследовано 167 больных гипертонической болезнью пожилого возраста, не принимающих постоянно антигипертензивную терапию. Среди них была выделена когорта больных гипертонической болезнью пожилого возраста с симптомами ортостатической гипотензии — 49 человек. В зависимости от половой принадлежности больные были разделены на 2 группы: первая -мужчины (n=42), вторая — женщины (n=7). Средний возраст мужчин составил 71,1±8,1, женщин — 75,2±8,4 года без достоверных различий. Среднее офисное АД среди мужчин составило 168,8 ±7,2/98,4±6,0, среди женщин — 162,8 ±8,7/93,4±7,5 мм рт.ст. без достоверных различий. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД.

Результаты: мужчин с ортостатической гипотензией было выявлено достоверно больше, чем женщин: 42 против 7 ($p<0,001$). Среднесуточное систолическое АД (САД) у женщин было достоверно ниже — 126,4±5,4 мм рт.ст., чем у муж-

чин — 136,2±7,4 мм рт.ст. (p<0,002). Среднесуточное диастолическое АД (ДАД) у мужчин в составило 78,2±5,4 мм рт.ст., у женщин — 75,1±3,4 мм рт.ст. (p=0,150). Вариабельность САД днем/ночью у женщин составила 12,8±2,1/11,6±3,0, у мужчин — 14,5±4,5/13,1±5,5 без достоверных различий между группами. Вариабельность ДАД днем/ночью у женщин (11,8±2,1/12,1±3,0) также не имела достоверных различи по сравнению с мужчин (11,6±2,1/12,4±1,2). Снижение ночного САД/ДАД у женщин было достоверно меньше и составило — 10,6±1,2/13,7±2,3 по сравнению с его динамикой в группе мужчин — 15,4±2,5/18,7±2,9 (p<0,001/<0,001). Индекс времени (ИВ) днем САД/ДАД у женщин составил 60,3±6,1/58,9±1,4, у мужчин 74,5±5,6/ 64,5±3,8 (p<0,001/0,001). ИВ ночью САД/ДАД у женщин был ниже, чем у мужчин и составил соответственно: 62,4±2,1/60,2±1,4 и 66,4±5,0/62,8±2,5(p=0,001/<0,001). Ортостатическая гипотензия у мужчин чаще выявлялась при наличии клинически выраженной хронической сердечной недостаточности (ХСН) (p=0,037), с сахарным диабетом 2-го типа (p=0,016) и реже встречалась при хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (p=0,008). У женщин таких особенностей не было выявлено.

Выводы: ортостатическая гипотензия у мужчин гипертонической болезнью пожилого возраста встречается чаще, чем у женщин, и ассоциируется у них с более высоким среднесуточным САД, большим снижением ночного САД и ДАД, более высоким ИВ САД и ДАД в ночные и дневные часы и связана с ХСН и сахарным диабетом 2 типа, реже встречалась при ХОБЛ.

0419 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЯХ

Курбанов Н.А., Абдуллаев Т.А., Мирзарахимова С.Т., Марданов Б.У.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести сравнительный анализ структурно-функциональных параметров сердца и вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациенток с перипартальной (ПКМП) и идиопатической дилатационной кардиомиопатиями (ДКМП).

Материалы и методы исследования. Обследовано 46 женщин фертильного возраста, страдающих ДКМП, разделенных на 2: I (n=26) с диагнозом ПКМП (дебют хронической сердечной недостаточности (ХСН) во время последнего триместра беременности или в течение первых 5 мес после родов), и II группы (n=20), которую составили женщины с идиопатической ДКМП. Комплекс обследований больных включали: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМЭКГ), трансторакальная ЭхоКС, рентгенкардиометрия с определением кардиоторакального индекса (КТИ). Тяжесть ХСН оценивалась согласно диагностическим критериями NYHA. при этом средний ФК и давность заболевания у больных I и II групп соответственно составили (оба p>0,05).

Результаты. Сравнительный анализ клинико-функциональных параметров показал, что больные обеих групп по среднему ФК СН (3,3±0,1 и 3,4±0,1 соответственно), давности заболевания (8,6±2,5мес и 10,6±2,8 мес) и значениям КТИ (63,9±1,2 % и 66,05±1,1 %) статистически не различались (все p>0,05). Анализ параметров внутрисердечной гемодинамики выявил, что больные с идиопатической ДКМП характеризовались большими значениями линейных размеров левых отделов сердца. Так, размер ЛП — на 8,8 % (44,2±0,7 и 40,3+1,2 мм, соответственно у больных II и I групп), КДР ЛЖ — на 7,5 % (69,3±1,8 и 64,1±0,9мм), и КСР ЛЖ — на 12,4 % (57,3±1,7 и 50,2±1,02мм) превышали аналогичные размеры в группе сравнения (все p<0,01). И, как результат сказанного, и ФВ ЛЖ у больных с ПКМП оказалась больше на 19,6 % относительно группы сравнения (41,01±1,3 % и 34,3±2,1 %, p=0,03). Линейные размеры правых отделов сердца и параметры диастолической функции ЛЖ между группами статистических различий не имели. Анализ показателей ВСР по результатам ХМЭКГ показал, что у пациентов с ПКМП отмечалось увеличение SDNN и RMSSD на 12 % и 18 % соответственно (оба p<0,05), а также прирост общей мощности спектра и его высокочастотной составляющей на 32 % и 28 % соответственно (оба p<0,01). Соответственно сказанному, больные I группы характеризовались снижением соотношения LF/HF на 26,5 % (p<0,01).

Выводы. Таким образом, у женщин, страдающих идиопатической ДКМП по сравнению с ПКМП, отмечается более выраженная дилатация левых отделов сердца, низкая сократимость миокарда, ассоциирующаяся значимым снижением вариабельности сердечного ритма, являющегося неблагоприятным прогностическим признаком.

0420 ОСОБЕННОСТИ ДНЕВНОЙ И НОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Кеворкова Ю.Г., Кличева О.Б., Азизов Ш.К.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение особенностей показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с пароксизмальной и персистирующей формами фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Обследован 121 пациент в возрасте от 25 до 69 лет (средний возраст 59,09±11,4 лет), из них 76 (62,8 %) мужчин. Основным этиологическим фактором рецидивирующей ФП в 84,3 % случаев являлась ИБС и/или ГБ, в 8,3 % случаев — некоронарогенные заболевания миокарда, идиопатическая форма ФП встречалась у 7,4 % больных. Всем больным на 2-3 день после восстановления синусового ритма в течение суток проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с определением ВРС на фоне базисной терапии основного заболевания с добавлением амиодарона или пропафенона. Оценивались как временной показатель SDNN, так и частотные (LF и HF) показатели дневной и ночной ВРС.

Результаты исследования: В зависимости от продолжительности последнего эпизода ФП до восстановления устойчивого синусового ритма все больные были разделены на 2 группы: I группа [n=83 (69,5 %)] с пароксимальной ФП (не более 7 суток), II группа [n=38, (30,5 %)] с персистирующей ФП (от 7 суток до 1 года). Средняя продолжительность эпизода ФП в I группе составила 3,85±2,7 суток, во II группе — 126,7±34,2 суток. Обе группы по полу, возрасту и характеру основных заболеваний достоверно не отличались. При оценке уровня показателей ВРС выявлено, что в I группе отмечался достоверно более высокий уровень LF (427,38±303,34 vs 272,92±147,0, p=0,003), а также HF (143,36±129,58 vs 88,49±33,17, p=0,011) в дневное время. Во II группе значения показателей LF и HF достоверно превышали значения соответствующих показателей в I группе (1513,78±344,74 vs 1258,96±567,64, p=0,01 и 491,2±170,33 vs 407,71±211,29, p=0,03) в ночное время. Кроме того, показатель SDNN во II группе имел также достоверно более высокие значения (81,26±23,09 vs 66,3±18,38, p=0,0002) в ночное время. При этом, в дневное время данный показатель в I группе был выше, чем во II группе (45,79±12,96 vs 73,02±10,41, p=0,24).

Вывод: Пациенты с персистирующей ФП отличались большей активностью как симпатической, так и парасимпатической нервных систем в ночное время на фоне восстановленного устойчивого синусового ритма, тогда как группа больных с пароксизмальной ФП характеризовалась большими значениями LF, HF и SDNN в дневное время.

0421 ПОТРЕБНОСТЬ В ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТАХ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Хусанов Ш.С.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Определить риск развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и потребность в назначении непрямых оральных антикоагулянтов (НОАК) у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП), осложнившей течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: В исследование включены 63 больных (76 % мужчины) с постоянной формой ФП, осложнившей течение ИБС в возрасте от 49 до 78 лет (средний возраст 65,83±6,48 лет), последовательно поступивших в отделение аритмии сердца РСЦК за период с 2006 по 2008 год. Продолжительность ФП колебалась от 1 года до 15 лет. Критерии включения: больные, не состоявшие ранее на учете в РСЦК, сопутствующие заболевания в стадии компенсации, отсутствие противопоказаний к приему НОАК.

При поступлении всем больным проведена ЭКГ в 12 отведений, ЭхоКГ, тест 6- минутной ходьбой, коагулограмма с определением МНО. Для определения риска ТЭО использована шкала CHADS2.

Результаты: Обследовано 63 больных с ИБС. Стабильной стенокардии напряжении II-III ФК. В 9 (14,3 %) случаях установлен диагноз ИБС, а в остальных 54 (85,7 %) случаях ИБС сопутствовала Гипертоническая болезнь. Недостаточность кровообращения (НК) по NYHA I- II ФК выявлено у 33 (52,4 %), III- IV класса- у 30 (47,6 %) больных. ПИКС в анамнезе установлен у 21 (33,3 %), ишемические нарушения мозгового кровообращения (ИНМК)- у 10 (15,8 %) и СД 2 типа у 9 (14.3 %) больных. Среднегрупповые ЭхоКГ показатели составили для: ЛП- 40.66±7.38; КДО- 169.6±61.6; ММЛЖ- 294.6±105,3; ФВ- 54.93±11.8.

По результатам оценки риска ТЭО по шкале CHADS2 22 (34,9 %) пациентов имели высокий риск ТЭО (более 3 баллов) и следовательно строгие показания к постоянному приему НОАК. У остальных 41 (65,1 %) больных выявлен средний риск ТЭО (от 1 до 3 баллов), что допускает назначение наряду с НОАК и ацетильсалициловую кислоту. Установлено, что на догоспитальном этапе, среди больных со средним риском ТЭО НОАК не принимал никто и лишь 4 (18 %) больных с высоким риском ТЭО принимали НОАК (Варфарин). При этом значения МНО, соответствовавшие рекомендуемым, выявлены лишь у 25 % больных, принимавших Варфарин.

Вывод: 1 Более 1/3 больных с постоянной формой ФП, осложнивших течении ИБС, имели высокий риск развития ТЭО и нуждались в постоянном приеме НОАК. 2. На догоспитальном этапе всего 18 % больных с ФП и высоким риском ТЭО находились на профилактическом приеме НОАК. 3. Адекватные дозы Варфарина, обеспечивающие должные значения МНО, принимали 1/4 больных.

0422 КУПИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАНОРМА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Азизов Ш.К.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: — оценить эффективность ААП I С класса пропафенона ("Пропанорм" (Пр), PRO.MED.CS Praha a.s. Республика Чехия) в восстановлении синусового ритма (СР) при персистирующей ФП (ПФП).

Материалы и методы исследования: В исследование включены 23 пациента обоего пола (ср. возраст 53,8±13,3 года) с ПФП. Из них были 19 мужчин (82,6 %). Этиологической причиной ФП явились ИБС — у 6 больных (26 %), гипертоническая болезнь — у 3 (13 %), ИБС в сочетании с ГБ — у 8 (34,9 %), постмиокардитический кардиосклероз — у 4 (17,4 %) и идиопатическая форма ФП — у 2 (8,7 %) больных. Анамнез ФП у пациентов колебался от 1 месяца до 22 лет. Продолжительность последнего приступа ФП от 8 дней до 11 месяцев, в среднем 79,9±82,4 дня. Критерии исключения из исследования: по рекомендациям ACC/AHA/ESC 2006 г.

Всем больным проводили ЭКГ в 12 отведениях до приема препарата и через 2,4,8,12 и 24 часа и по 1 разу в последующие дни; ЭхоКГ, ХМЭКГ, гормоны щитовидной железы. Для восстановления СР на фоне базисной терапии основного заболевания с включением оральных антикоагулянтов Пр назначался одномоментно 300 мг, при сохранении ФП и отсутствие противопоказаний через 4 часа больной принимал еще 300 мг, затем по 300 мг каждые 8 часов до достижения суточной дозы 900-1200 мг, а длительность лечения — 4 дня.

Результаты: У 1 (4,3 %) из 23 пациентов СР восстановился в течение первых 4 часов. Еще у 1 (4,3 %) больного СР восстановился на фоне суточной дозы Пр 900 мг. В течении 2 суток (48 ч.) восстановление СР произошло еще у 3 (13 %) больных а к 72 часу от начала терапии еще у 3 (13 %) больных, к концу 4 суток ФКВ наблюдалась еще у 1 (4,3 %) больного. Таким образом, на фоне курсовых доз Пр СР восстановился у 9 (39,1 %) больных из 23 больных ПФП.

В группе больных с невостановленным СР отмечается большая продолжительность ФП 105,8±89,0 против 39,7±38,9 дней (p=0,04), и исходный дефицит пульса 24,6±15,0 против 13,56±5,7 раз в мин. (p=0,04), В то же время следует отметить, что по анализируемых ЭхоКГ показателей не выявлены достоверные межгрупповые различия.

На фоне курсового приема Пр в дозах 900-1200 мг/сут. за период наблюдения в 2 (8,6 %) случаях выявлены кардиальные побочные эффекты (снижения САД до 90мм рт.ст.). Транзиторные некардиальные побочные эффекты наблюдались (головные боли) у 1 (4,3 %) пациента. При этом побочные эффекты не сопровождались существенным ухудшением самочувствия больных и не требовали отмены Пр.

Выводы: 1. Суточная (в течение 24 часов от начала приема первой дозы) купирующая эффективность Пр, при ПФП составила 8,6 %. 2. Купирующая эффективность курсового (4 дневного) приема Пр в дозе 900-1200 мг/сут достигла 39,1 %. 3. В группе больных продолжающийся ФП отличалась большей продолжительностью последнего приступа ФП, и большим исходным дефицитом пульса. 4. Курсовой прием Пр в дозе 900-1200 мг/сут сопровождался развитием транзиторными побочными эффектами у 12,9 % больных.

0423 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Салаев О.С.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

В Институте Химии Растительных Веществ АН РУз создан новый антиаритмический препарат (ААП) — аксаритмин (Ак). Ак представляет собой сумма алколоидов получаемых из корней и корневищ растения борца северного (Aconitum septentrionale) и по механизму действия относится к группе I С ААП.

Цель исследования. Изучить антиаритмическую эффективность (ААЭ) и безопасность Ак у больных с различными нарушениями ритма сердца (НРС).

Материалы и методы. Обследовано 39 больных с различными НРС. Средний возраст больных 37,10±11,86 лет. Критерий включения: частая желудочковая и/или наджелудочковая экстрасистолия, частая пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (ПНЖТ). Критерий исключения: острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, ХСН III-IV класс по NYHA, синдром слабости синусового узла, АВ-блокада II-III ст. У больных диагностировано некоронарогенные заболевания миокарда

(71,8 %), ишемическая болезнь сердца и/или гипертоническая болезнь (15,4 %), и в 12,8 % случаев идиопатическое НРС.

У больных проводился острый лекарственный тест с Ак 50 мг per os с дальнейшим переходом на курсовое лечение — по 25 мг 3 раза в день. Оценка ААЭ проводилась на 5 сут ХМЭКГ или чреспищеводным ЭФИ. При устранении НРС на 100 % ААЭ считали полным, более 70 % положительным, менее 70 % неудовлетворительным.

Результаты. В целом Ак проявил антиаритмический эффект у 26 (66,7 %) из 39 больных. При этом полный ААЭ наблюдался у 17 (43,6 %) больных, положительный у 6 (15,4 %), неудовлетворительный у 3 (7,7 %) больных. У 13 (33,3 %) больных Ак не оказал ААЭ. Сравнительный анализ по видам аритмий показал, что Ак проявляет большую ААЭ при желудочковых аритмиях (60 %). Так, Ак оказал полный ААЭ у 7 (35,0 %) больных из 20, и положительный ААЭ еще у 5 (25,0 %) больных с желудочковыми экстрасистолиями. У 2 (10 %) пациентов с желудочковыми экстрасистолиями Ак оказал неудовлетворительный ААЭ. При НЖЭ Ак у 2 (25 %) из 8 больных оказал полный ААЭ, у 1 (12,5 %) положительный ААЭ, а у 1 (12,5 %) неудовлетворительный, еще у 4 (50 %) больных препарат не оказал ААЭ. У 1 больного с сочетаниями желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии, аксаритмин не оказал ААЭ. При пароксизмальных НЖТ у 7 из 10 больных (70 %) при проведении ЧПЭС пароксизм тахикардии не индуцирован, в т.ч., у 2 больных с синдромом WPW.

Ак при кратковременном приеме не влиял на сократительную функцию миокарда и и основные структурно-функциональные показатели сердца: КДР 5,29±0,42 мм и 5,26±0,41 мм (p>0,05), фракция выброса ЛЖ (%) 66,56±4,77 и 66,94±4,94 (p>0,05), левое предсердие 30,73±5,70 мм и 30,64±5,29 мм (p >0,05), правый желудочек 16,42±3,63 мм и 16,27±3,30 мм (p> 0,05).

В целом переносимость Ак была хорошей и только у 5 (12,8 %) больных отмечались транзиторные побочные явления в виде головных болей, головокружения и нарушении фиксации взора.

Выводы. 1. Ак проявлял высокий ААЭ при желудочковых аритмиях и ПНЖТ: 60 % и 80 % соответственно. 2. Ак при коротком курсовом приеме не оказывал отрицательного инотропного действия. Ак хорошо переносился больными и серьезных побочных действий приводящих к отмене препарата не наблюдалось.

0424 ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО БАЛЛОНА

Кутергина Т.И.
ГОУ ВПО Тюменская Государственная Медицинская Академия, Тюмень, Россия

Цель исследования. В процессе годового проспективного наблюдения изучить эффективность и безопасность немедикаментозного метода снижения массы тела (имплантация интрагастрального баллона) и влияние на динамику сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ожирением.

Методы исследования. В исследование включено 86 пациентов с ожирением (ИМТ 30 кг/м²). У всех пациентов проводились общепринятые методы клинического обследования, включающее сбор анамнеза, объективный осмотр, общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, общий холестерин, триглицериды, липидограмма (ХСЛПВН, ХСЛПНП, ХСЛПОНП, хиломикроны, апо А и апо В липопротеины), коагулограмма, фибриноген. Из инструментальных методов- эзофагодуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и толщины подкожно-жировой клетчатки, ЭКГ, при необходимости проводилось УЗИ щитовидной железы, ЭХО-КГ. Амбулаторный прием больных, их обследование, наблюдение и терапия проводились на базе Тюменского отделения ЮУНЦ РАМН и эндоскопического отделения Тюменской областной клинической больницы.

Результаты. Исходно у больных с ожирением, обратившихся для эндоскопической коррекции избыточной массы тела при обследовании был выявлен широкий спектр метаболических нарушений, характеризующийся выраженной степенью АО, повышенным АД, гиперурикемией, гиперфибриногенемией, дислипидемией с преимущественным повышением ОХС и ХС ЛПНП, а также нарушенной гликемией натощак. Зарегистрированы следующие изменения антропометрических параметров у наблюдаемых пациентов с ожирением. После лечения снижение МТ в среднем составило 13,4 кг (12 %), ОТ-23,8 см (18 %), ОБ — 8,1 см (7 %). Уровень мочевой кислоты снизился в среднем на 29,2 ммоль/л (8 %), фибриноген — 63,7 мг/дл (14 %), ОХС -0,58 ммоль/л (10 %), ЛПНП — 1,11 ммоль/л (2 %), ЛПВП повысились на 3,1 ммоль/л (11 %), уровень гликемии снизился на 0,31 ммоль/л (5 %). Исходно повышенное АД было у 46 пациентов (53,5 %) (в среднем 140/90 мм рт.ст.), при этом диагноз АГ был поставлен только 11 пациентам (12,8 %). Повышение АД в группе обследованных больных с ожирением выявлялось преимущественно в старшей возрастной группе. У пациентов старше 56 лет в 100 % случаев отмечалось повышенное АД, при этом у всех был выставлен диагноз АГ, у 50 % в сочетание с ИБС. В возрасте от 36 до 55 лет повышенное АД выявлено в 28,3 % случаев, диагноз АГ поставлен 7 пациентам (15 %). От 19 до 35 лет повышенное АД выявлено в 14 % случаев, диагноза АГ поставлено не было. После лечения АД нормализовалось у 76 пациентов (88 %) (120/80±2 мм рт.ст.), лица с АГ отметили стабилизацию цифр АД, снизили дозу препарата.

Выводы. 1. Метод эндоскопической коррекции избыточной массы тела является эффективным способом влияния на ожирение.

2. После эндоскопического лечения ожирения у больных наблюдалась не только достоверная коррекция антропометрических параметров, но и улучшения профиля метаболических показателей, таких как мочевая кислота, фибриноген, липидограмма и гликемия натощак, что может иметь существенное значение в снижении сердечно-сосудистого риска у данной категории больных.

3. Метод эндоскопической коррекции избыточной массы тела нормализует повышенное артериальное давление, а также положительно влияет на течение артериальной гипертонии, ИБС.

0425 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кутузова А.Э., Моисеева О.М., Гончарова Н.С., Лучанинова И.С., Мальнева О.Э.
ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий", СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Неблагоприятный прогноз и тяжелое течение позволяют рассматривать легочную артериальную гипертензию (ЛАГ) как постоянный источник дистресса, следствием которого можно предположить дополнительное усугубление течения заболевания, ухудшение самочувствия и психо-социального благополучия пациента. В связи с тем, что до настоящего времени сведения о психологических и адаптационных особенностях больных ЛАГ ограничены, целью исследования стала оценка психического статуса, механизмов психологической защиты и качества жизни данного контингента пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 18 больных (2 мужчин, 16 женщин) в возрасте 46±4,1 года, страдающих ЛАГ (идиопатической в 70 % случаев, на фоне корригированного врожденного порока сердца и системного заболевания соединительной ткани — в 30 % случаев) II-III функционального класса. (ВОЗ). Были выполнены: катетеризация правых камер сердца, эхокардиографическое обследование, тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ), дополненный оценкой жалоб по шкале Борга. Качество жизни (КЖ), напряженность механизмов психоло-

гической защиты, уровень депрессии, тревожности и алекситимии изучались с помощью методик SF-36, Плутчика-Келлермана, Зунга, Спилбергера, Торонтской алекситимической шкалы.

Результаты: При эхокардиографическом исследовании регистрировалось увеличение правых камер сердца, повышение систолического давления в легочной артерии (ЛА) до 96±6мм рт.ст. При прямой манометрии правых камер сердца систолическое/диастолическое давление в ЛА составило 100±6/37±3мм рт.ст. (среднее давление в ЛА 58±4 мм рт.ст.). Дальнейшее обследование выявило снижение минутного объема кровообращения (3,9±0,2 л/мин), рост легочного сосудистого сопротивления и давления в правом предсердии (8±2мм рт.ст.). За 6 минут нагрузочной пробы пациенты преодолевали до 363,8±21 м, суммарная оценка жалоб по шкале Борга составила 2,3±0,4 балла. Регистрировалась корреляционная связь результатов ТШХ и размеров правого предсердия (r=-0,70; p=0,02). Психический статус больных характеризовался наличием у них высокой личностной (49,5±2,7 балла, 63 % случаев) и умеренной реактивной (43,8±2,8 балла, 50 % случаев) тревожности. У исследуемых пациентов с ЛАГ депрессивных расстройств обнаружено не было, регистрировалась тенденция к алекситимии, значительное напряжение механизмов психологической защиты “отрицания”, “регрессии”, “реактивных образований”. КЖ больных ЛАГ оказалось низким: пациенты указывали на ухудшение своего здоровья и менее всего были удовлетворены своим эмоциональным и физическим функционированием. Степень удовлетворенности КЖ больных была связана с результатами нагрузочной пробы (r=0,61; p=0,03).

Выводы: для пациентов с легочной артериальной гипертензией характерны умеренная ситуативная тревожность на фоне устойчивой личностной тревожности, тенденция к алекситимии и снижение качества жизни за счет и физической, и эмоциональной составляющих. Напряженность механизмов психологической защиты подтверждает выраженное дезадаптивное влияние тяжелого соматического заболевания — легочной артериальной гипертензии на личность больных.

0426 ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОЗАРТАНА И ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кучеренко О.Д., Брек В.В., Кучеренко Д.О.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить влияние лечения эналаприлом и лозартаном на показатели кардиогемодинамики у больных с дисфункцией левого желудочка.

Методы исследования. У 21 больного ишемической болезнью сердца (ИБС) с дисфункцией левого желудочка II-III функционального класса (ФК) по NYHA и желудочковыми экстрасистолами (ЖЭ) изучено влияние эналаприла и лозартана на функциональное состояние миокарда и коронарное кровообращение. В динамике лечения препаратами больным проводилась импульсная ЭхоКГ, статические нагрузочные тесты, тетраполярная грудная реография, суточное мониторирование ЭКГ, измерялось артериальное давление (АД).

Полученные результаты. После 12 недельного лечения эналаприлом в дозе 2,5-20 мг в сутки и лозартаном в дозе 50 мг в сутки отмечено умеренное увеличение фракции изгнания с 41,4±1,8 % до 46,9±2,2 % (P<0,05) у больных II ФК и с 35,6±1,9 % до 40,5±1,7 % у больных III ФК. При этом отмечалось уменьшение конечного систолического размера на 14 % у больных II ФК и 19 % у больных III ФК. Статистически значимо у больных II и III ФК снизилось АД. У больных II ФК показатель АДс-158,4±6,3 мм рт.ст. и 123,7±4,9 мм рт.ст. (P<0,05). У больных III ФК показатель АДс снизился с 156,3±9,8 мм рт.ст. до 129,6±6,9 мм рт.ст. (P<0,05). АДд снизилось с 93,8±3,4 мм рт.ст. до 79,6±2,2 мм рт.ст. Одновременно с этим наблюдалось снижение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). У больных II ФК с 1792,3±135,4 дин. с. см -5 до 1228,8±119,6 дин. с. см -5; у больных III ФК ОПСС уменьшилось с 1898,7±141,9 дин. с. см -5 до 1392,4±129,1 дин. с. см -5 (P<0,05). По данным холтеровского мониторирования частота ЖЭ снизилась на 23 %. По данным статических нагрузочных тестов степень депрессии уменьшилась после лечения на 19,8 %.

Выводы. Комбинированное лечение эналаприлом и лозартаном больных с дисфункцией левого желудочка сопровождалось улучшением не только сократительной функции миокарда и коронарного кровотока, но и снижением частоты ЖЭ.

0427 ПОКАЗАТЕЛИ НЕЭСТЕРИФИЦИРОВАННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И ГЛИЦЕРОЛА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Щербакова О.А.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить содержание неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК) и глицерола у больных первичной подагрой с артериальной гипертензией.

Методы исследования: обследовано 67 больных первичной подагрой, средний возраст которых составил 42 [34; 46] года. Диагноз удовлетворял Римским критериям. Уровень мочевой кислоты больных первичной подагрой составил 490,50 [428,00; 587,95] мкмоль/л. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Были выделены группы пациентов с нормальными цифрами артериального давления (15 человек) и с артериальной гипертензией различной степени выраженности (52 человека). Для определения общего уровня НЭЖК в сыворотке крови использовали колориметрический метод определения медных солей (Прохоров М.Ю. и соавт., 1977). Уровень глицерола в сыворотке крови определяли методом ферментативного фотометрического теста с глицерол-3-фосфатоксидазой (Rıfaı N. et al, 1991).

Результаты: установлено, что содержание НЭЖК в плазме крови в 1-й группе было на 45 %, а во 2-й группе — на 85 % выше, чем у здоровых лиц, при этом различия между группами были статистически достоверными (P<0,01). Уровень глицерола у пациентов в 1-й и 2-й группах был снижен на 32 % и 40 % по сравнению с контрольной группой, соответственно (P<0,01), группы больных также различались между собой (P<0,01). Коэффициент НЭЖК/глицерол в 1-й группе был увеличен на 76 % по сравнению с контрольной группой, а во 2-й группе он был в 3 раза выше, чем у нормальных лиц и на 70 % больше, чем у больных с нормальным артериальным давлением (P<0,01).

Выводы: таким образом, нарушение утилизации жирных кислот миокардом, имеющееся у больных первичной подагрой, вносит существенный вклад в формирование артериальной гипертензии у данной категории пациентов.

0428 ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Шангина А.М., Щербакова О.А.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить содержание эндотелина-1 в плазме крови у больных первичной подагрой.

Методы исследования: обследовано 67 больных первичной подагрой, средний возраст составил 42 [34; 46] года. Диагноз удовлетворял Римским критериям. Уровень мочевой кислоты больных первичной подагрой составил 490,50 [428,00; 587,95] мкмоль/л. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Определение концентрации эндотелина-1 в плазме крови проводили методом ИФА с помощью набора Biomedica ENDOTELIN (1-21),

кат. № 442-0052. Обработка результатов осуществлялась при длине волны 450 нм с помощью ИФА-ридера фирмы ASYS HITECH, программное обеспечение DiciScan.

Результаты: при определении уровня эндотелина-1 у больных первичной подагрой концентрация эндотелина-1 составила 1,44 [0,74; 14,13] фмоль/мл и достоверно отличалась от показателей контрольной группы 0,17 [0,13; 0,20] фмоль/мл (P<0,001).

Выводы: повышение концентрации эндотелина-1 в плазме крови больных первичной подагрой играет важную роль в формировании эндотелиальной дисфункции у данной категории пациентов.

0429 АДАПТАЦИЯ К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ В КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Кшнясева С.К., Тиньков А.Н., Константинова О.Д.
Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель исследования: оценка эффективности метода адаптации к периодической барокамерной гипоксии в коррекции сердечно-сосудистых нарушений у женщин с хирургической менопаузой.

Обследовано 68 женщин 42-50 лет с хирургической менопаузой вследствие экстирпации матки с придатками (средний возраст 46,5 лет, средняя продолжительность менопаузы 2,2 года). Пациенткам проведено лечение методом адаптации к гипоксии с помощью отечественной медицинской вакуумной установки — барокамеры "Урал-1", установленной на базе Оренбургской областной клинической больницы № 2. Курс лечения состоял из 22 трехчасовых сеансов на "высоте" 3500 м (460 мм рт.ст.), начиная с 1000 м и далее, прибавляя ежедневно по 500 м до достижения максимальной "высоты" (3500 м). Обследование, проводимое до начала терапии и через 1 месяц включало: оценку модифицированного менопаузального индекса (ММИ); исследование: уровней гормонов в сыворотке крови: фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, дегидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-сульфата); липидного спектра крови: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), индекс атерогенности (ИА); эхокардиографию; суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

В результате лечения отмечено снижение ММИ на 46,8 %, повышение уровня эстрадиола на 9,4 %, снижение уровней ФСГ на 28,9 %, и ЛГ на 24,2 %, повышение уровня ДГЭА-сульфата на 7,9 %. После воздействия барокамерной гипоксии отмечено достоверное снижение уровня холестерина на 16,4 %, рост уровня ХС ЛПВП на 13,7 %. В отношении ХС ЛПНП зафиксировано достоверное снижение этого показателя после адаптации на 26,6 %. Концентрация триглицеридов достоверно снизилась на 11,8 %, индекс атерогенности уменьшился на 32,2 %. Клинически у пациенток, прошедших курс адаптации к гипоксии, было отмечено значительное уменьшение частоты и выраженности кардиалгий, а по результатам ЭХО-КГ достоверно уменьшились конечно-диастолический и конечно-систолический размеры на 4,4 % и 6,9 % соответственно, конечно-диастолический и конечно-систолический объемы левого желудочка снизились на 12,1 % и 5,4 % соответственно, отмечен статистически значимый рост фракции выброса на 11,4 % и процента укорочения передне-заднего размера миокарда левого желудочка в систолу на 17,4 %, увеличение ударного объема на 19,2 % и исходно сниженного минутного объема на 30,5 %. По результатам СМАД в результате гипокситерапии выявлено достоверное снижение среднесуточного систолического АД на 10,7 %, среднесуточного диастолического АД на 7,2 %.

Таким образом, метод адаптации к периодической барокамерной гипоксии является эффективным немедикаментозным способом коррекции сердечно-сосудистых нарушений у женщин с хирургической менопаузой.

0430 ГИПОКСИГИПОБАРОТЕРАПИЯ — НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кшнясева С.К., Тиньков А.Н., Константинова О.Д.
Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель исследования: выявление эффективности метода адаптации к периодической барокамерной гипоксии в лечении женщин с менопаузальным метаболическим синдромом.

Материалы и методы: обследовано 69 женщин с менопаузальным метаболическим синдромом 48-54 лет (средний возраст 51,6±2,3 года). Всем пациенткам проводилась адаптация к гипоксии с помощью отечественной медицинской вакуумной установки — барокамеры "Урал-1", установленной на базе Оренбургской областной клинической больницы № 2. Курс лечения: 22 ежедневных трех часовых сеанса на "высоте" 3500 м (460 мм рт.ст.), с постепенным увеличением высоты, начиная с 1000 м и далее, прибавляя ежедневно по 500 м до достижения максимальной "высоты" (3500 м). Обследование проводилось до начала лечения и через месяц, после завершения баротерапии: расчет модифицированного менопаузального индекса (ММИ), измерение массы и расчет индекса массы тела, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), исследование уровней гормонов в сыворотке крови: фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, дегидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-сульфата); оценка углеводного обмена (уровень гликемии и иммунореактивного инсулина (ИРИ) в сыворотке крови натощак, расчет индекса инсулинорезистентности HOMA-R); определение общего холестерина, ХС ЛПВП, ТГ, индекса атерогенности.

В результате лечения выявлены выраженные положительные эффекты: отмечено снижение модифицированного менопаузального индекса на 64,3 %, повышение уровня эстрадиола на 12,4 %, снижение уровней ФСГ на 48,9 % и ЛГ на 44,2 %, повышение уровня ДГЭА-сульфата на 7,3 %. Уменьшение массы тела составило в среднем 3,4±0,8кг, индекс массы тела достоверно снизился на 4,8 %. По результатам СМАД выявлено снижение среднесуточного систолического АД на 13,2 %, среднесуточного диастолического АД на 9,3 %. Исходно повышенный уровень гликемии натощак снизился на 17,2 %, ИРИ на 17,4 %, индекс инсулинорезистентности уменьшился на 31,3 %; произошло снижение общего холестерина на 16,3 % и ТГ на 11,8 %, повышение уровня ХС-ЛПВП на 12,2 %, индекс атерогенности уменьшился на 32,2 %.

Лечение в барокамере "Урал-1" привело к быстрой и выраженной коррекции симптомов климактерического синдрома, снижению массы тела, повышению эстрогенной насыщенности; выявлено гипотензивное действие, уменьшение атерогенных сдвигов в липидном спектре сыворотки крови. В результате гипоксической стимуляции отмечено повышение чувствительности периферических тканей к инсулину, что проявилось значимым снижением уровня глюкозы, уменьшением гиперинсулинемии и индекса инсулинорезистентности.

Таким образом, метод адаптации к периодической барокамерной гипоксии может быть рекомендован как эффективный и безопасный немедикаментозный способ профилактики и лечения менопаузального метаболического синдрома.

0431 СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РУЧНОГО И АВТОМАТИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ВРЕМЕННОЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ

Лазарева Е.В., Бурлака А.Н., Каткова Л.А.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Измерение длительности интервала QT при регистрации длительных записей ЭКГ является сложной задачей, обусловленной трудностями определения конечной точки зубца Т.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ ручного и автоматического способов измерения интервала QT в оценке временной реполяризации миокарда желудочков.

Материалы и методы. У 15 практически здоровых обследованных в возрасте от 19 до 35 лет и у 15 практически здоровых лиц старше 35 лет, регистрировалась ЭКГ во II стандартном отведении, при скорости 25 мм/сек в течение 1 мин. Тремя кардиологами, независимо друг от друга, в каждом кардиоцикле каждой минутной записи ЭКГ, проводилось визуальное ("ручное") измерение интервала QT. Этот же временной отрезок ЭКГ был использован и для автоматического измерения интервалов QT.

Результаты. В молодой возрастной группе длительность интервала QT измеренная ручным способом составила 388±22 мс, в старшей возрастной группе — 408±23 мс. При автоматическом измерении интервала QT были получены следующие показатели: 377±8 мс и 386±10 мс, соответственно. При ручном измерении длительность интервалов QT оказалась статистически достоверно больше, чем при автоматическом измерении. Увеличение длительности интервалов QT при "ручном" измерении, по сравнению с автоматическим, вероятно, может быть связано с некоторыми особенностями визуального анализа ЭКГ сигнала, представленного в виде "изображения".

Выводы. При ручном измерении величина QT всегда больше, чем при автоматическом. "Кучность" интервалов QT, выраженная через величину среднеквадратичного отклонения (СКО), при "ручном" измерении меньше, чем при автоматическом: СКО при "ручном" измерении (22мс) оказалось в 2,4 раза больше, чем при автоматическом (9мс). Автоматическое измерение обладает большей стабильностью и воспроизводимостью чем ручное измерение, при котором неизбежно присутствует элемент субъективности.

0432 ОСОБЕННОСТИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Лазарева О.А., Варварина Г.Н.
ГОУ ВПО "НижГМА Росздрава", Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить факторы риска увеличения частоты сердечных сокращений (ЧСС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа. Методы: обследовано 78 больных (средний возраст 56,4±4,8 лет), из них 54 пациента с ИБС (не имеющих инфаркта миокарда в анамнезе) и СД 2 типа, остальные 24 — с ИБС без углеводных нарушений. Длительность ИБС составила 7,02±4,31 лет, СД 2 типа — 6,03±3,92 лет. Проводилось общеклиническое обследование всех пациентов, регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях, а также 24 часовое ЭКГ-мониторирование ("Миокард-холтер", г.Саров) с оценкой вариабельности сердечного ритма.

Результаты: по данным анализа ЭКГ увеличение ЧСС было зарегистрировано у 42 % больных ИБС и СД 2 типа, в группе пациентов с ИБС без диабета — в 12 % случаев. Чаще всего тахикардия выявлялась при длительности СД более 7 лет (58 %) и реже при меньшем стаже заболевания — до 7 %. Не было установлено зависимости увеличения ЧСС от возраста пациентов. На частоту и степень ЧСС в группе с сочетанной патологией существенно влияло наличие и выраженность декомпенсации углеводного обмена. Наличие поздних осложнений диабета сопровождалось увеличением ЧСС, что особенно выражено при автономной кардиальной диабетической нейропатии. По данным ЭКГ-мониторирования эпизоды синусовой тахикардии в течение суток с ЧСС 90-100 ударов в минуту во всех группах регистрировались наиболее часто — практически у всех обследуемых пациентов (группа с ИБС и СД 2 типа — 97 %; группа с ИБС- 90 %). Эпизоды синусовой тахикардии с ЧСС 101-120 ударов в минуту и больше чаще отмечались у пациентов с ИБС и СД 2 типа, чем в группе без диабета. Установлена корреляционная зависимость между уровнем гликемии натощак и продолжительностью синусовой тахикардии с ЧСС 121-150 ударов в минуту в течение суток (r=-0,29; p=0,03). Также выявлена зависимость средних показателей ЧСС и продолжительности эпизодов тахикардии с показателями вариабельности синусового ритма. Коэффициент корреляции между среднесуточной ЧСС и SDNN (стандартное отклонение всего исследования) составил r=0,76; p=0,04. В группе больных с ИБС и СД 2 типа чаще выявлялось резкое снижение вариабельности синусового ритма (28 %), чем в группе пациентов с ИБС без СД — 4,5 % случаев.

Выводы: предикторами увеличения ЧСС у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа являются длительность диабета, декомпенсация углеводного обмена и наличие автономной кардиальной нейропатии.

0433 МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНОЙ МУЗЫКИ И ЗНАЧИМОСТЬ ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Лаптева Г.Ф., Казьмина В.Ю., Колмыкова Г.А., Носова Н.С., Степанова Т.И.
ГОУ ВПО, НГМУ, НГУЭУ ("НИНХ"), Новосибирск, Россия

Свойства музыки, как мощного фактора воздействия на физиологическое состояние человека, известны давно, но до сих пор это не рассматривается ни в клинической медицине (как патогенетический фактор ухудшения состояния под влиянием музыки с "патогенными" характеристиками), ни в реабилитологии и профилактике (как целительный фактор — при воздействии музыки с позитивными характеристиками).

Цель исследования — уточнение следствий влияния различной музыки на самочувствие больных с поражениями сердечно-сосудистой системы; в задачи входило изучение влияния "дисгармоничной" и "гармоничной" музыки на амбулаторных больных с различной патологией.

Материалы: 570 больных в возрасте от 20 до 70 лет (с гипертонической болезнью (ГБ) 10,2 %, нефрологической патологией (ХБП) -5,6 %; ИБС -18,2 %; системным атеросклерозом (СА) -18,6 %.). Методы обследования: общепринятые клинические и специально разработанная стандартизованная методика, включающая опросник (разрабатывалась при участии музыковеда и психолога..). В качестве "дисгармоничной" рассматривалась музыка, рассчитанная на громкое звучание, с хаотичными вибрациями, резкими изменениями высоты звука (от скрежета металла до высоких визгливых нот), в качестве "гармоничной" — благозвучная, светлая, радостная.

Результаты. Пациенты указывали, что воздействие "дисгармоничной" музыки вызывало проявление следующих симптомов: "появление или усиление головных болей" — при ГБ (100,0 %0,), СА (75,0 %); "чувства тяжести в голове" — при ГБ (90,0 %), ХБП (57,8 %), СА (78,5 %); "боли в области сердца" — при ИБС (100 %), ГБ (90,0 %), ХБП (50,0 %); "сердцебиения"- при ГБ (31,8 %), ИБС (69,1 %), СА (51,4 %); "боли в эпигастрии" — при СА (21,4 %); отмечались также такие негативные симптомы: "ухудшение настроения" (от 35,0 % до 100,0 %), "снижение концентрации внимания" (от 22,0 % до 77,8 %), "нарушение сна" (от 16,85 до 100,0 % (ИБС)); "подавленность" (от 56,7 % до 71,4 %); "тягостные ощущения" (от 54,0 % до 69,1 %); провоцирование приступов стенокардии отмечалось в группе ИБС (30,7 %); подъем артериального давления — при ГБ (31,8 %). Кроме того, было отмечено провоцирование мыслей о самоубийстве под влиянием "дисгармоничной" музыки в 1/3 случаев при нарушении сердечного ритма.

После воздействия “гармоничной” музыки во всех группах отмечены положительные эмоции, улучшение настроения (от 43,0 % до 100,0 %), прилив сил (от 61,5 % до 98,0 %), повышение работоспособности (от 37,8 % до 88,0 %), ощущение тепла в груди (от 46,0 % до 83,8 %).

Таким образом, полученные данные говорят о том, что “дисгармоничную” музыку, вызывающую появление признаков, свидетельствующих об усилении патологических сдвигов в пораженных органах, целесообразно считать фактором, запускающим патогенетические звенья осложнений и фактором риска, а “гармоничную” музыку — целительным фактором и важным фактором, запускающим звенья восстановительного процесса, что важно для реабилитации при сердечно-сосудистых поражениях.

0434 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭМОЦИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ (САМОЧУВСТВИЕ И СТАБИЛЬНОСТЬ) ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лаптева Г.Ф., Казьмина В.Ю., Аксенова Е.А.Носова Н.С.
ГОУ ВПО НГМУ, НГУЭУ (“НИНХ”), Новосибирск, Россия

Известно, что отрицательные эмоции, возбуждая эмоциогенные структуры головного мозга (ретикулярной формации, гипоталамуса), вызывают срыв адаптационных механизмов и переводят организм из состояния равновесия в состояние “разновесия”. Известно также, что как отрицательные эмоции (при отсутствии самоконтроля), так и воздействие сильных экзогенных эмоциогенных факторов (таких, как музыка) при артериальной гипертензии способны вызывать не только сильные колебания величин артериального давления, но и вместе с этим — изменения функционального статуса организма.

Цель исследования: сопоставить характер действующих эмоциогенных факторов (эндогенных, экзогенных) с клиническими следствиями их воздействия. Решались задачи определения основных “органов-мишеней”, реагирующих на те, или иные эмоциогенные факторы (на примере артериальной гипертензии (АГ) различного генеза и заболеваний, протекающих без АГ); определения особенностей проявлений следствий различной музыки — “дисгармоничной” (с громким звучанием, хаотическими вибрациями, резкой сменой крайне высоких тонов на крайне низкие, жестким ритмом), и “гармоничной” (мелодичной, светлой, радостной).

Материалы исследования: данные обследования (общепринятого клинического и по специальной программе) 528 человек с артериальной гипертензией (АГ) на разном фоне (с хронической болезнью почек (ХБП) -16,6 %, ГБ -11,0 %), а также другой патологией внутренних органов (ИБС, ХНЗЛ, атеросклерозом, язвенной болезнью желудка).

Результаты. Сопоставление негативных следствий после воздействия эндогенных эмоциогенных факторов (отрицательных эмоций — разного рода страхов, тревоги и др.) и экзогенных (“дисгармоничной” музыки) показало, что они по характеру совпадают; во всех группах “специфика”проявлений следствий воздействий негативного характера зависела от реакции “органа-мишени” для той или иной нозологии: при язвенной болезни отмечалась “специфическая” реакция со стороны желудка — болевой синдром и пр.; при бронхиальной астме и хроническом бронхите, соответственно, со стороны легких, при гипертонической болезни — со стороны головного мозга, ИБС — со стороны сердца. Однако, в половине случаев характер следствий не укладывался полностью в данную схему и кроме проявления “типичных” реакций, появлялись другие, казалось бы патогенетически не связанные, а именно: кардиалгии (при ХБП, ХНЗЛ, ГБ), боли в эпигастрии при системном атеросклерозе, “общие” признаки заинтересованности головного мозга. Обнаружено грозное следствие воздействия “дисгармоничной” музыки — провоцирование мыслей о самоубийстве, причем, у больных ИБС с нарушениями сердечного ритма — оно зафиксировано в одной трети случаев. Следствия позитивного характера (после положительных эмоций, прослушивания “гармоничной музыки”) — в 90,0 % случаев не проявляли никаких “специфических” признаков связи с теми или иными органами и сопровождались однотипными реакциями повышения настроения, появления чувства тепла в груди, прилива сил, увеличения работоспособности.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о следующем: негативные следствия от воздействий негативных эмоциогенных факторов — в большинстве случаев касаются органов-мишеней для той или иной нозологии; подтверждают то, что сердце и головной мозг являются универсальной “мишенью” негативного эмоциогенного воздействия, а также “областью генераций” проявлений позитивных воздействий; “гармоничная” музыка является универсальным позитивным эмоциогенным фактором, “дисгармоничная”- негативным.

0435 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ЦИТОПРОТЕКТОРА МЕКСИКОР ® У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Латфуллин И.А.[1], Ахмерова Р.И.[2], Подольская А.А.[2], Фасахов Р.Р.
Казанский государственный медицинский университет[1], Казань, Россия; Васильевская районная больница[2], Республика Татарстан, Россия

Цель работы: изучение эффективности кардио-цитопротектора мексикор® у больных ИБС в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: наблюдалось 68 пациентов (43 женщины, 25 мужчин) в возрасте 42-71 года с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения ФК II — III в сочетании с ГБ IIстепени. Диагноз верифицирован согласно критериям ВНОК, 2008. Основную группу составили 42 пациента, получавших помимо базисной терапии (бета-адреноблокаторы, ингтбиторы АПФ, антиагреганты, статины, нитраты) мексикор®, контрольная группа составила 26 больных. Терапия мексикором® проводилась по схеме: 300 мг/день в/в капельно в течение 5 суток с последующим переходом на прием капсулированной формы (300мг/сутки) в течение 30 дней. Эффективность лечения оценивали при сравнении исходных данных и на 40е сутки терапии: изучались — суточное мониторирование ЭКГ и АД, коагулограмма (уровень протромбина, фибринолитическая активность, АЧТВ), сроки купирования основных жалоб.

Результаты: в основной группе нормализация АД на 40е сутки лечения зафиксирована в 83,3 % случаев (35 пациентов), в контроле — 69,2 % (18 пациентов), нормализация суточного профиля АД соответственно в 73,8 % (31 пациент) и 53,7 % случаев (14 пациентов). Значимых изменений коагулограммы в основной группе не выявлено. Средние сроки полного купирования основных жалоб были достоверно короче в основной группе (5,4+0,2 суток), по сравнению с контролем (7,6+0,1 суток).

Выводы: использование метаболического цитопротектора мексикор ® в комплексной терапии больных ИБС в сочетании с ГБ способствует оптимизации сроков лечения и стабилизации АД.

0436 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ НИЗКОДОЗОВЫМ КОМБИНИРОВАННЫМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ В СОЧЕТАНИИ С АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ

Лебедева Е.А., Алеутская О.Н., Мишина И.Е.
ГОУ ВПО “Ивановская государственная медицинская академия Росздрава”, Иваново, Россия

Лечение артериальной гипертонии (АГ) у женщин, находящихся в постменопаузе, в некоторых случаях оказывает

неблагоприятное влияние на минеральную плотность костной ткани (МПКТ).

Цель исследования: оценить эффективность лечения пациенток с АГ в сочетании с постменопаузальным остеопорозом препаратом Нолипрел на фоне стандартной антиостеопоротической терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 82 женщины в возрасте 48-73 лет (средний возраст — 59,8±8,9 лет). Все пациентки страдали АГ 1 и 2 степени, находились в физиологической менопаузе, средняя длительность которой составила 7,9±3,6 года, и имели подтвержденный диагноз остеопороза (ОП). МПКТ поясничного отдела позвоночника (L1 — L4) и проксимальных отделов бедренной кости определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Delphi, Hologic). В соответствии с рекомендациями ВОЗ степень изменения МПКТ оценивалась по Т-критерию. Снижение МПКТ в диапазоне от -2,5 и ниже стандартных отклонений (SD) считается проявлением ОП. Исходная МПКТ в позвоночнике составила — Т-критерий L1-L4= -4,16±0,21SD, в шейке бедра — Т-критерий = -3,09±0,19SD. До включения в исследование пациентки получали антигипертензивную терапию эналаприлом, гипотиазидом и метопрололом, при этом лечились нерегулярно и не достигли целевого уровня артериального давления (АД). По поводу ОП больные принимали препараты кальция и витамина Д3, однако положительной динамики по приросту МПКТ в течение 1 года не отмечалось. При оценке состояния здоровья пациента (СЗП) по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) исходный показатель составил 78,4±19,2мм. Всем пациенткам была назначена антигипертензивная терапия низкодозовым комбинированным препаратом Нолипрел (периндоприл 2 мг и индапамид 6,25 мг) и антиостеопоротическая терапия препаратами стронций ранелат (Бивалос) с комплексом кальция, витамина Д3 и минералов (магний, цинк, марганец, медь, бор) (Кальцемин Адванс). Контроль АД осуществлялся 1 раз в 2-4 недели, эффективность терапии ОП оценивалась через 12 месяцев после начала лечения.

Результаты: стабильное течение АГ, целевой уровень АД был достигнут в 86 % случаев, Показатель МПКТ в позвоночнике через год составил — Т-критерий L1-L4= -2,92±0,18SD ($p<0,05$ по сравнению с исходными значениями), в шейке бедра — Т-критерий = -2,61±0,16SD. В 2 раза улучшилась оценка состояния здоровья пациентом по ВАШ. Побочных явлений, связанных с приемом препаратов, отмечено не было.

Таким образом, у больных с АГ в сочетании с постменопаузальным остеопорозом на фоне лечения препаратом Нолипрел в комбинации со стронцием ранелатом (Бивалос) и Кальцемином Адвансом получен отчетливый положительный эффект (в большинстве случаев достигнут целевой уровень АД, зафиксировано повышение МПКТ, улучшение СЗП по ВАШ), а также отмечена хорошая переносимость данной терапии в течение 12 месяцев.

0437 ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ

Лебедева Л.С., Маянская С.Д., Попова А.А, Гребенкина И.А., Лукша Е.Б., Шпагина Л.А
ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, МУЗ ГКБ № 2, Новосибирск, Россия

Эндотелиальная дисфункция является одним из важнейших патогенетических механизмов прогрессирования артериальной гипертонии. Следует отметить, что артериальная гипертония редко встречается в пожилом возрасте без сопутствующих заболеваний, чаще она сочетается с сахарным диабетом и ИБС. Данные заболевания синергично усиливают прогрессирование эндотелиальной дисфункции, способствуя быстрому развитию тяжелых осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт. Многие классы гипотензивных препаратов показали свое положительное влияние на регресс эндотелиальной дисфункции. Однако основное место занимают ингибиторы АПФ.

Цель исследования: оценить функцию эндотелия сосудов у пациентов с артериальной гипертонией и ассоциированными заболеваниями (ИБС, сахарный диабет), длительно принимающими ингибиторы АПФ.

Методы исследования: в исследование были включены 39 человек, которые были разделены на три группы:1-ая группа — пациенты с артериальной гипертонией-15человек, 2-ая — пациенты с артериальной гипертонией и ИБС-14, 3-я группа — пациенты с артериальной гипертонией, ИБС и сахарным диабетом -10. Из них 19 мужчин и 20 женщин. Средний возраст обследованных составил 61,5±5,8 лет. Сосудодвигательную функцию оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения d плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной (постокклюзионной) гиперемией (120 сек после декомпрессии). Комплекс интима/медиа (ким) оценивался с помощью эхо-доплерографии брахиоцефальных артерий. Длительность приема ингибиторов АПФ была сопоставима во всех группах и составила 7,5 лет в 1-ой и во 2-ой группах и 8,2 лет в 3-ей группе.

Результаты: в первой группе больных эндотелиальная дисфункция, оцениваемая с помощью пробы с реактивной гиперемией плечевых артерий, выявилась у 26,6 % пациентов (d артерии исходно составил в среднем 3,1мм, d артерии после пробы в среднем -3,4мм, Δ d% в среднем -9,6). Во второй группе больных эндотелиальная дисфункция составляет 50 %(d артерии исходно составил в среднем 4,3 мм, d артерии после пробы в среднем -4,6мм, Δ d% в среднем -6,95,). В третьей группе больных эндотелиальная дисфункция выявилась в 100 % случаев (d артерии исходно составил в среднем 2,85 мм, d артерии после пробы в среднем -3 мм, Δ d% в среднем -4,2). Таким образом, наименьший прост d артерии определяется у пациентов с артериальной гипертонией, ИБС и сахарным диабетом.

Нарушение соотношения интимы/медиа сонных артерий в первой группе определялось в 60 % (толщина ким в среднем 1,3 мм). Во второй группе в 50 % (толщина ким в среднем 1,05). В третей группе составило 100 %(толщина ким составила в среднем 1,4мм). Таким образом, наибольшая толщина ким определяется у пациентов с артериальной гипертонией, ИБС и сахарным диабетом.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о выраженном прогрессировании дисфункции эндотелия сосудов у лиц пожилого возраста с сочетанной патологией (артериальная гипертония, ИБС, сахарный диабет), что в свою очередь является фактором риска развития сердечнососудистой патологии. Выявление маркеров эндотелиальной дисфункции, особенно у лиц с микст-патологией, позволяет осуществить своевременную профилактику их осложнений, улучшая тем самым качество и продолжительность жизни пациентов. Прием ингибиторов АПФ является патогенетически обоснованным и обязательным у данной категории пациентов.

0438 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИБС

Лебедева Л.С., Маянская С.Д., Попова А.А., Гребенкина И.А., Лукша Е.Б., Шпагина Л.А
ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, МУЗ ГКБ № 2, Новосибирск, Россия

Эндотелиальная дисфункция является одним из важнейших патогенетических механизмов прогрессирования артериальной гипертонии. Следует отметить, что артериальная гипертония редко встречается в пожилом возрасте без сопутствующих заболеваний, чаще она сочетается с ИБС. По данным ряда авторов, эндотелиальная дисфункция является существенным фактором в формировании клинического течения и прогрессирования ИБС. Данные заболевания синергично усиливают прогрессирование эндотелиальной дис-

функции, способствуя быстрому развитию тяжелых осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт.

Цель исследования: оценить функцию эндотелия сосудов у пациентов с артериальной гипертонией и ИБС.

Методы исследования: в исследование были включены 20 человек, которые были разделены на две группы:1-ая группа — пациенты с артериальной гипертонией и ИБС без перенесенного инфаркта миокарда-11 человек, 2-ая — пациенты с артериальной гипертонией и ИБС с наличием инфаркта миокарда в анамнезе-9 человек. Из них 15 мужчин и 5 женщин. Средний возраст обследованных составил 61,5±5,8 лет. Сосудодвигательную функцию оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной (постокклюзионной) гиперемией (120 сек после декомпрессии). Комплекс интима/медиа (ким) оценивался с помощью эхо-доплерографии брахиоцефальных артерий.

Результаты: в первой группе больных эндотелиальная дисфункция, оцениваемая с помощью пробы с реактивной гиперемией плечевых артерий, выявилась у 74,5 % пациентов (диаметр артерии исходно составил в среднем 4,22мм, диаметр артерии после декомпрессии в среднем -4,48 мм, Δ d% в среднем -6,1). Во второй группе больных эндотелиальная дисфункция составляет 94 %(диаметр артерии исходно составил в среднем 5,35 мм, диаметр артерии после декомпрессии в среднем -5,7мм, Δ d% в среднем -6,62,) Таким образом, наименьший прирост диаметра артерии определяется у пациентов с артериальной гипертонией, ИБС и наличием инфаркта миокарда в анамнезе.

Нарушение соотношения интимы/медиа сонных артерий в первой группе определялось в 85 % (толщина ким в среднем 1,1мм). Во второй группе в 100 % (толщина ким в среднем 1,4). Таким образом, наибольшая толщина ким определяется у пациентов с артериальной гипертонией, ИБС и инфарктом миокарда в анамнезе.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о выраженном прогрессировании дисфункции эндотелия сосудов у пациентов с осложненным течением ИБС. Следовательно, возможно использование определения маркеров эндотелиальной дисфункции для оценки риска возникновения сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда, у пациентов с артериальной гипертонией и ИБС.

0439 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ СТРЕСС-ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Лебедь В.Г., Королева Е.Б.
МЛПУ Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: анализ показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) в ходе нагрузочной стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) и их сравнение с данными коронарографии (КГ) и другими предикторами ишемии миокарда у больных ИБС в зависимости от пола.

Материал и методы: обследовано 110 больных ИБС: 1 гр.- 49 мужчин (56,5 лет) года, 2 гр.- 44 женщины (54,5 лет), 3-гр.- 17 чел. с кардиальным синдромом Х (КСХ), все женщины (52,0 лет). У всех пациентов были получены достоверные ишемические изменениями во время стресс-ЭхоКГ на велоэргометре, а по данным коронарографии (КГ) у 93-ех — стенозирующие поражения магистральных коронарных артерий. У 17 женщин диагностирован КСХ. Нагрузочная стресс-ЭхоКГ проводилась на велоэргометре в положении лежа с использованием программного модуля “Stress-12-Cardio” автоматизированной системы для регистрации и интерпретации ЭКГ, а также программного модуля анализа ВРС “ArMa Soft-Cardio” (ЗАО “Диамант”, г.Санкт-Петербург). Использовался протокол нагрузки со ступенчатым ее увеличением на 25 вт каждые 3 минуты до достижения ЭКГ и/или ЭхоКГ-критериев прекращения нагрузки. Наряду со стандартными показателями пробы проводился расширенный анализ ST сегмента, коррегированнный на ЧСС, который включал расчет ST/HR индекса, ST/HR наклона и ST/HR гистерезиса. Данные ВРС включали спектральные (TP, HF, LF, HFnorm, LFnorm, VLF, LF/HF), вариационные (ИН) и временные показатели ВРС (SDNN, RMSSD), в том числе и в постнагрузочный период, всего 13 показателей. Для сопоставления двух групп использовался тест Манна — Уитни, для анализа связи признаков применялся метод Спирмена.

Результаты: в группе мужчин в ходе стресс-пробы наблюдался более высокий уровень активности парасимпатического звена регуляции по показателю высокочастотной составляющей спектра — HF=38,6 мс^2 против 25,7 мс^2 в группе женщин (p=0,09). В группе женщин отмечена статистически значимая обратная корреляция трехсосудистого коронарного стенозирования с показателем LF (r=0,46; p=0,001), характеризующим состояние симпатического отдела вегетативной нервной системы. В группе пациентов с КСХ и в группе женщин с ИБС выявлены статистические различия значения индекса напряженности (p=0,039) Получена положительная корреляция ST/ЧСС-гистерезиса с RMSSD (r=0,40; p=0,008) в группе женщин и в группе мужчин (r=0,40; p=0,006).

Выводы: 1. выявлены гендерные различия в спектральных показателях ВРС в ответ на физическую нагрузку, свидетельствующие о более высоком уровне активности парасимпатического звена регуляции у мужчин; 3. У больных КСХ отмечена повышенная активация симпатического тонуса. 2. Показатели ВРС (RMSSD, LF) при стресс-тесте отражают развитие ишемии миокарда и могут быть использованы для оценки степени выраженности коронарного атеросклероза.

0440 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (ИНФАРКТ МИОКАРДА) У РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ ПРОПАНОМ

Лебедькова С.Е., Рощупкин А.Н., Черных Л.П.,* Гусева Н.М.*
ГОУ ВПО “ОрГМА Росздрава”, Оренбург, Россия; МУЗ “МГКБ № 6”*, Оренбург, Россия

Острый коронарный синдром (ОКС) — включает в себя острый инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом ST, без подъема ST, ИМ, диагностированный по изменениям ферментов, биомаркерам, поздним ЭКГ-признакам, а также нестабильную стенокардию. В практике врача-педиатра, детского кардиолога ОКС встречается при врожденных пороках сердца и сосудов, болезнях миокарда, соединительной ткани, васкулитах, антифосфолипидном и ДВС синдромах, электротравме. Термин ОКС появился в связи с необходимостью выбирать лечебную тактику до окончательного диагноза перечисленных состояний.

В настоящей работе мы приводим особенности ОКС у мальчика 12 лет, имеющего ускоренное половое развитие на фоне микроаденомы гипофиза, после вдыхания пропана из баллончика для заправки зажигалок, с развитием клинической смерти продолжительностью 4 мин. После восстановления сердечной деятельности на ИВЛ в коматозном состоянии ребенок бригадой СМП был доставлен в реанимационное отделение (РО) Детского хирургического центра, а затем через 3 дня переведен в РО городского кардиоцентра.

На ЭКГ зарегистрированы нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков с очаговыми инфарктоподобными изменениями в виде субэпикардиальной ишемии в области верхушки, передней стенки с захватом боковой стенки левого желудочка (ЛЖ) (нарастание негативности зубца Т с V2 по V4 до 12 мм). Диагноз ИМ был установлен на 3-й день после отравления и подтвержден лабораторными показателями: тропонин Т — 2,45 нг/мл (норма — 0,01 нг/мл), креатининкиназа — 3102 ЕД/л (N — 170 ЕД/л), лактатдегидрогеназа — 549 ЕД/л (N — 235 ЕД/л), миоглобин — 264,45 нг/мл (N — 100 нг/мл). По данным круглосуточного мониторирования ЭКГ: появились признаки нагрузки на миокард левого желудочка, увеличение продолжительности интервала QT в отведениях V2-V4, укорочение PQ в тех же отведениях, ухудшение процессов реполяризации в виде углубления зубца

Т до 18 мм и элевации ST до 6 мм, появления патологического зубца Q не было отмечено ни в одном из отведений. По данным Эхо-КС выявлялись объемная перегрузка левого желудочка, гиперкинезия его стенок, фракция выброса 78 %, коэффициент укорочения ЛЖ увеличен (систолический диаметр 25,6 мм при норме 29 мм), диастолическая функция сохранена. Положительная динамика на фоне проводимой терапии гепарином, церебролизином, актовегином, реланиумом, реамберином, клопидогрелем, сиднофармом, Тромбо АСС, предукталом, курантилом, пантогамом, мексидолом, кудесаном, L-карнитином, по данным ЭКГ отмечалась с 12 дня госпитализации — уменьшение элевации ST, менее глубокие отрицательные зубцы Т, нормализация продолжительности PQ при проведении пробы с карнитином. При этом особенностью случая явилось полное отсутствие у пациента жалоб на кардиалгию после выхода из комы на протяжении всего периода наблюдения, нарушений сердечного ритма, симптомов сердечной недостаточности и других осложнений. Через 4 мес. сохраняется укорочение интервала PQ и электрической систолы желудочков, повышение электрической активности миокарда левого желудочка, нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков в области верхушки, передней и боковых стенок левого желудочка в виде элевации сегмента ST выше изолинии на 1-2 мм, отрицательного зубца Т 1-2 мм.

Заключение. Стабильность ЭКГ показателей говорит о наличии структурных изменений и требует динамического наблюдения и коррекции.

0441 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЛОКАТОРОВ Ат1- РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНА II У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Левшин А.В., Лукинов А.В., Горюцкий В.Н.
Томский военно-медицинский институт, Томск, Россия

Цель исследования. Оценить влияние 4-недельной терапии блокатором АТ1 рецепторов кандесартаном на состояние микроциркуляторного русла и углеводный обмен у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), ассоциированной с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы исследования. В исследование включено 20 больных ИБС, ассоциированной с СД 2 типа в возрасте 57,1±8,1 лет. В среднем стаж ИБС составил 5,7±4,2 года, стаж СД 2 типа 9,5±9,6 лет. Пациентам назначался кандесартан цилексетил в дозе 7,1±0,5 мг/сут. Больные обследовались исходно и через 1 месяц после начала терапии. Показатели микроциркуляции оценивались методом лазерной допплеровской флоуметрии с выполнением окклюзионной пробы и оценкой исходного показателя микроциркуляции, максимального постокклюзионного кровотока, прироста капиллярного кровотока. У всех пациентов исходно диагностировалось снижение показателей микроциркуляции по сравнению со здоровыми лицами. Углеводный обмен оценивался по данным орального глюкозотолерантного теста, уровню гликозилированного гемоглобина.

Результаты. По данным лазерной допплеровской флоуметрии к окончанию курсовой терапии кандесартаном регистрировался достоверный прирост исходного показателя микроциркуляции на 28,5 % ($p<0,002$). Отмечалось увеличение показателей максимального постокклюзионного кровотока с 6,8±1,8 перф. ед. до 9,2±1,5 перф. ед. (35,1 %) ($p<0,001$), прироста капиллярного кровотока с 4,5±1,3 перф. ед. до 6,2±1,3 перф. ед. (38,5 %) ($p<0,001$). Также уменьшалось время восстановления тканевой перфузии до исходного уровня на 21,6 %. Произошло изменение гемодинамических типов микроциркуляции (из 16 больных со спастическим гемодинамическим типом 12 "перешли" в нормоциркуляторный тип). Уровень глюкозы натощак уменьшился на 23,1 % и составил 6,0±1,26 ммоль/л ($p<0,001$). Одновременно было отмечено достоверное снижение уровня постпрандиальной гликемии с 11,2±3,7 ммоль/л до 7,9±2,5 ммоль/л ($p<0,001$). Показатель гликозилированного гемоглобина снизился недостоверно.

Заключение. У больных ИБС, ассоциированной с СД 2 типа имеет место нарушение состояния микроциркуляторного русла. Прием кандесартана в средней дозе 7,1±0,5 мг в сутки способствовал достоверному улучшению показателей микроциркуляции. Благодаря способности кандесартана устранять повышенную активность ренин-ангиотензиновой и симпатической систем, улучшать реактивность приносящих сосудов, в результате терапии произошли благоприятные изменения гемодинамических типов микроциркуляции. Одновременно выявлено положительное влияние кандесартана на углеводный обмен.

0442 ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИЧИНА НАРУШЕНИЙ РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Лекарева И.В. Бабаева А.Р.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Пролапс митрального клапана (ПМК) — наиболее распространенное проявление синдрома дисплазии соединительной ткани. Несмотря на 40 — летний период изучения, проблема ПМК вызывает широкий интерес из-за большой частоты распространения в популяции (по данным ряда авторов — от 1,8 до 38 %) и тяжести состояний. Идиопатический ПМК часто сочетается с различными нарушениями ритма и проводимости, которые могут явиться причиной внезапной смерти.

Целью нашего исследования явилось изучение характера и частоты нарушений ритма сердца у лиц молодого возраста с идиопатическим ПМК и сравнить эти показатели с таковыми в группе здоровых лиц.

В исследование включено 108 пациентов с верифицированным диагнозом "идиопатический ПМК" 47(43,3 %) мужчин и 61 (56,7 %) женщины в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст 22,4±0,7 лет). В контрольную группу были включены 30 практически здоровых лиц, из них 14 женщин (46,6 %) и 16 мужчин (53,3 %). С помощью эхокардиографии на аппарате "Aloka-2000" подтверждали диагноз ПМК. Определяли степень выраженности пролапса. ПМК 1 степени был обнаружен у 73 пациентов, 2 степень у 35 человек.

Больные с идиопатическим ПМК отмечали сердцебиение (65,74 % против 23,3 %, $t=4,7$, $p<0,001$), перебои (52,7 % против 20 %, $t=3,9$, $p<0,001$).

Всем пациентам проводили ЭКГ-исследование и суточное мониторирование ЭКГ для выявления различных нарушений ритма и проводимости.

В результате анализа стандартных ЭКГ у больных ПМК выявлен целый ряд изменений, частота обнаружения которых была значительно большей, чем в контрольной группе. Так, синусовая тахикардия (37,9 %), наджелудочковые (19,4 %) и желудочковые экстрасистолы (35,1 %), достоверно чаще встречается у больных с ПМК, по сравнению со здоровыми людьми.

При анализе дистальной части желудочкового комплекса у больных с ПМК достоверно чаще выявлялись нарушения реполяризации (синдром реполяризации желудочков) по сравнению со здоровыми лицами ($t=3,3$, $p<0,05$). У 26,8 % лиц (29 человек) с ПМК выявили инверсию зубца Т в отведениях V1 и V2, в контрольной группе эти изменения встречались лишь в 6,6 % лиц (2 человека).

У 8 (7,4 %) больных ПМК при регистрации ЭКГ отмечался синдром удлинения интервала Q-T более 0,42 с, у лиц контрольной группы данный синдром отсутствовал.

Напротив, частота обнаружения неполной блокады правой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярная блокада 1 степени у больных ПМК достоверно не отличалось от аналогичных показателей здоровых лиц.

Таким образом, данные, полученные в ходе исследования, позволяют сделать заключение о том, причиной нарушений ритма у лиц молодого возраста является идиопатический ПМК. Так как, у больных с идиопатическим ПМК присутствовали субъективные и объективные признаки нарушений ритма и проводимости сердца.

0443 АНАЛИЗ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Галицкий А.А., Амагзаева В.Ю., Бурделова Н.Н.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра клинической фармакологии, Москва, Россия

Актуальной проблемой лечения пациентов с артериальной гипертонией (АГ) является не только эффективность фармакотерапии, но и ее переносимость. Для оптимизации лечения внедряются новые классы антигипертензивных препаратов (АГП), модифицируются свойства и лекарственные формы, кроме того, рынок в России наполнен большим количеством препаратов-генериков, переносимость которых требует дополнительной оценки.

Целью работы было проведение фармакоэпидемиологического исследования по изучению нежелательных лекарственных реакций (НЛР) на применение АГП у пациентов с АГ в реальной практике. Дизайн был основан на опросе врачей, имеющих практику лечения больных с АГ, с помощью специально разработанных анкет о характере НЛР. Валидных анкет — 337 из 12 городов. Анализировались общие и класс-специфичные НЛР, возникающие при использовании определенного класса АГП и являющиеся проявлением фармакологических свойств. Из 337 сообщений о НЛР наибольшие доли имели 3 класса: ингибиторы АПФ (доля 48 %), антагонисты кальция (доля 25 %) и β-блокаторы (доля 17 %), доли других классов АГП не превышали 5 %. Общее число НЛР — 1071, среднее число НЛР на 1 пациента: 2,83 — на ингибиторы АПФ, 3,2 — на диуретики, 3,5 — на антагонисты кальция, 3,59 — на β-блокаторы, 6 — а АГП центрального действия; среднее число класс-специфичных НЛР на 1 пациента, соответственно: 1,17; 1,07; 2,4; 2,53. Наибольшая частота НЛР наблюдалась со стороны нервной системы (головная боль, головокружении, слабость) — у 53,7 % пациентов, в том числе на — 70,6 %, на диуретики — 64,3 %, на антагонисты кальция -57,1 %, на ингибиторы АПФ — 51,2 %. НЛР дыхательной системы — у 38,3 % пациентов, в основном на ингибиторы АПФ (71,6 %) и β-блокаторы (22,4 %). НЛР сердечно-сосудистой системы — у 31 % пациентов, в т.ч. на антагонисты кальция — 81 %, на β-блокаторы — 36,2 %, на диуретики — 21,4 %, на ингибиторы АПФ — 14,2 %. НЛР кожи включая аллергические реакции — 17,2 % пациентов (на антагонисты кальция — 226 %, на ингибиторы АПФ — 21 %), со стороны ЖКТ — у 11,3 % пациентов (на диуретики-35,7 %). Артериальная гипотония отмечена в 5,9 % (в основном на β-блокаторы); снижение потенции отмечено в 3 случаях (1- на ингибитор АПФ, 2 — на β-блокаторы). Доля класс-специфичных НЛР на ингибиторы АПФ — 40 %, на антагонисты кальция — 70 %, на β-блокаторы — 70 %, на диуретики -30 %. Для всех классов АГП показано, что применение генериков сопровождается большим количеством НЛР (особенно для генериков эналаприла), причем за счет неспецифичных реакций, чем прием оригинальных препаратов. На ингибиторы АПФ и диуретики преобладали легкие НЛР (50 % и 69 %), на антагонисты кальция — легкие (45 %) и средней тяжести (44 %), на β-блокаторы — НЛР средней тяжести (59 %); частота госпитализаций на прием β-блокаторов была в 2 и 3 раза выше, чем при использовании ингибиторов АПФ и антагонистов кальция.

Результаты исследования дают представление о характере и тяжести НЛР при использовании разных АГП в реальной практике и позволяют прогнозировать фармакоэкономические потери в связи с развитием НЛР у пациентов с АГ.

0444 НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РЕАКЦИИ НА ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Галицкий А.А., Амагзаева В.Ю., Бурделова Н.Н.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра клинической фармакологии, Москва, Россия

Ингибиторы АПФ (ИАПФ) относятся к наиболее часто применяемым антигипертензивным препаратам. По данным фармакоэпидемиологического исследования ПИФАГОР частота применения ИАПФ у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) достигает 70 %. В этой связи представляет интерес изучение нежелательных лекарственных реакций (НЛР) на применение ИАПФ в клинической практике с учетом всего ранка препаратов, включая препараты-генерики.

Целью работы было проведение фармакоэпидемиологического исследования по изучению нежелательных лекарственных реакций (НЛР) на применение ИАПФ у пациентов с АГ в реальной практике. Оценка НЛР проводилась с помощью специально разработанных анкет для врачей, имеющих практику лечения больных с АГ. Валидных анкет — 337 из 12 городов, из них 162 на применение ИАПФ. Основным препаратом по сообщениям о НЛР был эналаприл (доля 80 %); доли периндоприла и каптоприла составили в сумме 11,6 %, доли других ИАПФ менее 3 %. Эналаприл на 98,5 % был представлен генериками. Анализировались общие и класс-специфичные НЛР, возникающие при использовании ИАПФ и являющиеся проявлением их общего механизма действия. Общее число НЛР — 458; среднее число НЛР на 1 больного составило 2,83, класс-специфичных НЛР- 1,17. В структуре НЛР на применение ингибиторов АПФ доминируют расстройства со стороны дыхательной системы (71,6 % пациентов), ЦНС (51,2 %) и кожи (21 %). Наиболее частой НЛР был сухой кашель — 71,6 %. В 83 % случав кашель возникал в течении 1-го месяца от начала приема ИАПФ, причем 52 % приходится на 1-ую неделю; а у трети пациентов — в первые 3 дня, именно у этих больных кашель сочетается с другими аллергическими проявлениями. Кашель достоверно чаще наблюдался у женщин в сравнении с мужчинами (76,3 % против 59 %, $p<0,05$). Частота гемодинамических НЛР (головная боль, головокружение и слабость) — 20 %. В 56 % гемодинамические НЛР возникали в 1-е сутки, в 39 % — в первые 3-5 дней от начала лечения. Кожные НЛР (кожная сыпь и зуд) у 81 % пациентов возникали уже в 1-е сутки или дни от начала лечения. Расстройства ЖКТ встречалась у 11 %, артериальная гипотония — 4,3 %. Редкие НЛР: 0,6 % — тромбоцитопения при применении эналаприла, 0,6 % — гиперкалиемии при применении квинаприла, 0,6 % — Отек Квинке, 0,6 % — нарушение половой сферы у мужчины. Тяжесть НЛР на прием ИАПФ оценивалась как легкая в 50 % случаев, средней тяжести — в 42 %, тяжелая — в 3 %. Наиболее тяжелыми НЛР были аллергические реакции, кожная сыпь, кашель, одышка. НЛР средней тяжести чаще выявлялись у женщин. НЛР средней тяжести и тяжелые преобладали у пациентов с ИМТ>30 м^2. В 6,2 % случаев НЛР были причиной госпитализации. Лишь 40 % НЛР относятся к класс-специфичным; остальные НЛР относятся либо к общим реакциям, наблюдающимся у пациентов с АГ, либо к неспецифичным реакциям, что характеризуют переносимость препаратов-генериков (а именно, генериков эналаприла), т. к. доля оригинальных препаратов ИАПФ составила только 17 %.

Результаты исследования дают представление о характере и тяжести НЛР при использовании ИАПФ в реальной практике, а также позволяют прогнозировать фармакоэкономические потери в связи с развитием НЛР у пациентов с АГ.

0445 НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РЕАКЦИИ НА ПРИМЕНЕНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Галицкий А.А., Амагзаева В.Ю., Бурделова Н.Н., Леонов А.С.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра клинической фармакологии, Москва, Россия

Антагонисты кальция широко используются для лечения артериальной гипертонии (АГ). Антагонисты кальция представлены препаратами короткого действия и лекарственными формы и препаратами, обеспечивающими пролонгирован-

ное гипотензивное действие, которые наиболее оптимальны по эффективности для лечения АГ. В этой связи представляет интерес изучение нежелательных лекарственных реакций (НЛР) на применение антагонистов кальция в клинической практике с учетом всего ранка препаратов, включая препараты-генерики.

Проведено фармакоэпидемиологическое исследование по изучению НЛР с помощью специально разработанных анкет для врачей, имеющих практику лечения больных с АГ. Валидных анкет — 337 из 12 городов, из них 84 на применение антагонистов кальция (средний возраст пациентов 61,3 года, мужчин/женщин 64/20). Число сообщений по препаратам: нифедипин короткого действия (НКД)-12 (коринфар-4, кордафлекс-2, нифедипин-4, фенамон-2), нифедипин пролонгированного действия (НПД)-30 (кордафлекс-ретард-15, коринфар-ретард-6, кордипин XL-6, нифекард XL-2, кальцигард-ретард-1); амлодипин-39 (Амл) (амлодипин-17, амлотоп-6, нормодипин-5, норваск-4, кардилопин-2, калчек-2, веро-амлодипин-2, тенокс-1); фелодипин (фелодип)-2, верапамил-1. Анализировались общие и класс-специфичные НЛР, возникающие при использовании антагонистов кальция и являющиеся проявлением их механизма действия. Общее число НЛР составило 294; среднее число НЛР на 1 пациента (СЧ) — 3,5, СЧ класс-специфичных НЛР — 2,4. Распределение НЛР по системам: сердечно-сосудистая система (ССС) — 81 % пациентов, ЦНС-57 %, кожа — 22,6 %, ЖКТ — 7,1 %, дыхательная система — 4,7 %. Распределение НЛР по препаратам: НЛР со стороны ЦНС отмечались реже при приеме Амл, чем НКД/НПД; НЛР со стороны ССС — чаще при приеме НКД, чем НД и Амл; НЛР кожи — чаще при НПД, чем НКД и Амл. Отеки чаще отмечались при приеме Амл, чем НКД/НПД (21,6 % против 4,7 % и 8,4 %; p<0,001); сердцебиение — реже при приеме Амл, чем НКД/НПД (6,7 % против 19 % и 18 %; p<0,01); головная боль — реже при Амл, чем НКД/НПД (5 % против 14,3 % и 12,6 %; p<0,02); приливы — чаще при приеме НКД, чем НПД и Амл (11,9 % против 4,2 % и 5,8 %, соответственно; p<0,05); артериальная гипотония — только при приеме нифедипина. СЧ НЛР при приеме НКД — 3,5, НПД — 4, Амл — 3,1. Выявлены различия по СЧ НЛР между оригинальными препаратами и генериками — 2,79 и 3,61 (p=0,07); оригинальным и генериками НПД — 3 и 4,2 (p<0,05), норваском и генериками Амл — 1,5 и 3,3 (p<0,05). 90-100 % НЛР оригинальных препаратов являются класс-специфическими, а у препаратов-генериков — до 50 % НЛР относятся к неспецифичным. Различий НЛР в зависимости от пола, возраста не было выявлено; СЧ НЛР на 1 женщину и 1 мужчину — 3,6 и 3,2, соответственно; СЧ НЛР у лиц до и старше 60 лет — 3,7 и 3,3, соответственно.

Антагонисты кальция длительного действия имеют лучшую переносимость у пациентов с АГ, особенно по частоте НЛР со стороны ССС; оригинальные препараты антагонистов кальция имеют лучшую переносимость, чем препараты-генерики.

0446 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Леонова Н.В.[1], Чумакова Г.А.[2,3], Пушкарева С.В.1, Пергаева Ю.С.[1], Вигель А.К.[1]

Алтайская краевая клиническая больница[1], Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет[2], Барнаул, Россия; НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[3], Кемерово, Россия

Целью исследования стало изучение особенностей артериальной гипертонии (АГ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) в Алтайском крае.

Материалы и методы: Изучены данные регистра СД Алтайского края за 2009г в котором было зарегистрировано 70,1 тыс. пациентов с сахарным диабетом, из них 95,4 % составляли пациенты с СД2. В 53,3 % причиной смерти были сердечно-сосудистые осложнений, из них, острый инфаркт миокарда (ОИМ) в 2,0 % случаев, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) — в 8,6 % всех случаев смерти. Эти данные были сопоставлены с данными регистра за 2003, 2005 и 2008 годы.

Результаты: Распространенность АГ среди больных СД2 в 2003г составляла 56,7 %, в 2005г данный показатель увеличился в 1,2 раза (p<0,001), в 2008г — в 1,6 раза и составил 91,5 % (p<0,001). Такое увеличение числа больных СД2 с АГ объясняется как лучшим выявление АГ, так и совершенствованием регистра. Число пациентов с впервые выявленной АГ в 2003г составило 1,4 %, в 2005г — 1,6 %, в 2008г — 2,1 % (p<0,001). Распространенность АГ среди мужчин во все годы была статистически достоверно меньше, чем среди женщин, и составила соответственно 55,9 % и 62,8 % в 2003г, 64,0 и 70,7 % в 2005г, 88,7 и 92,5 % в 2008г. Относительный риск развития АГ у женщин с СД2 по сравнению с мужчинами в 1,3-1,6 раза выше, чем среди мужчин.

При избыточной массе тела у пациентов СД2 распространенность АГ составляла 58,0 % в 2003г, 65,0 % в 2005г и 89,3 % в 2008г, тогда как при нормальной массе тела распространенность АГ в эти же годы была 44,9 %, 52,9 % и 80,8 %, соответственно. Риск развития АГ при наличии избыточной массы тела у пациентов СД2 увеличивался в 2,0 раза (p<0,001). При наличии ожирения частота регистрации АГ достигала 71 % в 2003г, 76,6 % в 2005г и 94,4 % в 2008г (p<0,001), риск развития АГ при этом увеличивался в 2,9-4,0 раза.

Среди пациентов с впервые установленным диагнозом СД2 распространенность АГ увеличилась с 2003г до 2008г с 59,8 % до 87,1 %, т. е. в 2008г большинство пациентов при выявлении уже имели АГ. У 14,0 % пациентов СД2 и АГ были выявлены впервые одновременно. В 2008г при одинаковой длительности СД2 относительный риск развития АГ увеличивался в 1,5 раза (p<0,001). В группе с длительностью СД2 5-9 лет в 2003г. ОР развития АГ по сравнению с длительностью СД2 1-4 года увеличивался в 1,3 раза (p=0,009), в 2005 и 2008гг риск развития АГ по сравнению с длительностью СД2 1-4 года не увеличивался, хотя в 2008г была тенденция к увеличению распространенности АГ При длительности СД2 свыше 10 лет ОР развития АГ увеличивался в 1,5 раза (p<0,001).

Таким образом, распространенность АГ у больных СД2 растет ежегодно, особенно у женщин в возрасте 50-59 лет. Осложнения АГ являются главными причинами смерти больных СД2, что требует ранней интенсивной профилактики осложнений АГ у этих больных.

0447 СОСТОЯНИЯ И СТРУКТУРНО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОВЫШЕНИЕ ДИСПЕРСИИ QT У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Леонова Н.М., Коковина Г.Г., Михайлова А.В., Смоленский А.В.

Государственное учреждение здравоохранения г.Москвы, Окружной врачебно-физкультурный диспансер № 17 Управления здравоохранения Северо-Восточного административного округа г.Москвы, НИИ спортивной медицины, кафедра спортивной медицины Российского государственного университета физической культуры спорта и туризма, Москва, Россия

В настоящее время остается актуальной проблема предупреждения жизнеугрожающих аритмий, выявление состояний, приводящих к их возникновению. Это требует широкому внедрению скрининговых неинвазивных методов изучения электрофизиологических характеристик сердца и отбора групп высокого риска. Одной из таких характеристик является вариабельность или дисперсия интервала QT. Дисперсия QT является маркёром гетерогенности процессов реполяризации, которая, в свою очередь, представляется одним из механизмов развития желудочковых тахиаритмий. Между вариабельностью (дисперсией) QT и фатальными жизнеугрожающими аритмиями существует положительная корреляция. Повышенная дисперсия QT-предиктор фатальных нарушений ритма.

Цель исследования. Изучить состояния, вызывающие повышение дисперсии QT у юных спортсменов.

Методы. Обследованы 58 юных спортсменов игровых видов спорта (футбол, хоккей) в возрасте 8-15 лет. По данным Эхокардиографии 34 юных спортсмена имели различные проявления дисплазии соединительной ткани сердца, представленные малыми аномалиями развития сердца (МАРС). Всем спортсменам проведена запись 12-канальной Электрокардиографии (ЭКГ). Измерение интервала QT проводилось ручным методом. Он определялся как дистанция между началом зубца Q и окончанием зубца T, измеренного в миллисекундах. При наличии U-волны окончание T-зубца соответствовало точке "дна" между T и U. Дисперсия интервала QT определялась как разность максимального и минимального значения QT, измеренного в отведениях 1, AVF, V. Анализ значений дисперсии QT проводился отдельно для детей с МАРС и без МАРС.

Результаты. По данным ЭКГ из 58 юных спортсменов 18 человек имели отклонения: у 11 детей выявлены нарушения процессов реполяризации (НПР) и рассматривались нами как различные проявления перетренированности; 5 спортсменов имели брадиаритмию, у 2-х спортсменов выявлена экстрасистолия. Средние значения дисперсии QT для спортсменов без МАРС составили 30,3±13,9, для спортсменов с МАРС — 37,1±15,2 соответственно. Всего у 11 юных спортсменов значения дисперсии QT превысило 40 мс. Среди них: 6 детей с МАРС, у 2-х из них имелись НПР и синусовая брадиаритмия по ЭКГ, два спортсмена имели экстрасистолию; 5 детей без МАРС, но все имели НПР по ЭКГ и у одного имелась брадиаритмия. Из данного обследования мы видим, что в группе детей, имеющих повышенное значение дисперсии QT, оказались юные спортсмены с экстрасистолией, большая часть детей с НПР и брадиаритмией по ЭКГ.

Выводы. Гетерогенность процессов реполяризации повышают такие состояния юных спортсменов, как состояние перетренированности, наличие нарушения ритма сердца, наличие признаков дисфункции синусового узла. Играют роль структурно-морфологические особенности сердца, в частности- дисплазия соединительной ткани сердца, представленная МАРС.

0448 ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЛЬЦИФИКАЦИИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ И ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

Лещенко И.Ж., Колмогоров В.Г., Гольберг Я.С., Воробьева Е.Н., Домбровский А.А., Воробьев Р.И.
КГУЗ Диагностический центр Алтайского края, ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, Барнаул, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь кальцификации коронарных сосудов и некоторых факторов риска болезней системы кровообращения.

Материалы и методы. Было обследовано 123 пациента от 40 до 60 лет (92 мужчины и 31 женщина). Выявление факторов риска атеросклероза проводилось анкетированием (семейный анамнез, курение и др.), клиническими (измерение артериального давления, антропометрия и др.) и лабораторными методами (показатели липидного обмена — общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности с расчетом индекса атерогенности, триглицериды стандартными наборами реагентов "Human" (Германия) ферментативным колориметрическим методом на полуавтоматическом колориметре EPOLL-20 (Польша). Степень кальциноза коронарных сосудов определялась подсчетом индекса коронарного кальция при исследовании пациентов на мультиспиральном (64-среза) 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.

Результаты. У всех пациентов выявлены немодифицируемые (семейная предрасположенность) и модифицируемые факторы риска (курение, артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, избыточная масса тела, гиперлипидемии и пр.) болезней системы кровообращения различных степеней выраженности. У 81 % обследованных была выявлена избыточная масса тела по индексу массы тела Кетле (≥25 кг/м^2). При этом у 90 % обследованных 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. Наличие семейной предрасположенности сопровождалось более высоким индексом кальцификации — более 1000 единиц (у 7 % обследованных). Кроме того, зарегистрирована прямая зависимость повышения массы тела (ИМТ ≥25 кг/м^2) и индекса кальцификации коронарных сосудов. У всех пациентов с гипертонической болезнью II-III стадии индекс кальцификации варьировал выше половых и возрастных норм.

Заключение. Оценка коронарного кальция при помощи мультиспиральной компьютерной томографии является методом объективной диагностики и в сочетании с выявлением факторов риска болезней системы кровообращения позволяет определить адекватную тактику ведения пациентов.

0449 ТИПЫ ДИСЛИПИДЕМИЙ, ИХ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Липовецкий Б.М.
Институт мозга человека РАН, С.-Петербург, Россия

Цель сообщения — обзор существующих классификаций нарушения липидного состава крови и клиническая оценка их проявлений.

Гиперлипидемии (ГЛП) могут быть симптомом внутренних заболеваний (цирроз печени, нефрозо-нефрит, гипотиреоз) и тогда рассматриваются как вторичные, но чаще они первичны, т. е. генетически детерминированы. Первичные ГЛП разделяют на моногенные и полигенные. Термин "гиперлипидемия" сейчас стали заменять более емким термином "дислипидемия" (ДЛП), который включает такую форму нарушения липидного состава крови, когда нет повышения уровня липидов, но есть снижение содержания антиатерогенной фракции — липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), что также чревато развитием главного осложнения этих состояний — атеросклероза. До настоящего времени распространена классификация ГЛП Фредриксона и Лиса, предложенная в середине прошлого века, основанная на соотношениях между общим холестерином (ХС) крови и триглицеридами (ТГ) с учетом наличия хиломикронов (ХМ). Согласно этой классификации различают: I тип ГЛП — гиперхиломикронемию (возникающую с раннего детского возраста); IIa тип — гиперхолестеринемию (ГХС); IIb тип — сочетание ГХС и гипертриглицеридемии (ГТГ); III тип ГЛП, с особенно высокими уровнями как ХС, так и ТГ; IV тип с высоким содержанием ТГ при умеренно повышенном уровне ХС; V тип ГЛП, близкий I типу, но развивается он у взрослых и сопровождается сахарным диабетом II типа. В настоящее время эта классификация должна быть дополнена еще одним типом ДЛП, которая характеризуется избирательным снижением содержания ЛПВП. Все эти формы ДЛП генетически детерминированы, некоторые из них могут быть моногенными, другие — полигенными. Моногенная ГЛП связана с дефектом в одном из "главных" генов, регулирующих липидный обмен, например, в гене, контролирующем синтез рецепторов липопротеидов низкой плотности. Если количество этих рецепторов в печеночных клетках снижается, то захват липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) из крови падает, развивается ГХС. Если дефект имеет характер доминантного, он проявится у гетерозиготных носителей, если дефект рецессивный, его проявления развернутся только у гомозиготных носителей. В регуляции липидного обмена

участвуют около 200 генов, в которых нередко происходят однонуклеотидные замены — нуклеотидные полиморфизмы, которые можно рассматривать как гены предрасположенности к ДЛП. Они начинают себя проявлять лишь к 40-летнему возрасту при наличии других неблагоприятных факторов риска. Создаются условия для развития полигенных ДЛП. Клиническими проявлениями моногенных ДЛП являются липоидные дуги роговицы, ксантелазмы, ксантомы. Однако главными осложнениями всех видов атерогенных ДЛП является атеросклероз аорты и ее ветвей с такими проявлениями, как инфаркты миокарда, мозговые инсульты, перемежающаяся хромота, аневризмы аорты и др. С конца XX столетия появились новые препараты — статины и фибраты, которые позволили значительно улучшить прогноз при ДЛП, но радикально устранить проявления генетически обусловленных ДЛП когда-нибудь сможет лишь генная инженерия.

0450 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА В ТЕЧЕНИЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ

Литвиненко М.В., Гоголашвили Н.Г., Савченко А.А., Новгородцева Н.Я.
Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью нашего исследования было изучение эффективности шестимесячного применения препарата Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот — Омакор (SOLVEY PHARMA) у больных с желудочковыми нарушениями ритма сердца в течение года после острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. При обследовании 320 человек в течение года после ОИМ (анкетирование, запись ЭКГ, 24х часовое холтеровское мониторирование (ХМ)) выделено 46 человек с умеренным количеством желудочковых экстрасистол (ЖЭ). Желудочковые экстрасистолы классифицировались по градациям B. Lown, M. Wolf (1971, 1983).

Средний возраст больных составил 61,5±8,3 года. В выделенной группе больных — мужчин 74 %, женщин 26 %; Q-инфаркт перенесли 54,3 %, nonQ-инфаркт — 45,7 % больных. Среди больных с умеренным количеством ЖЭ в течение первых трех месяцев после ОИМ обследовано 12 человек (26 %), в период от четырех до шести месяцев — 12 человек (26 %), от семи до девяти месяцев — 3 человека (7 %), от десяти до двенадцати месяцев — 19 человек (41 %). Всем больным ХМ проводилось на фоне получаемой терапии: антиагреганты принимали — 76,1 %, бета-блокаторы принимали — 76,1 %, статины — 47,8 %, ингибиторы АПФ — 78,3 %, нитраты — 47,8 %, мочегонные — 39,1 %, блокаторы Са-каналов — 13 %, антиаритмики — 13 % больных. В опытную группу выделено 30 человек с умеренным количеством ЖЭ. По результатам ХМ в данной группе среднее количество ЖЭ составило 699 за сутки (нижний квартиль 553, верхний квартиль 800). Контрольную группу составили 16 человек: среднее количество ЖЭ — 665 (нижний квартиль 557, верхний квартиль 910). Опытная и контрольная группы в начале исследования не отличались по количеству ЖЭ (p=0,9). Всем больным опытной группы дополнительно к принимаемой терапии назначен препарат Омега-3 ПНЖК — Омакор в дозе 1 грамм в сутки, который они получали в течение 6 месяцев, после чего проведено контрольное 24х часовое ХМ. По результатам контрольного исследования среднее количество ЖЭ в опытной группе статистически значимо уменьшилось до 122,5 (нижний квартиль 16, верхний квартиль 384), p=0,0014. В контрольной группе наблюдалось статистически незначимое увеличение ЖЭ до 765 (нижний квартиль 410, верхний квартиль1956), p=0,29. В опытной группе статистически значимо снизилась частота ЖЭ высоких градаций с 80 % до 50 % (p = 0,016), из них: градация 3 — с 33,3 % до 10,7 % (p = 0,04), градация 4А — с 80 % до 42,9 % (p=0,0038), градация 4Б, включая короткие пробежки желудочковой тахикардии, — с 46,7 % до 17,9 % (p=0,019), сочетание 4А и 4Б градаций — с 46,7 % до 14,3 % (p = 0,0079), сочетание 3, 4А и 4Б градаций — с 23,3 % до 3,6 % (p=0,03). В контрольной группе различия не были статистически значимы.

Таким образом, прием препарата Омакор в дозе 1 грамм в сутки после ОИМ при умеренно частой ЖЭ в течение 6 месяцев приводит к значимому снижению общего количества ЖЭ и высоких градаций ЖЭ.

0451 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ИВАБРАДИН (КОРАКСАН) НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Лиходеева Ю.В., Малахов А.И., Мартыщенко А.Н., Магницкая О.В.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель и задачи. Оценить влияние препарата ивабрадин (кораксан) на толерантность к физической нагрузке у больных ИБС в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) или бронхиальной астмой (БА) вне обострения.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 больных ИБС (возраст 60 (46,2; 76) лет), проявляющейся стенокардией напряжения I — II ФК, безболевой ишемией миокарда II типа (ББИМ II), ХСН I (13/25) и IIа (12/25) стадии, NYHA ФК I (6/25) и II (19/25) в сочетании с ХОБЛ (12/25) или БА (13/25) среднетяжелого/тяжелого течения вне обострения (GOLD, GINA, 2007). В дополнение к стандартной терапии ИБС (аспирин, статины, ИАПФ, нитраты для купирования приступа) пациенты получали ивабрадин (кораксан) в средней дозе 13,75 мг/сут в течение 4-х недель. Влияние на толерантность к физической нагрузке оценивали с помощью теста 6-ти минутной ходьбы, проводимого согласно рекомендациям ATS (2002) исходно и через 4 недели терапии. Проводилась оценка показателей ЧСС, сатурации кислорода (SaO2), степени одышки и общей утомляемости (по 10-ти балльной шкале Borg) перед началом и по окончания теста. Результаты исследования, обработанные пакетом программ SPSS 11.0 (критерии Wilcoxon), представлены в виде медианы, 10 и 90 децилей (Me (LD; UD)), статистически значимыми различиями считались значения P<0,05.

Результаты. Через 4 недели терапии ивабрадином (кораксаном) в средней дозе 13,75 мг/сут величина пройденной дистанции 6-ти минутного теста достоверно увеличилась на 10 % (с 379 (306; 445) до 416 (310,4; 454) м, P=0,00003) по сравнению с исходом. После проведения теста на 20 % уменьшились степень тяжести одышки (с 5 (3: 8,2) до 4 (3; 6,8) баллов, P=0,004) и общей утомляемости (с 5 (2;8) до 4 (2;6,4) баллов, P=0,0013), оцененные больными по шкале Borg. Уровень ЧСС перед проведением теста снизился на 8 % (с 78 (68; 86) до 72 (61,2; 76,8) уд/мин, P=0,0001), а уровень ЧСС после нагрузки на 10 % (с 102 (88; 118) до 92 (79,6; 101,2) уд/мин, P=0,0001). Показатели SaO2 достоверно не менялись.

Выводы. Назначение ивабрадина (кораксана) в течение 4-х недель в средней дозе 13,75 мг/сут больным ИБС с ББИМ II на фоне БА/ХОБЛ вне обострения достоверно повышает толерантность к физической нагрузке, увеличивая дистанцию 6-ти минутного теста на 10 % (P=0,00003) и уменьшая субъективную оценку пациентом тяжести одышки (P=0,004) и утомляемости (P=0,0013) по шкале Borg на 20 %.

0452 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИКАРДИТОВ

Лобанова О.С., Яковлева Е.В.
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Воспалительные заболевания перикарда составляют наибольший удельный вес среди всех его поражений.

Целью нашего исследования было определение частоты встречаемости перикардитов и выявление клинических особенностей перикардитов вирусной этиологии.

Проанализированы 4500 историй болезней пациентов, находившихся в Областной клинической больнице г. Саратова в 2008 году. Выявлены 68 случаев поражения перикарда: 5 пациентов с вирусными перикардитами, 4 пациента с хроническими перикардитами туберкулезной этиологии, 1 — с кистой перикарда, 4 пациента с уремическими перикардитами, 55 больных с перикардитами при системных заболеваниях.

При анализе историй болезней 5 пациентов с вирусными перикардитами (4 мужчин и 1 женщины в возрасте от 27 до 54 лет) у 2 выявлен фибринозный перикардит, у 3 — экссудативный перикардит. В ходе обследования были исключены системные и онкологические заболевания, туберкулез.

У всех больных первые симптомы перикардита появились в течение недели после начала ОРВИ. Ведущим в клинической картине всех пациентов был болевой синдром, который послужил поводом для госпитализации в стационар 2 пациентов, однако в обоих случаях первоначально диагноз перикардита выставлен не был. Шум трения перикарда не выслушивался ни у одного из пациентов, что возможно связано с поздней госпитализацией больных.

Лабораторно наблюдались незначительный лейкоцитоз (у 3 больных) и повышение СОЭ (у 2 пациентов). У всех больных была выявлена гиперфибриногенемия, у 2 пациентов — повышение уровня С-реактивного белка. Повышение активности ферментов (АСТ, КФК, КФК-МВ) было зафиксировано только у 1 больного с сочетанным вирусным миокардитом. На ЭКГ у 2 пациентов с фибринозным перикардитом отмечался характерный подъем сегмента ST, однако закономерной динамики этих изменений выявлено не было. При Эхо-КГ у больных с фибринозным перикардитом были выявлены уплотнение, утолщение листков перикарда, гиперэхогенная его структура; у больных с экссудативным перикардитом — различное количество жидкости в полости перикарда.

В качестве лечения 2 больным были назначены НПВС, 3 пациентам потребовалось назначение небольших доз глюкокортикостероидов. Через 2 месяца у 2 пациентов с экссудативным перикардитом сохранялись небольшое количество жидкости в полости перикарда и сепарация листков. У пациента с фибринозным перикардитом и миокардитом сохранялись изменения, обусловленные поражением миокарда, сепарация листков перикарда не определялась.

Таким образом, в последнее время наблюдаются изменения в структуре перикардитов: чаще встречаются перикардиты аутоиммунной этиологии. Учитывая сходность болевого синдрома при перикардитах с другими заболеваниями, скудность клинических проявлений, не всегда классическое течение вирусных перикардитов необходима особая настороженность с целью своевременной диагностики и лечения данного заболевания.

0453 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ломакина Н. А., Ефремушкин Г.Г., Кондакова Г.Б., Шмат З.А.
ГОУ ВПО "Алтайский Государственный Медицинский Университет". ГУЗ "Краевой госпиталь для ветеранов войн", Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние физических нагрузок на диастолическую функцию (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) у пожилых больных с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Обследовано 92 пациента с АГ и ИБС в возрасте от 60 до 89 лет, средний возраст (74,46±1,25). У всех пациентов отмечена ХСН. Больным проводилась Эхо-кардиография на аппарате "Vivid 7"(США) с определением ДФ по трансмитральному потоку в режиме импульсного допплера из апикального доступа в позиции 4-камерного сердца. В анализ включались следующие показатели ДФ: пиковые скорости раннего диастолического наполнения и систолы предсердий (пик Е и А), отношение пиковых скоростей (Е/А), время изоволюмического расслабления миокарда (IVRT). Больные рандомизированы на 2 группы: основную — 81 больной получал фармакотерапию + велотренировки (ВТ) 8-10 занятий (на велоэргометре G X1 фирмы KETLLER) по методу свободного выбора нагрузки и сравнения — 11 пациентов лечение без ВТ. В основной группе больные разделены на 3 подгруппы в зависимости от значения пика Е и А при поступлении: первая- 23 больных с показателями ниже границы нормы (пик Е<0,5 м/с, пик А<0,26 м/с), вторая — со средними значениями (пик Е 0,6-0,79 м/с, пик А 0,3-0,35 м/с), третья — пациенты со значениями выше нормы (пик Е >0,8 м/с, пик А 0,31 м/с).

После лечения у больных первой подгруппы отмечалось увеличение пиковых скоростей Е и А на 14 % ($p<0,05$), соотношение Е/А существенно не изменялись. Во второй подгруппе изменений показателей пиковых скоростей не произошло. В третьей подгруппе значение пика Е снизилось на 15 % ($p<0,05$), пик А не изменился, соотношение Е/А уменьшилось на 8 %. В группе сравнения показатели пиковых скоростей имели тенденцию к снижению.

У всех больных при поступлении отмечалось увеличение IVRT ЛЖ в обеих группах, которое значимо не различалось, среднее значение 113,14±8,76 мс. После лечения IVRT в основной группе уменьшилось на 12 % ($p<0,05$), в группе сравнения не изменилось.

Таким образом, велотренировки со свободным выбором нагрузки у больных пожилого возраста с АГ и ИБС оказывают положительное влияние на ДФ сердца за счет нормализации раннего диастолического наполнения желудочков.

0454 КЛИНИКО-ИСТРУМЕНТАЛЬНОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ ПРИ ИБС У ЖЕНЩИН

Лошакова О.Д.
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Цель: анализ клинических проявлений, значимости методов диагностики ИБС у женщин в зависимости от наличия и степени атеросклеротического поражения коронарных сосудов, выявление особенностей установления диагноза ИБС в соответствии с получаемыми данными.

Материалы и методы: обследовано 86 женщин, госпитализированных в Рязанский областной клинический кардиологический диспансер с направительным диагнозом "возможная ИБС". Производилась оценка жалоб больных, данных анамнеза, оценка качества жизни, переносимости физических нагрузок, данных лабораторных методов исследования, ЭКГ-, ЭхоКГ-картины, результатов мониторирования ЭКГ по Холтеру.

Результаты: Анализ демографических и анамнестических данных показал, что в исследуемой выборке средний возраст женщин составил 56,5 (10,3) лет. У всех пациенток были жалобы на боли в области сердца, имеющие типичный стенокардитический характер, 92,6 % женщин страдали гипертонической болезнью, у 44,1 % больных в анамнезе было указание на перенесенный инфаркт миокарда, 25 % страдали сахарным диабетом. Были выделены 3 группы больных: 1 — с гемодинамически значимым стенозом (ГЗС), 2 — гемодинамически незначимым стенозом (ГНЗС), 3 — с неизмененными по данным КАГ сосудами. В 1 группе пациентов частота ИМ в анамнезе была выше, чем во 2 группе (соответственно, 81,5 % и 33,3 %, $p>0,05$), и достоверно выше, чем в 3 группе (14,8 %, $p<0,001$). К моменту поступления 3 степень артериальной гипертензии (АГ) с большей частотой отмечена у женщин с неизмененными по данным КАГ сосудами сердца в сравнении с пациентками, имеющими ГЗС (51,8 % и 25,9 %, $p<0,05$), тогда как 2 степень АГ — в обратной последовательности (70,4 % и 33,3 %, $p<0,01$). Сахарный диабет 2 типа в 1 группе отмечен в 29,6 %, во 2 группе не встречался,

в 3 группе — 18,5 % случаев (p>0,05). По данным рутинной ЭКГ признаки перенесенного Q-инфаркта миокарда в группе с ГЗС наблюдались достоверно чаще, чем в двух других группах (29,6 %, 3,6 % и 1,8 %, p>0,01), отсутствие каких-либо изменений на ЭКГ — в 3 группе больных (59,3 % и 41,7 %, p>0,05; 59,3 % и 29,7 %, p<0,05). Значимых различий в лабораторных показателях общего холестерина и триглицеридов, в показателях ЭхоКГ (фракция выброса, размеры камер сердца) выявлено не было. По выписке в 1 и 2 группах чаще устанавливался диагноз стенокардии напряжения III ФК (85,2 % и 91,7 %, p>0,05), во 3 группе (в сравнении с группой 2) — стенокардии напряжения II ФК (44,4 %, p<0,001). В 3 группе в 22,3 % случаев установлен диагноз вазоспастической стенокардии.

Выводы: 1) к моменту поступления женщины из 1 группы достоверно чаще в анамнезе перенесли инфаркт миокарда в сравнении с 3 группой (p<0,001); 2) женщины из 3 группы достоверно чаще страдали АГ 3 степени и реже — АГ 2 степени (в сравнении с 1 группой); 3) по данным ЭКГ крупноочаговые изменения достоверно чаще наблюдались в группе больных с ГЗС (p<001); 4) показатели ФВ, размеров камер сердца в исследуемых группах вне зависимости от состояния коронарных артерий не имели значимых различий.

0455 ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ОТ ВОЗРАСТА В ГРУППЕ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Лукьянова М. В., Кулюцин А.В., Олейников В. Э.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: изучить частотные характеристики синусового ритма по данным холтеровского мониторирования ЭКГ и выявить зависимость между данными показателями и возрастом в группе здоровых пациентов.

Методы исследования: обследовано 84 здоровых добровольца в возрасте от 19 до 69 лет (средний возраст 48,5 (37,5; 54) лет). Всем обследуемым выполнено суточное мониторирование ЭКГ с оценкой частотных характеристик синусового ритма с использованием системы холтеровского мониторирования “Астрокард”, которая позволяет рассчитать процент сердечных сокращений, превышающих вводимые пороговые значения за выделенный период времени, который можно обозначить как “хронотропная нагрузка” (ХН), нормированный индекс площади тренда ЧСС (Sa). В результате анализа 24-часовых записей рассчитывали следующие частотные показатели синусового ритма: средняя ЧСС за сутки, ЧСС за день и ночь, ХН и Sa за сутки, в дневные и ночные часы.

Полученные результаты: все пациенты в ходе исследования были рандомизированы по возрасту на 5 групп, в каждой определялись частотные характеристики ритма: группа 1 включала 15 человек в возрасте от 19 до 29 лет — ХН сут -29,11±16,12 %, ХН дн — 28,53±15,64 %, ХН нч — 4,06 (0,77; 8,32) %, Sa сут — 3,93 (1,72; 5,61), Sa дн — 3,84 (1,72; 5,72), Sa нч — 0,37 (0,11; 1,05), ср ЧСС сут — 74,08±8,52 уд/мин, ср ЧСС дн — 76,75±8,91 уд/мин, ср ЧСС нч — 62,92±9,06 уд/мин. Группа 2 (10 человек в возрасте от 30 до 39 лет): ХН сут — 38,86±24,94 %, ХН дн — 39,47±24,07 %, ХН нч — 3,02 (1,15; 13,91)%, Sa сут — 3,57 (1,21; 6,35), Sa дн — 3,57 (1,21; 5,94), Sa нч — 0,14 (0,06; 1,86), ср ЧСС сут — 75,63±8,98 уд/мин, ср ЧСС дн — 77,6±10,93 уд/мин, ср ЧСС нч — 65,3±7,65 уд/мин. Группа 3 (18 человек от 40 до 49 лет): ХН сут — 46,78±22,76 %, ХН дн — 45,49±22,80 %, ХН нч — 11,56 (3,52; 20,28)%, Sa сут — 6,82 (2,78; 8,82), Sa дн — 6,51 (2,63; 8,46), Sa нч — 1,45 (0,31; 3,26), ср ЧСС сут — 76,4±10,16 уд/мин, ср ЧСС дн — 78,03±9,76 уд/мин, ср ЧСС нч — 66,6±10,62 уд/мин. Группа 4 (30 человек от 50 до 59 лет) и 5 группа (9 человек старше 60 лет): ХН сут — 42,12±19,44 и 48,91±25,56 %, ХН дн — 41,66±19,61 и 47,72±24,37 %, ХН нч — 8,32 (3,27; 14,32) и 7,45 (0,68; 16,21)%, Sa сут — 3,94 (2,71; 7,86) и 4,67 (3,04; 8,63), Sa дн — 4,11 (2,64; 7,48) и 4,49 (3,11; 8,42), Sa нч — 0,51 (0,29; 1,17) и 0,36 (0,03; 1,25), ср ЧСС сут — 72,66±7,53 и 71,11±9,33 уд/мин, ср ЧСС дн — 75,53±6,49 и 75,56±8,49 уд/мин, ср ЧСС нч — 63,22±6,59 и 62,44±7,54 уд/мин соответственно. Получены достоверные отличия показателей ХН за сутки и ХН за день между пациентами 1 и 3 (p<0,01), 1 и 4 (p<0,05), 1 и 5-ой групп (p<0,05). Другие частотные характеристики синусового ритма у здоровых лиц в различных возрастных группах достоверно не отличались.

Выводы: таким образом, в ходе исследования установлено, что показатели “хронотропной нагрузки” ночью и средние значения ЧСС за сутки, в дневные и ночные часы характеризовались постоянством во всех возрастных группах. Более низкий уровень ХН за сутки и день в группе от 19 до 29 лет по сравнению с пациентами старше 40 лет может быть связан с лучшей тренированностью молодых людей и требует дальнейшего изучения.

0456 АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST: ОЦЕНКА МЕТОДОМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Лыкасова Е.А., Пак Ю.А., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Предынфарктная стенокардия (ПС), как клиническая модель ишемического прекондиционирования миокарда, ассоциирована с более благоприятным течением госпитального периода инфаркта миокарда (ИМ). Однако, влияние ПС на желудочковые аритмии (ЖА) у больных ИМ изучено недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния ПС на ЖА у больных ИМ.

Методы исследования: в исследование были включены 72 больных ИМ с подъемом сегмента ST (53 мужчины, 19 женщин, средний возраст 57,5±1,5 года), которые были разделены на две группы: с передней локализацией ИМ (n=39), из которых 21 с наличием эпизодов ПС в анамнезе, 18 — без ПС; с нижней локализацией ИМ (n=21), 15 из которых имели эпизоды ПС, в 18 случаях ПС отсутствовала. ПС определялась как один или несколько эпизодов типичной ангинозной боли, предшествовавших развитию ИМ в течение 2-72-х часов. Анализируемые группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим характеристикам. В условиях блока интенсивной терапии всем пациентам было проведено 24-х часовое Холтеровское мониторирование (ХМ) в первые сутки заболевания. По данным ХМ оценивалось: количество зарегистрированных одиночных желудочковых экстрасистол (ОЖЭ), парных желудочковых экстрасистол (ПЖЭ) и пароксизмов неустойчивой желудочковой тахикардии (НЖТ).

Результаты: У больных с нижней локализацией ИМ ПС была ассоциирована со снижение риска развития ПЖЭ (ОР:1,36; 95 % ДИ:1,0-1,8), меньшим количеством ПЖЭ (10,4±5,9 против 44,9±19,5; p=0,02) и пароксизмов НЖТ (9,6±4,1 против 52,6 ±27,3; p=0,01). В то время как у больных с передней локализацией ИМ не было выявлено статистически значимых различий в количестве всех видов ЖА в зависимости от наличия или отсутствия ПС.

Вывод: Методом ХМ выявлен антиаритмический эффект ПС у больных нижним ИМ в первые сутки заболевания. У больных с передней локализацией ИМ влияния ПС на ЖА не зарегистрировано.

0457 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Лымарь Ю.В., Крутиков А.Н., Антонова Т.В., Гудкова А.Я., Шляхто Е.В.
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить структурные и гемодинамические характеристики сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных хроническим гепатитом С (ХГС) по данным эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования.

Материалы методы. Под наблюдением находились 57 больных ХГС в возрасте от 19 до 48 лет (средний возраст — 33,4 лет), с предполагаемой продолжительностью инфицирования от 1 до 16 лет (в среднем 4,6 лет).

Диагноз ХГС был установлен на основании клинико-эпидемиологических и биохимических данных, подтвержденных обнаружением в крови HCVAb и RNA-HCV. Преобладали 3a (45,6 %) и 1b (31.6 %) генотипы вируса. Инструментальное исследование ССС включало ЭхоКГ (М-модальный, двумерный и допплеровский режимы). Из исследования исключены лица с отягощенной наследственностью и с сопутствующими заболеваниями со стороны ССС, а также положительными маркерами аутоиммунного поражения печени.

Группу сравнения составили 12 практически здоровых людей, сопоставимых по антропометрическим данным с больными ХГС.

Результаты. У 26 пациентов (45,6 %) были выявлены изменения следующих ЭхоКГ показателей: индекса объема полостей левого (ИЛП) и правого предсердия (ИПП), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), фракции выброса (ФВ), систолического давления в легочной артерии (СДЛА) и диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ).

У 20 больных ХГС выявили повышение ИЛП, который составил 31,4±0,8 мл/м, при значении 25,6±1,1 мл/м в группе сравнения (p<0,001), что свидетельствует о дилатации левого предсердия. В 9 случаях наблюдали небольшую дилатацию правого предсердия (ИПП колебался от 29 до 37 мл/м^2). У 13 из 26 больных ХГС выявлены признаки гипертрофии левого желудочка: ИММЛЖ у 11 мужчин составил 127,8±2,7 г/м^2, у двух женщин — 95 и 96 г/м^2. В двух случаях ХГС были обнаружены нарушения ФВ и ДФЛЖ.

У 22,8 % пациентов показатель СДЛА был повышен, в среднем составил 31,4±1,2 mmHg. У больных ХГС изменения изученных параметров встречались чаще, чем в группе сравнения (табл.1).

Таблица 1

Изменения показателей ЭхоКГ у больных ХГС и группы сравнения

	ИЛП ↑	ИПП ↑	ИММЛЖ ↑	ФВ ↓	СДЛА ↑	ДФЛЖ
Больные ХГС (n=57)	20 (35,1 %)	9 (15,8 %)	13 (22,8 %)	2 (3,5 %)	13 (22,8 %)	2 (3,5 %)
Группа сравнения (n=12)	2 (16,6 %)	1 (8,3 %)	2 (16,6 %)	0	2 (8,3 %)	0

Важно, что у 12,3 % больных ХГС найдено изменение двух, у 5,3 % — четырех.

0458 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ИНТЕРВАЛ Q-T

Лысенкова Н.О., Кратнов А.Е., Лопатникова Е.Н., Ражева О.К., Дзезюля А.М.
Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

У больных ишемической болезнью сердца (ИБС) развитие неблагоприятного прогноза определяется наличием сопутствующего сахарного диабета 2 типа (СД), одним из основных осложнений является развитие диабетической нейропатии. Существуют противоречивые данные о прогностической роли показателей ВРС при диабетической нейропатии. При этом с дисбалансом автономной нервной системы при СД связано удлинение интервала Q-T, являющегося предиктором развития фатальных желудочковых аритмий.

Целью исследования являлось изучение показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) и интервала Q-T у больных ИБС и сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы. В исследование был включен 141 больной ИБС, из них 29 (20,6 %) пациентов с нестабильной стенокардией и 112 (79,4 %) с инфарктом миокарда, в возрасте от 30 до 69 лет (средний возраст 52,4±7,3 года). Диагноз инфаркта миокарда подтверждался положительным тропониновым тестом. У 101 (71,6 %) больного наблюдался СД, средняя продолжительность которого составляла 4,8±3,1 года. У 36 (35,6 %) пациентов СД был выявлен впервые. Больные с диабетом были достоверно старше (55,5±6,4 >52,1±6,9 года; p = 0,006). В качестве критерия компенсации обмена веществ при СД был использован уровень гликозилированного гемоглобина (HbAlc) согласно рекомендациям Европейского бюро Международной федерации по диабету и Европейского бюро ВОЗ. Больных СД с низким риском сосудистых осложнений было 44 (43,6 %), с риском развития макроангиопатии — 26 (25,7 %), с риском развития микроангиопатии — 31 (30,7 %) пациента. Для диагностики диабетической нейропатии применялось исследование вибрационной, тактильной и болевой чувствительности. У 53 (52,5 %) больных СД выявлялась дистальная симметричная нейропатия, из которых у 46 (86,8 %) наблюдалось преимущественное поражение чувствительных нервов (сенсорная форма), у 7 (13,2 %) комбинированное поражение нервов (сенсомоторная форма).

Результаты и обсуждение. Выявлено, что у пациентов ИБС без СД по сравнению с контролем были достоверно меньше значения ВРС. При сравнении показателей в различных группах больных ИБС выявлено, что у пациентов с СД наблюдаются более низкие показатели мощности в диапазоне низких частот (LF) (p=0,001) и отношения мощности низких и высоких частот (LF/HF) (p=0,01). При изучении ВРС в зависимости от состояния компенсации СД, выявлено, что у пациентов с риском развития микроангиопатии наблюдалось дальнейшее достоверное уменьшение показателей LF (p=0,02). Низкая мощность в диапазоне LF у больных СД обратно коррелировала с ростом гликозилированного гемоглобина (r=- 0,25; p<0,05). У больных СД с развитием дистальной симметричной нейропатии наблюдалось достоверное снижение мощности в диапазоне высоких частот (HF) и увеличение QTc max. По данным кластерного анализа показателями, обладающими большей полнотой связи с развитием нейропатии у больных СД являлись снижение отношения мощностей LF/HF и удлинение интервала QT

Заключение. Наличие СД у больных ИБС приводит к снижению тонуса вегетативной нервной системы, преимущественно за счет активности парасимпатического звена, что сопровождается нарушением реполяризации желудочков сердца.

0459 СКРИНИНГОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА АПНОЭ ВО СНЕ

Лышова О.В.
ГОУ ВПО “Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко”, Воронеж, Россия

Актуальность. Полисомнография — “золотой стандарт” диагностики синдрома апноэ во сне (САС) остаётся не доступным методом исследования для большинства пациентов в силу разных причин. Скрининговая диагностика этого состояния (анкетирование, холтеровское мониторирование с динамической реопневмографией, амбулаторное кардиореспираторное мониторирование и другое) может оказать

реальную помощь в своевременном проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Цель. Сравнить частоту выявляемости САС по данным скринингового опроса, динамической реопневмографии и результатам ночного кардиореспираторного мониторирования (КРМ) у мужчин с метаболическим синдромом.

Материал и методы исследования. 87 мужчин в возрасте 29-63 лет (средний возраст 44,0±1,7 лет) с окружностью талии >94 см; артериальной гипертензией 1-й и 2-й степени (21 и 79 % случаев от общего числа обследованных); дислипидемией (82 %); нарушением толерантности к глюкозе (8 %); гиперурикемией (20 %) без признаков застойной сердечной недостаточности. Проводили тестирование по анкете скрининговой диагностики САС, Эпвортской шкале дневной сонливости. КРМ выполняли на полифункциональном портативном регистраторе "Кардиотехника-04-3РМ" (Инкарт, Санкт-Петербург). Регистрировали: три отведения ЭКГ, интегральную реопневмограмму (РПГ) с нижних отделов обоих лёгких, двигательную активность и положение тела пациента (акселерометр встроен в прибор). Перед сном пациент самостоятельно накладывал портативный пульсоксиметр на палец и одноразовый носовой катетер для регистрации потока воздуха и звуковых явлений при дыхании (храп).

Результаты. Установлено, что анкета для скрининга САС имеет относительно высокую диагностическую чувствительность (80 %) и низкую специфичность (59 %). Оценка дневной сонливости по Эпвортской шкале малоинформативна у пациентов САС с индексом апноэ от 5 до 14 за 1 ч сна. Диагностическая чувствительность метода динамической РПГ, по сравнению с ночным КРМ, в диагностике эпизодов апноэ составила 81 %. Совпадение результатов по выявлению дыхательных пауз с изоэлектричным ходом на РПГ наблюдалось в 100 % случаев, в то время как дыхательных пауз с волнообразным ходом — в 65 % случаев. Между суммарным баллом по Эпвортской шкале дневной сонливости и анкете скрининга САС установлена положительная связь слабой силы (rs=0,38; p=0,006), в то время как между суммарным баллом, вычисленным по анкете САС и индексом апноэ она отсутствовала (rs=0,25; p=0,067).

Выводы. Синдром апноэ во сне различной степени тяжести диагностирован у 60 пациентов из 87 обследованных. Динамическое мониторирование ЭКГ и реопневмограммы, ночное кардиореспираторное мониторирование рекомендуется проводить пациентам с метаболическим синдромом вне зависимости от полученных результатов опроса по анкете скрининга синдрома апноэ во сне и Эпвортской шкале дневной сонливости.

0460 ПОВРЕЖДАЮЩИЙ ФАКТОР ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЛАТЕНТНОЙ И МАНИФЕСТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Лямина Н.П., Сенчихин В.Н., Лямина С.В.*
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия; ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава*, Москва, Россия

Дисфункция эндотелия является системным процессом приводящих к нарушению кровоснабжения различных органов и тканей. Её развитию и становлению предшествует ряд структурных, биохимических и физиологических изменений, прежде всего в сосудистом русле. Выявление и оценка ранних проявлений повреждения эндотелия у лиц молодого возраста с артериальной гипертонией различной степени ее выраженности является первостепенной задачей врача для проведения профилактических и лечебных мероприятий в отношении лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: оценить повреждение эндотелия сосудов по циркулирующим эндотелиальным клеткам у пациентов молодого возраста с латентной и манифестной артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Обследовано 47 пациентов молодого возраста (от 18 до 45 лет). Из них 26 пациентов составили группу с манифестной АГ, 21 человек был включен в группу латентной АГ. Группа контроля была представлена 19 здоровыми лицами, сопоставимыми по возрасту. Пациенты обследованы по единому протоколу включающему: определение циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) методом фазово-контрастной микроскопии, по которому проводили оценку состояния эндотелия, измерение офисного АД, а также суточное мониторирование артериального давления (СМАД), монитор Pressure Trak 222-B, SunTech Medıcal, Inc.USA.

Результаты. Получено, что в группе контроля среднее суточное САД составило 126,4±1,8 мм рт.ст., ДАД — 83,2±1,1 мм рт.ст, количество ЦЭК- 2,42±0,42x104/л. Тогда как у пациентов с манифестной АГ уровень АД был выше: САД 143,2±2,6 мм рт.ст. и ДАД 92,6±1,2 мм рт.ст., а количество ЦЭК соответствовало 3,81±0,32 x104/л, и было почти в 1,6 раза выше, чем у здоровых. У пациентов с латентной формой АГ АД было на уровне — САД 137,8±2,6 мм рт.ст. и ДАД 89,3±1,2 мм рт.ст., количество ЦЭК составило 3,58±0,28x104 /л, т. е. количество ЦЭК при латентной АГ было в 1,5 раза выше чем у здоровых и только на 6,1 % меньше, чем у пациентов с манифестной АГ.

Выводы. У лиц молодого возраста как манифестная, так и латентная формы АГ ассоциирована с повреждением эндотелия сосудов. Кроме того, при латентной форме АГ повреждающий фактор эндотелия, оцениваемый по ЦЭК, имеет также высокую степень повреждения, как и при манифестной АГ. Таким образом, для пациентов молодого возраста латентная форма АГ также опасна для повреждения эндотелия сосудов, как и манифестная форма АГ.

0461 ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕСТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Лямина Н.П., Котельникова Е.В., Карпова Э.С., Липчанская Т.П.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Постоянное увеличение контингента пациентов, перенесших чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), демонстрирует множество проблем, связанных

с использованием методов физической реабилитации на амбулаторном этапе наблюдения. Наиболее важные из них: отсутствие преемственности между лечебно-профилактическими учреждениями стационарного и амбулаторного типа, низкая практическая доступность центров реабилитации, отсутствие схем контролируемых физических тренировок (КФТ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), отсутствие доказательно-обоснованных подходов к оценке эффективности реабилитационных программ, низкая приверженность пациентов рекомендациям по увеличению физической активности и другим советам по модификации образа жизни.

Цель исследования: оценить эффективность реабилитационных мероприятий с использованием компьютеризированной системы поддержки врачебных решений (СПВР) у пациентов с ИБС после ЧКВ.'В исследование было включено 42 пациента (ср. в. 52,3±5,6 лет), в течение года перенесших ЧКВ (коронарную ангиопластику, стентирование). В группе исследования (n=20), где выполнялись КФТ на тредмиле, в выборе режима дозирования КФТ использовалась компьютеризированная СПВР "Программа ЭВМ выбора режима физических тренировок у больных ишемической болезнью сердца, перенесших чрезкожное коронарное вмешательство" (№ 2009613090 от15.06.2009г.). Выбор режима КФТ осуществлялся на основании признаков: а) наличие/отсутствие симптомов стенокардии; б) функциональный класс ХСН; в) число устраненных при ЧКВ коронарных стенозов; г) наличие неустраненных стенозов; д) результаты теста с 6-минутной ходьбой; е) прогностический

индекс Дюка по результатам тредмил-теста. Пациенты группы контроля (n=22) находились на традиционном амбулаторном наблюдении. В обеих группах проводилось ежемесячное нагрузочное тестирование пациентов и 1 раз в 3 мес определялись показатели качества жизни (опросник ВОЗ КЖ- 100).

После 6 мес отмечалось достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке в группе КФТ по сравнению с контрольной (8,8±2,4 МЕ и 6,4±0,2 МЕ соответственно) и суммарного показателя качества жизни (97,1±2,8 и 86,4±7,6 баллов соответственно). Был достигнут высокий уровень приверженности лекарственной терапии на протяжении всего периода реабилитации: к приему гипотензивных препаратов (88,0 % против 62,8 % в группе контроля), приему статинов (81,4 % против 43,4 % в контрольной группе); комбинированному приему антиагрегантов (75,8 % против 25,0 %).

Таким образом, практическое использование СПВР на внестационарном этапе реабилитации пациентов, перенесших ЧКВ, способствует повышению эффективности реабилитационно-профилактических мероприятий у этой категории пациентов, в итоге оказывая положительное влияние на эффективность самих ЧКВ в отдаленный период наблюдения.

0462 НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мадеева Д.В.
ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Целью работы является определение корреляции между нарушениями ритма и типом хронической сердечной недостаточности, а также описание симптоматологии фибрилляции предсердий. Данное ретроспективное исследование проводилось в условиях многопрофильного стационара и включало 60 пациентов в возрасте от 35 до 89 лет. Критериями включения в исследование были наличие нарушения ритма и хронической сердечной недостаточности любой стадии и функционального класса. В ходе работы проводилась детализация клинической картины, оценивались данные анамнеза заболевания, ЭКГ, Эхо-КГ. Для статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Excel. Статистически значимым считалось значение $p<0,05$.

В структуре хронической сердечной недостаточности было выявлено преобладание (77 %) диастолической формы. При сравнении размеров камер сердца на фоне различных типов хронической сердечной недостаточности только дилатация левого желудочка достоверно чаще встречалась у пациентов с систолической хронической сердечной недостаточностью ($p<0,05$). В связи с отсутствием четкой корреляции между типом хронической сердечной недостаточности и размером камер варианты аритмий достоверно не различались. Вместе с тем намечалась тенденция к преобладанию наджелудочковых нарушений ритма у пациентов с диастолической, а желудочковых — у пациентов с систолической хронической сердечной недостаточностью.

Более детально была рассмотрена фибрилляция предсердий. Выявлено увеличение распространенности фибрилляцией предсердий с возрастом ($p<0,05$). Наиболее резкий подъем заболеваемости отмечался после 50 лет, максимального значения данный показатель достиг в группе больных 80-89 лет. Кроме того, четко выявлена связь между типом хронической сердечной недостаточности и формой фибрилляции предсердий. Пароксизмальная форма отмечалась достоверно чаще у пациентов с диастолической дисфункцией, а постоянная форма — у пациентов с нарушенной сократительной функцией миокарда. Более тяжелое течение (более высокая стадия и функциональный класс, наличие жалоб на слабость, утомляемость, одышку) было выявлено у пациентов с постоянной формой фибрилляции. Этот факт можно объяснить как развитием постоянной формы фибрилляции на фоне более тяжелого поражения миокарда, так и более выраженной декомпенсацией сердечной деятельности под влиянием постоянной формы фибрилляции. Дилатация левого предсердия отмечается во всех случаях постоянной формы и у 63 % пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий ($p<0,05$). Таким образом, дилатация левого предсердия является одним из ведущих факторов риска развития фибрилляции предсердий, особенно постоянной формы. Однако нормальные размеры левого предсердия не исключают развитие данного нарушения ритма, а имеющаяся дилатация левого предсердия не всегда сопровождается развитием фибрилляции предсердий.

0463 УРОВНИ ЭРИТРОПОЭТИНА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Макарова Н. А.
Государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Целью работы явилось исследование уровня эритропоэтина в плазме крови у больных с инфарктом миокарда и его зависимости от показателей периферической крови и выделительной функции почек.

Материал и методы. Обследованы 50 больных с ИМ (средний возраст — 64,1±3,5 лет), из них с зубцом Q — 44. По степени острой сердечной недостаточности: I — в 33 случаях, II — в 5, III — в 5, IV — в 7. В контрольную группу вошли 33 больных без признаков ишемической болезни сердца (средний возраст — 58,4±3,8 лет). Определяли показатели периферической красной крови, уровни ЭПО в плазме крови методом двухсайтового твердофазного иммуноферментного анализа (набор реактивов Biomerica EPO ELISA). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле Cockroft-Gault. Показатели представлены как $M\pm\sigma$ при $p<0,05$. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Уровни ЭПО в плазме крови больных с ИМ варьировали от 1,91 до 199,77 мЕ/мл (9,59±1,68 мЕ/мл), в контрольной группе — от 2,44 до 18,65 мЕ/мл (7,49±1,18 мЕ/мл). Показатели периферической крови обследованных контрольной группы находились в пределах нормы. Больных с ИМ в зависимости от значений показателей периферической крови разделили на 3 группы: имевших анемию — 11, с нормальными значениями — 32 и эритроцитозом — 7. В первой группе больных содержание ЭПО в плазме крови у пяти из 11 в 1,3-2,6 раза превышало контроль, еще у двух — в 10 и 23 раза. У остальных четырех из 11 больных получены низкие уровни ЭПО (менее 9,8 мЕ/мл). При этом величины СКФ у данных четырех больных оказались значительно снижены — до 27,1- 36,4 мл/мин, в отличие от других больных с анемией (44,1-75,2 мл/мин) и контрольной группы (93,47±13,31 мл/мин). Во второй группе больных с ИМ уровни ЭПО находились в пределах от 1,92 до 20,50 мЕ/мл. Наиболее низкие значения гормона были отмечены у 12 из них, имевших более низкие значения СКФ — 77,88±18,89 мл/мин, чем у контрольной группы. Значения эритропоэтина у 7 из 32 больных составили — от 6,88 до 8,66 мЕ/мл. Статистически значимых отличий в значениях СКФ — 78,40±21,09 мл/мин у по сравнению с контролем не получено. У 13 больных зафиксированы самые высокие значения эритропоэтина в данной группе — от 9,23 до 20,05 мЕ/мл. Однако статистически значимых различий в значениях СКФ у этих 13 больных (83,57±20,18 мл/мин) по сравнению с контрольной группой также не отмечено. В третьей группе больных с ИМ с зарегистрированным эритроцитозом уровни эритропоэтина колебались от 3,18 до 30,31 мЕ/мл. Значения СКФ у больных с эритроцитозом не различались с контролем и составили 89,60± 31,72 мл/мин.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить способность организма в условиях ИМ к продукции ЭПО в ответ на гипоксию. Выявлена зависимость между снижением величины СКФ и продукции ЭПО почками. Повышенную продукцию ЭПО у больных с ИМ вызывает анемия при условии сохранения эритропоэтической функции почек.

0464 АНАЛИЗ МИОКАРДИАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Маковеева Е.А.
МЛПУ "Когалымская городская больница", ГОУ ВПО "Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа-Югры", Сургут, Россия

Цель: оценка функции левого желудочка у больных гипертонической болезнью (ГБ) при применении новых эхокардиографических технологий (анализ миокардиального напряжения левого желудочка).

Методы и результаты. Исследование проведено в МЛПУ "Когалымская городская больница", отделении функциональной диагностики, на аппарате ультразвуковой диагностики Artıda 4D (Toshıba Medıcal Systems). Проведено обследование 20 пациентов с ГБ 2 стадии, 2 степени (средний возраст больных 50±10 лет) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Средняя ФВ ЛЖ составила 57 %. Применена технология 3D WMT (Wall Motıon Trackıng), которая позволяет исследовать функцию левого желудочка (ЛЖ) путем анализа миокардиального напряжения. В стандартной 4С позиции были проанализированы глобальные продольное, радиальное, периферическое напряжения. Математическая обработка данных проведена с использованием пакета обработки 3D данных.

В результате проведенного исследования установлено, что показатели глобального продольного, радиального и периферического напряжения составили соответственно -32,55 %, -36,36 %, -43,00 %. Было проведено сравнение полученных данных с показателями нормы, установленными A. Manovel et al., 2009. Показатели глобальных продольного, радиального, периферического напряжений в группе здоровых лиц (n=28, возраст 38±12 лет, средняя ФВ ЛЖ=59 %) составили соответственно -22,28 %,- 40,74 %,-27,17 %. Установлены отличия от нормы показателей глобального продольного и периферического миокардиального напряжения у больных ГБ. Показатель глобального радиального миокардиального напряжения у больных ГБ не отличался от нормы.

Выводы. 1. Эхокардиографические показатели глобального продольного и периферического миокардиального напряжения у больных ГБ с сохраненной ФВ ЛЖ выше в сравнении с нормой. 2. Новая эхокардиографическая технология 3D WMT может быть использована для оценки функции миокарда ЛЖ у больных ГБ.

0465 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Максимов Н.И., Ополонский Д.В., Соловьева А.А.
ГОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия", Ижевск, Россия

Цель. В российских рекомендациях обозначена необходимость применения статинов у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) с метаболическим синдромом (МС) для достижения оптимальных показателей липидного обмена (ОХС <4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП <2,5 ммоль/л, ХС ЛПВП >1,0 ммоль/л у мужчин и >1,2 ммоль/л у женщин, ТГ <1,7 ммоль/л) с целью улучшения прогноза. При проведении больным ССН с МС липидкорригирующей терапии, способствующей регрессу атеросклероза венечных артерий, следует учитывать агрессивность дислипидемии, негативные реакции лекарственных препаратов, метаболическое повреждение органов (жировая инфильтрация печени). Разработка метаболически нейтральных и/или улучшающих липидный обмен подходов к терапии больных ССН с МС является актуальной клинической задачей. С этой целью мы использовали препарат нейротропного действия бенфотиамин.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 175 больных ССН (ФК 2,78±0,03, возраст 52,25±0,41 года, ИМТ 40,11±0,49 кг/м^2) без инфаркта миокарда и сахарного диабета второго типа в анамнезе с признаками МС IDF-2005. Больных разделили на 2 группы: группу сравнения (n=70; получали стандартную терапию) и группу наблюдения (n=105; в дополнение к стандартной терапии получали бенфотиамин 300 мг/сутки); продолжительность исследования — 6 месяцев. Исходно и в конце исследования с помощью анализатора "HORIBA ABX Pentra 400" оценивали АСТ, АЛТ, ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП.

Полученные результаты. Несмотря на регулярное наблюдение у кардиолога, все больные имели показатели обмена липидов, превышающие рекомендованные целевые значения: средний ОХС составил 6,45±0,03 ммоль/л, ТГ 2,71±0,04 ммоль/л, ХС ЛПВП 0,88±0,01 ммоль/л, ХС ЛПНП 4,34±0,03 ммоль/л, при этом АЛТ 29,17±0,87 ммоль/л и АСТ 25,79±0,83 ммоль/л. Нарушения липидного обмена у мужчин в сравнении с женщинами были более выражены по ХС ЛПНП (4,41±0,04 vs 4,27±0,04 ммоль/л, p<0,01), ХС ЛПВП (0,83±0,01 vs 0,93±0,01 ммоль/л, p<0,001) и ТГ (2,79±0,06 vs 2,64±0,05 ммоль/л, p<0,05); повышение уровней АЛТ (31,66±1,27 vs 26,73±1,12, p<0,01) и АСТ (28,19±1,24 vs 23,44±1,06, p<0,01) у мужчин, скорее всего, связано с употреблением алкогольных напитков и жировой инфильтрацией печени. К 6-му месяцу исследования большинство больных в группах наблюдения и сравнения достигли целевых значений ОХС (90,2 vs 81,8 %, p>0,05), ТГ (75,5 vs 71,2 %, p>0,05) и ХС ЛПНП (74,5 vs 60,6 %, p>0,05), при этом в группе наблюдения отмечена бóльшая доля больных, достигших целевых значений ХС ЛПВП (66,7 vs 48,5 %, p<0,05). Включение бенфотиамина в лечение больных ССН с МС сопровождалось улучшением липидкорригирующей терапии, которое к 6-му месяцу исследования было заметно по снижению ОХС (-35,79 vs -33,54 %, p<0,01), ХС ЛПНП (-45,98 vs -41,80 %, p<0,01) и повышению ХС ЛПВП (+26,44 vs +16,85 %, p<0,01).

Выводы. У больных ССН с МС установлена выраженная дислипидемия с низкой антиатерогенной и высокой проатерогенной активностью. Включение в липидкорригирующую терапию бенфотиамина в дозе 300 мг/сутки на протяжении 6 месяцев способствовало повышению ее эффективности.

0466 ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

МаксютоваЛ.Ф., ФазлыеваР.М., ВалееваЛ.А., МаксютоваА.Ф., Гильманова Д.Р., Парасюк Е.Г., Кудашева Н.А.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", МУ ГКБ № 5, Уфа, Россия

Цель исследования. Количественно оценить качество жизни (КЖ) больных с ХСН в динамике в течение периода стационарного лечения с помощью опросника SF — 36 и по шкале оценки клинического состояния (ШОКС).

Материалы и методы. Было обследовано 36 человек (средний возраст 57,9+6,4года) ИБС (в среднем в течение 7,4±3,5лет) с ХСН II-IV ФК по NYHA с фракцией выброса (ФВ) менее 45 % (15 человек, 41,7 %), с сохраненной систолической функцией (ФВ более 50 % — 21 человек, 58,3 %). У 17 больных была ХСН II, у 13 — III и у 6 — IV ФК. Больные получали стандартную комплексную терапию ХСН. Группу сравнения составили 30 здоровых лиц сопоставимого возраста. ФВ определяли эхокардиографически. Проводили тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), оценку клинического состояния с помощью ШОКС (модификация Мареева В.Ю., 2000). КЖ оценивали с применением опросника SF-36. Количественно оценивали следующие показатели: Physıcal Functıonıng (PF) — физическое функционирование, Role-Physıcal (RP) — ролевое функционирование; Bodıly Paın (BP) — интенсивность боли; General Health (GH) — общее состояние; Vıtalıty (VT) — жизнеспособность; Socıal Functıonıng (SF) — социальное функционирование; Role-Emotıonal (RE) —

эмоциональное состояние; Mental Health (MH) — психическое здоровье.

Полученные результаты. Было установлено значительное достоверное снижение КЖ у больных с ХСН по сравнению с группой сравнения. Исключение составили показатели общего психического здоровья, приближающиеся к таковым у здоровых лиц. Особенно понижались характеристики физического состояния, которое у больных с ХСН во много раз по сравнению со здоровыми ограничивало повседневную и трудовую деятельность. Значительной интенсивности достигал болевой синдром, была существенно снижена активность больных и повышена их утомляемость. В целом состояние PF у больных с ХСН оказалось снижено по сравнению со здоровыми в 2 раза. Следствием этого явилось выраженное ограничение SF. Результаты показали, что ограничение физической активности вносит наиболее существенный вклад в снижение КЖ у больных с ХСН. Было установлено, что снижение уровней PF, RP, VT, SF и RE достоверно зависят от ФК ХСН. Чем выше ФК ХСН, тем меньше показатели физического и психосоциального функционирования. После стационарного лечения практически у всех больных повышалось КЖ по всем параметрам (PF на 12,5 % ФК II, 19,3 % ФК III, 25,7 % ФК IV, RP на 22,4 % II ФК, 32,1 % — III ФК, 70,6 % — IV ФК, GH на 21,1 % ФК II, 26,3 % ФК III, 27 % ФК IV), VT на 29,7 % II ФК, 22,7 % III ФК, на 30,9 % IV ФК ($p<0,05$), SF, RE, MH ($p>0,05$)), уменьшалась BP ($p<0,05$). Увеличение результативности ТШХ сопровождалось улучшением клинического состояния больных и повышением показателей КЖ.

Выводы. КЖ больных с СН значительно снижено и тем больше, чем выше ФК СН и ниже толерантность к физической нагрузке. Показатели КЖ, как и характеристики картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществить мониторинг проводимого лечения.

0467 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИВАБРАДИНА (КОРАКСАНА) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Малахов А.И., Лиходеева Ю.В., Мартыщенко А.Н., Магницкая О.В.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель и задачи. Оценить антиангинальный и антиишемический эффект препарата ивабрадин (кораксан, Servier) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с безболевой ишемией миокарда II типа (ББИМ II) на фоне бронхиальной астмы (БА) или хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) средне-тяжелого/тяжелого течения вне обострения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 25 больных ИБС (возраст 60 (46,2; 76) лет) и эпизодами ББИМ II, перенёсших в прошлом инфаркт миокарда. Распределение по полу: мужчины/женщины — 10/15. Большинство больных имели стенокардию II функционального класса (ФК) — 76 % (19/25), I ФК — 24 % (6/25). Стаж ИБС 10 (2; 29) лет. Фоновым заболеванием являлась контролируемая/ частично контролируемая БА средне-тяжелого/тяжелого течения или ХОБЛ средне-тяжелого/тяжелого течения вне обострения, находящихся на базисной терапии в соответствии с рекомендациями GINA и GOLD (2007). Стаж бронхообструктивных заболеваний 7 (0,8; 22) лет. На фоне стандартной терапии ИБС (статины, аспирин, иАПФ, нитраты короткого действия для купирования приступов) всем пациентам назначался ивабрадин (кораксан) в средней дозе 13,75 мг/сут на 4 недели. Антиангинальную активность ивабрадина оценивали по динамике приступов стенокардии и потребности в нитратах короткого действия (НКД) по дневникам пациентов исходно и через месяц терапии. Антиишемическую активность препарата определяли с помощью суточного мониторирования ЭКГ по уменьшению/исчезновению эпизодов ишемической депрессии сегмента ST. Результаты представлены в виде медианы, 10 и 90 процентилей Me (LD; UD). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ SPSS 11.0 (критерий Wilcoxon). Статистически значимыми считались значения $p < 0,05$.

Результаты. На фоне 4 недель приема препарата ивабрадин (кораксан) в средней дозе 13,75 мг/сут отмечалось достоверное уменьшение количества приступов стенокардии в неделю на 75 % (с 3 (2; 12) до 0,75 (0; 4,3) приступа/неделю, $p=0,00001$) и уменьшение потребности в НКД на 75 % (с 1 (0; 21,6) до 0,25 (0; 1) таблеток в неделю, $p=0,0002$). Через 1 месяц терапии у 84 % (21/25) пациентов эпизодов ББИМ по результатам суточного мониторирования ЭКГ не выявлено ($p=0,00001$). У оставшихся пациентов (4/25) продолжительность ББИМ уменьшилась на 91,5 %. По данным суточного мониторирования ЭКГ также отмечено достоверное снижение средней ЧСС на 8,9 % (с 79 (69,4; 99,6) до 72 (63,8; 98) уд/мин, $p=0,003$), максимальной ЧСС на 8,5 % (с 129 (114,8; 150,2) до 118 (95,2; 141,4) уд/мин, $p=0,001$) и минимальной ЧСС на 8,8 % (с 57 (48,4; 68,4) до 52 (44,2; 62,4) уд/мин, $p=0,002$). Нежелательные лекарственные явления не зарегистрированы.

Выводы. Назначение кораксана в средней дозе 13,75 мг/сут к стандартной терапии ИБС больным с эпизодами ББИМ II на фоне контролируемой/частично контролируемой БА или ХОБЛ среднетяжелого/ тяжелого течения вне обострения через 4 недели достоверно уменьшает частоту приступов стенокардии и эпизодов ишемической депрессии сегмента ST.

0468 КЛИНИКО-ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Малинова Л.И.[1], Силина Т.С.[2], Денисова Т.П.[2]
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий[1], Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава[2], Саратов, Россия

По данным Framingham Heart Study с ростом индекса массы тела (ИМТ) происходит повышение риска формирования хронической сердечной недостаточности (ХСН). Однако прямое участие ожирения в патогенезе ХСН не является очевидным, особенно в условиях инволюционной перестройки организма, что обусловило цель настоящего исследования: определение клинико-патофизиологических параллелей хронической сердечной недостаточности и ожирения у лиц старческого возраста.

Материалы и методы. В исследование включено 156 пациентов старческого возраста (79,9±3,6 лет) с ХСН (n=122) и без нее (n=34). Верификация диагноза ХСН проводилась по принципам, изложенным в Национальных рекомендациях ВНОК и ОССН, клинические и лабораторно-инструментальные признаки ХСН индексировались или ранжировались в соответствии с протоколом исследования. Определение сывороточного уровня мозгового натрийуретического гормона (BNP-32) проводилось при помощи иммуноферментного метода с использованием наборов производства PENINSULA LABORATORIES, LLC (США), концентрации лептина — с использованием наборов Diagnostics Biochem Canada Inc. (Канада); адипонектина — BioVendor — Laboratorní medicína a.s. (Чехия), ИЛ-6 и ФНО α — ЗАО "Вектор-БЕСТ" (Россия. Новосибирск).

Результаты. Пациенты с наличием/ отсутствием ХСН и наличием / отсутствием ожирения были сопоставимы по возрасту, полу, липидному профилю, показателям углеводного обмена. Средняя фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила 61,69±10,33 %, ее снижение менее 45 % отмечалось в 8,33 % случаев. Нарушение диастолической функции миокарда по релаксационному типу выявлено у 57,69 % обследованных. Статистически значимые различия были достигнуты по уровням лептина и адипонектина (Kruskal-Wallis p level 0,018 и 0,002, соответственно), в то время

как значения ИЛ-6 и ФНО α не достигали степени статистической значимости (Kruskal-Wallis p level 0,317 и 0,379, соответственно). Пациенты с наличием и отсутствием периферических отеков статистически значимо различались по параметру ИМТ (Mann-Whitney 2*1 sided exact p = 0,000), ЧСС (p=0,028). Пациенты с наличием и отсутствием гепатомегалии — ЧСС (p=0,031), ФВ ЛЖ (p=0,002). У пациентов с наличием и отсутствием диспное, влажных хрипов в легких статистически значимых различий не было установлено ни по одному их исследованных параметров. При этом степень "различий" уменьшалась у больных с повышенной массой тела.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о вовлечении саркопенического ожирения в патогенез ХСН у лиц старческого возраста. Выявлены косвенные доказательства роли функционального состояния жировой ткани в патогенезе отечного синдрома у пациентов старческого возраста. Показана низкая информативность таких симптомов и признаков дезадаптивного ремоделирования миокарда как одышка, влажные хрипы в легких, периферические отеки и гепатомегалия, у пациентов позднего возраста, усугубляющаяся с ростом ИМТ.

0469 "ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ" У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Малинова Л.И.[1], Силина Т.С.[2], Денисова Т.П.[2]
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий[1], Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава[2], Саратов, Россия

Общепризнанной является сопряженность высокого кардиоваскулярного риска с ожирением, однако, в ряде исследований были получены парадоксальные данные, позволившие предположить формирование определенной резистентности к повреждению миокарда у пациентов с повышенным индексом массы тела (ИМТ) — "парадокс ожирения". Учитывая противоречивость литературных сведений о влиянии ожирения на течение ХСН в поздновозрастной группе пациентов, была поставлена цель: оценить краткосрочную динамику выраженности клинико-инструментальных признаков и предикторов течения ХСН у лиц старческого возраста с нормальной и повышенной массой тела.

Материалы и методы. В исследование включено 122 пациента старческого возраста ХСН ишемического генеза с нормальной и повышенной массой тела. Верификация диагноза ХСН проводилась по принципам, изложенным в Национальных рекомендациях ВНОК и ОССН. Определение сывороточного уровня мозгового натрийуретического гормона (BNP-32) проводилось при помощи иммуноферментного метода с использованием наборов производства PENINSULA LABORATORIES, LLC (США), концентрации лептина — с использованием наборов Diagnostics Biochem Canada Inc. (Канада); адипонектина — BioVendor — Laboratorni medicina a.s. (Чехия), ИЛ-6 и ФНО α — ЗАО "Вектор-БЕСТ" (Россия. Новосибирск). Анализировались минимальные клинически значимые дозы бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ и мочегонных длительность латентного периода используемых лекарственных препаратов, динамика редукции симптомов застоя, длительность пребывания пациента в стационаре, динамика качества жизни (определение с помощью аналогово-визуальной шкалы — АВШ).

Результаты. Обследованные тучные пациенты отличались от лиц с нормальной массой тела статистически значимым повышением ЧСС и уровней систолического и диастолического артериального давления (p<0,04). Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре составила 15,4±8,1 дня, у лиц с нормальной массой тела выявлялась тенденция к сокращению этого показателя, не достигающая степени статистической значимости. Продолжительность выявления клинических признаков застоя статистически достоверно было меньшим у пациентов с ожирением (p=0,0287), равно как и латентный период петлевых диуретиков (p=0,003). Количество пациентов, отметивших значительное (более 50 % АВШ) улучшение самочувствия на 7-10 день пребывания в стационаре среди лиц с ожирением составило 78,4 % (в сравнении с 42,6 % у больных с нормальной массой тела). Минимальные клинически значимые дозы бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ и мочегонных обладали средней силы отрицательной корреляционной связью с ИМТ и сывороточной концентрацией лептина (r =-0,561, -0,602, -0,478; p<0,05).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о клинически более благоприятном течении ХСН у лиц старческого возраста с ожирением и открывают перспективы дальнейшего исследования роли ожирения в патогенезе сердечной недостаточности у поздновозрастной группы пациентов.

0470 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ОТВЕТА НА АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Малинова Л.И., Фурман Н.В., Долотовская П.В., Пучиньян Н.Ф.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Адекватная коррекция нарушений состояния системы гемостаза является неотъемлемым компонентом стандартизованного лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Учитывая литературные данные о наличии индивидуальных генетических и биохимических предикторов ответа пациента на гемостаз-активную терапию, была поставлена цель: определение степени вариабельности ответа на стандартизованную антитромботическую терапию у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. В исследование включен 121 пациент с ОКС. Средний возраст обследованных составил 63,6±10,19 года. Из них 21,5 % — пациенты с нестабильной стенокардией (НС), 78,5 % — с инфарктом миокарда (ИМ) различной локализации. Больные получали стандартную гемостаз-активную терапию, включавшую проведение тромболизиса (по показаниям), с фоновой антикоагулянтной терапией (НФГ или фондапаринукс), антиагрегантную терапию (аспирин), которая в 74,5 % была комбинированной (аспирин + клопидогрель). Сопутствующая медикаментозная терапия включала ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, а также нитраты, диуретики и антиаритмические средства (по показаниям). В первые сутки пребывания в стационаре проводилось определение параметров гемо- и коагулограммы, времени АДФ- и коллаген-индуцированного свертывания крови, исследование агрегационной активности тромбоцитов импедансным методом (Chrono-log, модель 700) с использованием АДФ и коллагена в качестве индукторов агрегации.

Результаты. Больные НС и ИМ различных локализаций были сопоставимы по возрасту, полу, наличию сопутствующей патологии. Статистически значимых различий по параметрам гемо- и коагулограммы выявлено не было. Время АДФ- индуцированного свертывания крови колебалось от 31 до 121 сек у больных НС, и от 29 до 143 сек у больных ИМ (p > 0.05). Диапазон коллаген-индуцированного времени свертывания крови составил 117 сек у больных НС, и 121 сек у больных ИМ. Максимальная степень АДФ индуцированной агрегации тромбоцитов колебалась от 0 до 21 Ом у больных НС, и от 0 до 17 Ом у больных ИМ. Диапазон максимальной степени коллаген индуцированной агрегации составил: для больных НС 46 Ом, для больных ИМ — 48 Ом. Выявлены средней силы положительные корреляционные связи параметров максимальной степени АДФ- и коллаген- индуцированной агрегации тромбоцитов со степенью тяжести острой СН по T. Killip (1967) (τ=0,467 и 0,491, p<0,05), наличием повторной ишемии миокарда (τ=0,621; p<0,05).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой вариабельности ответа больных ОКС на проводимую стандартизованную антитромботическую терапию, неблагопри-

ятном значении высокой агрегационной активности тромбоцитов для течения заболевания и поднимают вопрос о возможности применения индивидуального подхода к проведению антитромботической терапии у данной категории пациентов.

0471 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНАЛАПРИЛА И ВАЛСАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ II СТЕПЕНИ

Малышева Е.В, Маянская С.Д., Фролова Э.Б., Михопарова О.Ю., Горнаева Л.И.
ГОУ ДПО "Казанская государственная медицинская академия", Казань, Россия

Цель исследования — оценить динамику показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов артериальной гипертонии (АГ) II степени на фоне монотерапии эналаприлом или валсартаном.

Методы исследования. Нами обследовано 27 пациентов (мужского пола) в возрасте от 38 до 60 лет с начальным уровнем артериального давления (АД), соответствующим АГ II степени (высокого риска), (согласно рекомендациям ВНОК, 2008г). Средняя продолжительность АГ составляла 12,7±1,7 лет. Пациенты были рандомизированы в 2 группы. В первую группу входили 14 человек, во вторую — 13. Первая группа пациентов получала гипотензивную монотерапию эналаприлом в дозе 20 мг, вторая — валсартаном в дозе 160 мг в сутки. Всем пациентам проводили СМАД на мониторе Schiller MT-300 (Швейцария) при поступлении и через 6 недель повторно. Результаты исследования обрабатывали в системе статистического анализа "STATISTICA (версия 6.0)".

Полученные результаты. В обеих группах пациентов в большинстве случаев достигались целевые уровни АД. Так, в группе, получавших валсартан, наблюдалось снижение среднесуточных показателей САД и ДАД на 9,7 и 12,8 % ($p<0,05$), в группе эналаприла — на 11,6 и 8,3 %, соответственно ($p<0,05$). Среднедневное САД и ДАД в группе валсартана снизилось на 8,5 и 9,1 %, в группе эналаприла — на 13,3 и 11,5 %, соответственно ($p<0,05$). Снижение средненочного САД и ДАД наоборот было более выражено в группе валсартана (на 12,2 и 14,6 %), по сравнению с группой эналаприла (на 10,1 % и 9,4 %, соответственно, $p<0,05$). Наиболее существенное снижение величины и скорости подъема САД и ДАД в утреннее время наблюдалось в группе валсартана (на 19,6 и 25,5 %, соответственно, $p<0,001$). Индекс времени (ИВ) САД в обеих группах снижался одинаково, тогда как ИВ ДАД в группе валсартана был выше, чем в группе эналаприла ($p<0,01$). В группе эналаприла количество "dippers" для САД возрастало на 18,8 %, для ДАД — на 15,5 % ($p<0,001$), тогда как в группе валсартана — на 14,2 % и 18,4 %, соответственно ($p<0,01$). При этом в группе эналаприла уменьшалось число "non-dippers" для САД — на 7,8 %, для ДАД — на 6,5 % ($p<0,05$) и "over dippers" для САД — на 9,8 %, для ДАД — на 9,5 %. ($p<0,05$). В группе валсартана количество "non-dippers" для САД уменьшалось на 10,3 %, для ДАД — на 11,5 % ($p<0,01$), а "over dippers" для САД — на 6,3 %, для ДАД — на 7,7 % ($p<0,05$).

Выводы. Эналаприл и валсартан у пациентов АГ II степени заметно понижали средний уровень САД и ДАД независимо от времени суток, причем эналаприл преимущественно в дневное время в большей степени за счет САД, а валсартан в ночное время — за счет ДАД. Блокаторы рецепторов ангиотензина II, очевидно, более эффективно сглаживали величину и скорость утреннего подъема АД по сравнению с иАПФ. В группе больных, получавших эналаприл, количество пациентов с ночным ритмом по типу "dippers" в большей степени возрастало для САД, а в группе валсартана — для ДАД, причем в первой группе более часто наблюдалось снижение количества пациентов с ночным ритмом по типу "over dippers", а во второй — с ночным ритмом по типу "non-dippers".

0472 ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ

Мальцева О.В., Сафиуллина З.М.
Областной кардиологический диспансер ГЛПУ "Тюменская областная клиническая больница", кафедра кардиологии ФПК и ППС Тюменской государственной медицинской академии, Тюмень, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ систем риск-стратификации GRACE, TIMI и PURSUIT в оценке предсказательности развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов острым коронарным синдромом без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ.

Материалы и методы. В исследование включено 150 пациентов острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST, среди которых было 69 % (103) мужчин и 31 % (47) женщин. Средний возраст пациентов находился на уровне 62±0,84 года (от 32 до 83 лет). Длительность ИБС у исследуемых пациентов в среднем составила 8±0,7 лет (от 0 до 38 лет). 62 (42 %) пациента имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, из них у 13 (17 %) больных с формированием постинфарктной аневризмы. В результате комплексного обследования прогрессирующая стенокардия диагностирована у 96 (64 %) пациентов, инфаркт миокарда без зубца Q у 36 (24 %) пациентов, впервые возникшая стенокардия у 18 (12 %) пациентов. Согласно критериям систем риск-стратификации GRACE и PURSUIT в ходе наблюдения регистрировались следующие госпитальные исходы: смерть от всех причин; развитие нового/повторного ИМ. Согласно критериям системы риск-стратификации TIMI учитывались и случаи тяжелой рецидивирующей ишемии, требующие срочной реваскуляризации.

Результаты. В период госпитализации было зафиксировано 3 летальных исхода. Все эти пациенты согласно системе оценки GRACE отнесены к категории высокого риска. В период стационарного наблюдения выявлено 42 (28 %) случая развития неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов (смерть/инфаркт миокарда/тяжелая возвратная ишемия). При использовании балльной системы оценки TIMI в прогнозировании риска развития вышеперечисленных осложнений 21 (14 %) пациент отнесен к категории высокого риска (разница оказалась не достоверной). При анализе развития неблагоприятных событий в период госпитального наблюдения (смерть/инфаркт миокарда) пациентов ОКСБП ST при высоком уровне риска по системе PURSUIT выявлено 3 (2 %) случая неблагоприятных сердечно-сосудистых событий из 10 (7 %), выявленных в процессе наблюдения. Различия также были не достоверны.

Выводы. Таким образом, модели риска GRACE, TIMI и PURSUIT обладают высокой предсказательностью в отношении прогнозирования риска развития сердечно-сосудистых осложнений в течение стационарного периода.

Все вышеуказанные модели показали сопоставимую эффективность в прогнозировании развития неблагоприятных исходов в период госпитального наблюдения.

0473 ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ В ПРОЦЕССЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Мальцева О.В., Сафиуллина З.М.
Областной кардиологический диспансер ГЛПУ "Тюменская областная клиническая больница", кафедра кардиологии ФПК и ППС Тюменской государственной медицинской академии, Тюмень, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ систем риск-стратификации GRACE, TIMI и PURSUIT в оценке предсказательности развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение 6 и 12-месячного наблюдения у пациентов острым коронарным синдромом без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ.

Материалы и методы. В исследование включено 150 пациентов острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST: 69 % (103) мужчин и 31 % (47) женщин. Средний возраст пациентов составил 62±0,84 года. В результате обследования прогрессирующая стенокардия диагностирована у 96 (64 %) пациентов, инфаркт миокарда без зубца Q у 36 (24 %) пациентов, впервые возникшая стенокардия у 18 (12 %) пациентов. Согласно критериям систем риск-стратификации GRACE и PURSUIT в ходе наблюдения регистрировались следующие постгоспитальные исходы: смерть от всех причин/развитие нового/повторного ИМ. Согласно критериям системы риск-стратификации TIMI учитывались еще и случаи тяжелой рецидивирующей ишемии, требующие срочной реваскуляризации.

Результаты. В течение 6 месяцев после выписки исследуемых больных из стационара наблюдение проводилось за 139 пациентами. В течение этого периода инфаркт миокарда с зубцом Q перенесли 17 (12 %) больных. Из них 15 (11 %) пациентов отнесены к категории высокого риска по GRACE. Летальный исход зафиксирован у 8 (6 %) пациентов, из них у 5 (4 %) исследуемых это событие предсказано системой риска GRACE. При оценке суммарных исходов в течение 12 месяцев смерть от всех причин/инфаркт миокарда/возвратная ишемия были выявлены у 56 (41 %) пациентов. У 34 (25 %) пациентов эти события предсказаны системой риск-стратификации TIMI (разница не достоверна). При изучении эффективности прогнозирования системы риск-стратификации PURSUIT было выявлено 19 (14 %) пациентов высокого риска развития смерти от всех причин/инфаркта миокарда против 28 (20 %) выявленных случаев смерти от всех причин/инфаркта миокарда в процессе 12-месячного динамического наблюдения ($p<0,05$). Необходимо отметить, что система риск-стратификации GRACE показала свою эффективность и в прогнозировании годовых неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов, таких как: смерть, инфаркт миокарда и тяжелая ишемия.

Выводы. Таким образом, в целом все модели сопоставимы по уровню предсказательности развития сердечно-сосудистых осложнений. Однако, при анализе предсказательности системы PURSUIT было выявлено достоверно меньшее количество прогнозируемых неблагоприятных исходов, таких как: смерть/инфаркт миокарда в сравнении с количеством вышеперечисленных исходов, выявленных в процессе динамического наблюдения ($p<0,05$).

0474 ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИВОДЯЩИХ К ФОРМИРОВАНИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ИХ СТРУКТУРА

Мамаджанова Г.С., Саидмурадова Н.Д., Аминов Х.Д., Бадалова З.А.
Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель: нашей работы явилось изучение факторов высокого риска, приводящих к формированию пороков развития и их структура.

Методы исследования: нами проведен ретроспективный анализ 250 истории болезни новорожденных находившихся на стационарном лечении во II ДСО (детское септико-инфекционное отделение патологии новорожденных и недоношенных детей), ГМЦ (городской центр здоровья) за период 2008-2009гг.

Выявлены 30 больных с врожденными пороками сердца. При анализе особо обращалось внимание на состояние здоровья матерей, на особенности течения беременности и родов, состояния новорожденных, клинические особенности врожденных пороков развития и их структуру. Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования (общий анализ крови, мочи, кала, иммуноферментный анализ-определение титра антител на цитомегаловирусную инфекцию, герпес, гепатит и др.), УЗИ и рентгенография органов и систем.

Результаты исследования: большинство женщин (65 %) во время беременности страдали экстрогенитальной патологией: анемией — 76,8 % (53), патологией почек — 30,4 % (21), гипертонической болезнью — 28,9 % (20), гестозы — 52,9 % (38), эндокринные заболевания — 36,6 % (25) сахарный диабет, ожирение, зоб.

Нами были выявлены факторы непосредственного повреждения и посредственного влияния некоторых инфекций (краснухи, герпеса, гепатита, цитомегаловирусной инфекции) — 7 % (5), частые вирусные инфекции (ОРИ) — 32 % (22). Кроме того, большую роль сыграли прием лекарственных препаратов во время беременности — 23 % (16), вредные привычки алкоголь — 3 % (2), курение — 7 %(5) и большинство женщин — 52 % (35) страдали генитальной патологией (аднексит, эндометрит, эрозия шейки матки). Необходимо отметить еще 2 фактора риска по рождению детей с врожденными пороками развития. Это беременность на грани детородного периода (15-16 лет) — 3 % и старше 40 лет — 3 %.

Основную группу составили 15 детей с дефектом межжелудочковой перегородки, дефект межпресердной перегородки — у 7 детей, открытый артериальный поток — у 4 детей, тетрада Фалло — у 2 новорожденных, декстрокардия — у 1-го и транспозиция магистральных сосудов со стенозом аорты — у 1-го ребенка.

У четырех детей врожденные пороки сердца диагностированы в симптомокомплексе с болезнью Дауна, у двоих детей с хондродистрофией.

Выводы: таким образом, представленные данные демонстрируют реальную социально-медицинскую значимость патологии, обусловленной врожденными пороками развития, хромосомными и наследственными болезнями и их роль в перинатальной патологии, младенческой и детской заболеваемости, и инвалидности.

0475 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОКАРДИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мамаджанова Г.С., Бадалова З.А., Саидмурадова Н.Д.
Таджикский государственный медицинский университет им.Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель работы: изучить факторы и клинические особенности миокардитов у новорожденных детей, поступивших с внутриутробной инфекцией.

Методы исследования: под нашим наблюдением находилось 286 больных поступивших с внутриутробной инфекцией в Городской медицинский центр здоровья в отделение патологии новорожденных на второй этап выхаживания. Из них у 25 детей были выявлены изменения со стороны сердца, укладывающие в клинику миокардита. Всем детям проводилось клиническое наблюдение, общий анализ крови, мочи, ЭКГ, УЗИ сердца, R-графия грудной клетки, бактериологические посевы крови на флору и чувствительность к антибиотикам и иммунно-ферментный анализ крови (ИФА).

Результаты исследования: все наблюдаемые дети поступали в клинику внутриутробно инфицированными. Из анамнеза выявили, что они родились от больных матерей, перенесших во время беременности ОРИ, причем у 13 матерей неоднократно. Из них у 10 бронхит, у 16 пиелонефрит, у 3 диагностировали пневмонию, у 3 цитомегаловирусную инфекцию, у 3 герпес. Состояние детей при поступлении в клинику было тяжелое: бледность кожных покровов, выраженная отдышка, цианоз губ, акроцианоз, отмечались срыгивания, грудь брали неохотно, сосательные и все другие физиологические рефлексы были снижены. У 19 детей миокардит проявился прогрессирующей чрезмерной тахикардией (до 200 и более ударов в минуту), сердечной аритмией, тахипноэ, бледностью кожи, холодными конечностями, незначительным участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, на фоне

отсутствия поражения легких. У всех детей ясный систолический шум в сердце выслушивался на верхушке, отчетливо слышны были расщепление II тона во втором межреберье слева (9), ритм галопа (4), пальпировалась печень (14), отмечалась олигоурия (22).

Но у 3 детей была более легкая форма миокардита, состояние их было тяжелое, но самочувствие относительно неплохое (самостоятельно сосали, глотали), единственным симптомом было наличие систолического шума. У всех детей выявлено на УЗИ и R-графии грудной клетки кардиомегалия. На ЭКГ обычно виден был низкий вольтаж комплекса QRS в отведениях aVF, V1-2, V5-6, инверсия зубца Т и депрессия S-T в левых прекардиальных отведениях, отмечалось явная гипертрофия стенок желудочков.

Выводы: таким образом, всем детям с внутриутробной инфекцией была выявлена клиника миокардита, подтвержденная инструментальными и клинико-лабораторными исследованиями.

0476 СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-I В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мамамтавришвили Н.Д., Шарашидзе Н.С., Квирквелия А.А., Абашидзе Р.И.
Тбилисский Государственный Университет, НИИ кардиологии им.М.Д. Цинамдзгвришвили, Тбилиси, Грузия

В последние годы отмечается большой интерес к изучению вазорегуляционной роли эндотелия при сердечно-сосудистых заболеваниях, в частности при хронической сердечной недостаточности (ХСН). На сегодняшний день сравнительно мало изучен провоспалительный цитокин- эндотелин-I, который рассматривается в качестве одного из ведущих маркеров эндотелиальной дисфункции и характеризуется такими биологическими эффектами, как вазоконстрикция, стимуляция пролиферации тканевых клеток. Эндотелин-I действует посредством активации рецепторов ЕТ-а и ЕТ-в; его эффект зависит от экспрессии указанных двух типов рецепторов и от их воздействия на различные компоненты сосудистой клетки.

Известно, что активация ЕТ-а рецепторов (Са — независимыми механизмами) активизирует вазоконстрикцию и пролиферацию клеток, а ЕТ-в рецепторы участвуют в высвобождении NO и простациклина, клиренса эндотелина, ингибиции эндотелиальных конвертируемых ферментов и следовательно в релаксации сосудов.

Цель: установить содержание эндотелина-I у больных с разными функциональными классами ХСН на фоне ИБС.

Материал и методы. Обследовано 35 больных с ХСН в возрасте 45-78 лет (средний возраст 58,5±6,2). Больные были распределены по функциональным классам ХСН по NYHA. Контрольную группу составили 8 больных без признаков ХСН. Содержание вазоактивного вещества эндотелина-I определяли иммуноферментным методом со стандартными тест-системами “DRG” (Германия-АШШ).

Результаты. Проведенные нами исследования показали, что для ХСН характерны изменения содержания вазоактивного вещества эндотелина I. Так, у больных ХСН I и II ф.к.содержание эндотелина-I были выше по сравнению с больными ХСН III и IV ф.к. (11,0±2,07 и 6,5±1,45 пг/мл соответственно). На основании полученных данных можно предположить, что на начальном этапе ХСН проявляется синдром ишемической прекондиции, обуславливающий развитие функциональных изменений в кардиомиоците под действием различных паракринных соединений (эндотелин, NO, адреналин, брадикинин, аденозин, HSP (протеин термического шока)). Эндотелин-I выделяется вместе с аденозином, брадикинином, ангиотензином II, а также с реактивными формами кислорода и оксида азота при прогрессировании этого синдрома (прекондиции), что возможно на сравнительно раннем этапе ХСН.(Rubino A, Yellon D. 2004) К тому же примечательно, что экспрессия генов эндотелина — I и iNOS в эндотелий и гладкомышечных клетках сосудов активизируются под воздействием ИЛ-I и ФНО-α, образование которых усиливается в ответ на активацию симпато--адреналной системы при ХСН.

0477 АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Мамедова С.И., Урванцева И.А., Милованова Е.В.
Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа “Окружной кардиологический диспансер “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии”, Сургут, Россия

Цель. Анализ медикаментозной терапии у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медикаментозной терапии у мужчин с ИБС в возрасте от 36 до 80 лет, наблюдавшихся в Окружном кардиологическом диспансере “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии” (ОКД “ЦД и ССХ”) г. Сургута. Всего в анализ вошли выкопировки из амбулаторных карт 682 пациентов, пролеченных в кардиохирургическом отделении ОКД “ЦД и ССХ”. Из них 438 пациентов перенесли операцию коронарного шунтирования, 175 — чрескожное коронарное вмешательство и 69 — лечились консервативно. Анализ производился с фиксированием всех препаратов, назначенных врачами для лечения ИБС, которые принимали пациенты.

Полученные результаты. В результате проведенного анализа получено, что основной группой препаратов для лечения ИБС были бета-блокаторы — их постоянно принимали 495 (72,6 %) пациентов. Среди препаратов этой группы предпочтение пациентов было отдано бисопрололу — 45,5 % пациентов, далее следовали: метопролол — 27,9 %, небиволол — 13,5 % и атенолол — 9,9 % случаев. Второй группой по частоте применения были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Их постоянно использовали 293 (43,0 %) больных, наиболее часто: эналаприл — 53,0 % случаев, периндоприл — 19,1 % и фозиноприл — 15,7 %. Статины являлись третьей группой антиангинальных препаратов по частоте применения. Их принимали постоянно 356 (52,2 %) больных. Лидер по применению — препарат симвастатин использовали 77,2 % пациентов: препарат “зокор” использовали 54,8 % больных, значительно реже принимали дженерики симвастатина, такие как, вазилип (13,5 %) и симгал (9,0 %); аторвастатин принимали 17,4 % пациента. Препараты из группы антагонистов кальция использовали 251 (36,8 %) пациента, преимущественно в виде амлодипина — 81,7 % больных, реже фелодипин и нифедипин (по 8,0 % для каждого препарата). Нитраты принимали 96 (14,1 %) больных, чаще всего в пролонгированной форме — изосорбита мононитрат — в 43,8 % случаев. Антиагреганты после чрескожного коронарного вмешательства получали лишь 96 (53,3 %) больных (препарат клопидогрель). Практически все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту — 652 (95,6 %) больных, в виде аспирина-кардио и кардиомагнила. Среди других групп препаратов наиболее часто применяемым оказался антиаритмический препарат кордарон, его принимали 4,5 % пациентов. Далее следовали: антигипоксанты — триметазидин (2,6 %), диуретики — верошпирон и арифон (по 2,3 % больных соответственно).

Выводы. Таким образом, анализ медикаментозной терапии пациентов мужского пола с ИБС показал, что получаемое лечение в целом соответствовало современным стандартам лечения данной патологии. Вместе с тем, обращает на себя внимание недостаточное применение пациентами статинов (52,2 %), и антиагрегантов (клопидогреля) после чрескожного коронарного вмешательства (52,3 %).

0478 ОЦЕНКА СОЧЕТАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН С АГ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Мамедов М.Н., Ковригина М.В., Строева М.В., Поддубская Е.А.
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии, Москва, Россия

Цель исследование. Изучение антигипертензивного и метаболического действия сочетания ингибитора АПФ лизиноприла и антагониста кальция амлодипина у лиц с артериальной гипертонией (АГ) и высоким сердечно-сосудистым риском.

Материалы и методы. В исследование включены 21 мужчина в возрасте 30-59 лет с АГ 1-2 ст (критерии ВНОК от 2008 года) и высоким сердечно-сосудистым риском (по европейской шкале SCORE >5%). Всем пациентам до и после исследования были проведены следующие исследования: анкетирование, измерение АД и ЧСС, антропометрические исследования, липиды крови (общий ХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП и триглицериды), сахар натощак и через 2 часа после нагрузки, уровень мочевой кислоты. Эректильная функция определялась с помощью шкалы Международного индекса эректильной функции. После отмены ранее принимаемых антигипертензивных препаратов всем пациентам были назначены лизиноприл (Листрил, Д-р Редди'с) в суточной дозе 10 мг и амлодипин (Стамло М, Д-р Редди'с) 5 мг. Курс терапии составил 6 месяцев.

Результаты. Через 4 недели на фоне сочетанной гипотензивной терапии систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД) снизились на 9,3% и 5,2%, тогда как через 24 недели этот эффект достиг 14,7%, и 7,2%, соответственно, что носит статистически значимый характер. Целевые уровни АД достигнуты у 85% пациентов. Курсовая антигипертензивная терапия продолжительностью 6 месяцев практически не влияла на показатели липидного спектра, уровней сахара в крови натощак и через 2 часа после нагрузки, мочевой кислоты. У 35% мужчин, включенных в исследование, выявлены эректильная дисфункция легкой и умеренно-легкой степени. На фоне сочетанной антигипертензивной терапии у мужчин с АГ и высоким сердечно-сосудистым риском средние показатели эректильной функции не изменились.

Заключение. У мужчин с АГ и высоким сердечно-сосудистым риском антигипертензивная терапия с использованием липизноприла и амлодипина продолжительностью 6 месяцев способствовала статистически значимому снижению АД, что ассоциировалось с нейтральным действием на показатели липидного спектра, углеводного, пуринового обменов и эректильную функцию.

0479 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

Мамонтов О.В.[1], Шапкова Е.А.2, Красильникова Е.И.[2], Конради А.О.[1], Шляхто Е.В.[1]
ФГУ "ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова "Росмедтехнологий"[1], Санкт-Петербург, Россия; ГОУ "СПБГМУ" им. акад. И.П. Павлова[2], Санкт-Петербург, Россия

Диабетическая автономная нейропатия системы кровообращения (АНП), ассоциируется со значительным ухудшением прогноза больных Сахарным диабетом (СД). Использование оптимального диагностического алгоритма позволяет выявлять АНП на ранних стадиях, когда медикаменнтозная коррекция наиболее эффективна.

Цель: оценить физиологическую роль и диагностическую значимость маркеров автономной дисфункции у больных с сахарным диабетом типа I и оптимизировать диагностический алгоритм АНП.

Пациенты и методы. Обследовано 60 больных, средний возраст которых составил 40,03±13,33 года, страдающих СД I, длительность которого составила 18,8±11,3. Все больные имели стабильное течение на протяжении, по меньшей мере, одного месяца. Контрольную группу составили 40 человек сопоставимых по возрасту.

Для сбора и оценки данных использовался монитор для непрерывной регистрации АД (Finometr), электронный регистратор ЭКГ сигнала и окклюзионный плетизмограф по Dohn.

Выполнялись следующие обследования: оценка спектральный параметров вариабельности сердечного ритма и уровня артериального давления в покое и в ходе пассивного ортостаза, проба Вальсальвы, проба с глубоким дыханием, динамометрическая и холодовая вазоконстрикторная проба, оценивался индекс 30/15, артериальный и кардиопульмональный барорефлекс.

Результаты. В ходе обследования на основании положительного результата полученного более чем одним методом обследования признаки АНП выявлены у 38 (63 %) пациентов. В ходе факторного анализа методом принципиальных компонент было установлено, что наиболее значимыми компонентами автономной дисфункции у больных с СД оказались: "хронотропный" фактор, "вазомоторный" фактор и фактор "обеспечения ортостаза", названные так по физиологическому смыслу выявляемых отклонений, которые описывали 59 % общей дисперсии показателей. "Вазомоторный" фактор был образован дисперсией холодовой вазоконстрикции, вазомоторным компонентом КПБР и приростом АД в ходе динамометрической пробы, тогда как фактор "обеспечения ортостаза" был образован величиной максимального снижения АД в ортостазе и индексом 30/15. Остальные же показатели явились факторообразующими для "хронотропного" фактора. Наиболее диагностически значимыми (сумма положительной и отрицательной диагностической ценности) оказались спонтанный АБР для "хронотропного", холодовая вазоконстрикция для "вазомоторного" фактора и максимальное снижение АД за ортостатический период для фактора "обеспечения ортостаза". При этом не было ни одного пациента, имевших независимое от других факторов диагностически значимое снижение АД.

Таким образом у больных СД I может наблюдаться независимое нарушение кардиохронотропной и вазомоторной функции, а снижение толерантности к ортостазу наблюдается лишь у пациентов с комбинированным поражением автономной нервной системы. Для диагностики АНП наиболее информативным представляется совместная оценка АБР и холодовой вазоконстрикции, а в случае выявления комбинированного поражения показано проведение тилт-теста.

0480 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ПЕТРОЗАВОДСКА

Мандельштам М.Ю., Комарова Т.Ю., Головина А.С., Дроздова П.Б., Янченко М.А., Грудинина Н.А., Липовецкий Б.М., Корнева В.А.*, Константинов В.О., Васильев В.Б.
Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия; Петрозаводский государственный университет*, Петрозаводск, Россия

Семейная гиперхолестеринемия (СГ) — часто встречающееся (1:500) моногенное заболевание, имеющее в виде типичных осложнений ишемическую болезнь сердца, инфаркты миокарда и мозговые инсульты. До последнего времени исследование молекулярной природы семейной гиперхолестеринемии проводилось лишь в мегаполисах Санкт-Петербурга, Москвы и Новосибирска. Мы развернули исследование мутаций, ведущих к СГ, у жителей Петрозаводска и сопредельных районов Карелии. В качестве метода поиска мутаций в ДНК использовали ручной и автоматизированный, выполненный на приборе "ALF Express-2" (Amersham Biosciences), анализ конформационного полиморфизма однонитевых фрагментов ДНК. Исследования в Петербурге, Москве и Новосибирске ранее позволили выявить мажорную мутацию p.G197del (c.652-654delGGT) гена рецептора липопротеинов низкой плотности (ЛНП) среди литовских евреев-ашкенази и повторно встречающуюся среди русских (славянских) пациентов мутацию p.C139G (c. 478 T>G); ни одна из этих мутаций среди 31 страдающего СГ жителя Петрозаводска найдена не была. Для поиска мутаций у жителей г. Петрозаводска мы применили новый набор праймеров,

который позволяет проанализировать все экзон-интронные границы гена, где может находиться до 30 % мутаций, предрасполагающих к развитию СГ и ускользающих из анализа при использовании традиционного набора праймеров для гена рецептора ЛНП. Проскринировав экзоны 3, 4 и 6 гена рецептора ЛНП, мы не выявили в Петрозаводской коллекции пациентов из 31 пробанда с СГ ни одного носителя мутации FH-North Karelıa, свойственной для Восточной Финляндии. Так же, как и в Петербурге, в Петрозаводской популяции не было найдено ни одного носителя мутации R3500Q в гене АРОВ. В расширенной коллекции Санкт-Петербургских больных СГ найден еще один носитель мутации G197del. У двух неродственных пациентов из Петрозаводской популяции выявлена однотипная новая, не описанная в мире, мутация, представляющая сложную перестройку c.192_203del10/ıns8 в 5'части экзона 3. Эта мутация (p.FsS44: D108X, или, по новой номенклатуре p.FsS65: D129X) ведет к сдвигу рамки считывания, образованию стоп-кодона в 4-ом экзоне гена и продукции нефункционального рецептора ЛНП. В настоящее время у больных СГ из Петрозаводска и Санкт-Петербурга производится поиск широко распространенной в Финляндии делеции FH-Helsınkı. Предварительные данные указывают на отсутствие финских мутаций в популяции г.Петрозаводска, очевидно, по причине преобладания в нем жителей-славян, а не собственно финно-карельского населения. Настоящая работа была выполнена при поддержке гранта РФФИ 10-04-00563.

0481 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА НА УРОВНЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Мандзилевская С.В., Чуйко О.Е., Индукаева Е.В., Макаров С.А., Артамонова Г.В.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

В 2006г в Кемеровской области принята Концепция медицинской профилактики заболеваний, влияющих на качество жизни населения. Среди последних — артериальная гипертония (АГ). Центральное звено в выявлении АГ отводится территориальным поликлиникам, в которые обращается около 80 % населения. В связи с этим актуальным следует считать применение методов, позволяющих уже при первом обращении в поликлинику выявить пациентов, имеющих коронарный риск.

Цель исследования: оценить суммарный коронарный риск у пациентов при первом обращении в территориальную поликлинику по любому поводу.

Материалы и методы: комплексная оценка состояния здоровья населения с расчетом 10-летнего риска смерти от ССЗ по шкале SCORE и суммарного риска в соответствии с Российскими рекомендациями по АГ и ИБС. База исследования — территориальная поликлиника Кемеровского кардиологического диспансера (ККД). Объект исследования — прикреплённое к поликлинике население, единица наблюдения — пациент, обратившийся в кабинет доврачебного осмотра и первичного профосмотра поликлиники первый раз в году (2009 г.). Объём исследования составил 1212 человек, средний возраст — 59±5 лет.

Результаты: Выявлено, что показатели своего артериального давления (АД) знали 41,4 % пациентов (502 человека). Уровень АД до 140/90 мм рт.ст. зафиксирован у 68,6 % обследованных (832). АД выше 140/90 мм рт.ст. имели 31,4 % (380) пациентов, из них женщин — 21,8 % (264), мужчин — 9,6 % (116). Среди пациентов с повышенным артериальным давлением 1-ая степень АГ наблюдалась у 13,9 % (168 человек), 2-ой степени — у 12 % (146), 3-ей степени — у 5,5 % (66) пациентов. Анализ показателей суммарного коронарного риска свидетельствует о том, что 18,6 % (225) пациентов относятся к группе высокого риска, из них мужчин 4,8 % (58 человек), женщин — 13,8 % (167 человек).

Заключение: Использование метода оценки суммарного коронарного риска позволяет выявить пациентов, которые должны стать объектом повышенного внимания в первую очередь со стороны участковых терапевтов. Для них целесообразно разрабатывать профилактические программы как индивидуальные, так и с вовлечением их в "Школы для больных с АГ", активно работающие в первичном звене здравоохранения Кемеровской области.

0482 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ АСОМЕКСОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Мансурова Д.А.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель исследования: изучение эффективности и переносимости S-амлодипина (Асомекс; компания "Aktavıs", Исландия) больных с АГ пожилого возраста.

Материалы исследования: В исследование были включены 30 больных с АГ (9 женщин и 21 мужчин). Средний возраст 64,6±5,5 лет. Длительность АГ составила от 2 до 20 лет (в среднем 14,3±1,7года). Пациенты имели АГ II степени и относились к группам среднего и высокого риска (по классификации ВОЗ, 1999г). Доза препарата подбиралась индивидуально в зависимости от степени АГ и риска развития сердечно-сосудистых осложнений: от 2,5мг до 5мг в сутки.

Результаты исследования: снижение уровня АД в течение первых 10 дней было достигнуто у 14 (46,7 %) больных, АД составило 135,2±3,2/86,5±2,3 мм рт.ст. У 16 больных доза препарата была увеличена до 5мг/сутки, и по окончании периода наблюдения АД оставалось нормальным. Снижение АД сопровождалось увеличением ЧСС у 1(3,3 %) больного. В среднем ЧСС до лечения составила 74,5±3,5 уд/мин, после лечения 73,8±3,1 уд/мин. Отсутствие влияния на увеличение ЧСС является важным положительным свойством S-амлодипина в лечении АГ. Длительное действие асомекса (24-36 часов) позволяет контролировать АД равномерно в течение суток при однократном приеме, в том числе в ранние утренние часы, что нашло отражение в положительной динамике величины и скорости утреннего подъема АД. Метаболическая нейтральность дает возможность назначать препарат больным АГ с сопутствующим атеросклерозом, сахарным диабетом, не тяжелыми поражениями печени и почек.

Выводы:

1.При применении асомекса в дозе от 2,5мг до 5мг в течение 8 недель отмечается улучшение прогностически важных показателей суточного мониторирования АД.

2.Терапия асомексом обеспечивает достижение целевых значений АД у больных с артериальной гипертонией пожилого возраста.

3. Препарат "Асомекс" является эффективным и безопасным и может быть широко использован в лечении больных с артериальной гипертонией пожилого возраста.

0483 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА ВЫСОКИХ ГРАДАЦИЙ

Мареева М.Ю., Мравян С.Р., Коваленко Т.С., Петрухин В.А., Федорова С.И., Порываева М.Ю., Пронина В.П.
МОНИИАГ, Москва, Россия; МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, Москва, Россия; ГУЗ Областная больница № 2, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования. Выявить у беременных на основании изучения вариабельности сердечного ритма (ВСР) взаимосвязь между желудочковыми нарушениями ритма и симпатической активностью, а также оптимизировать на этой основе лечебную тактику во время беременности и родов.

Материалы и методы. Обследовано 8 женщин на различных сроках гестации. Из них у 3 регистрировалась неустойчивая пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ), у остальных — желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) высоких

градаций по R.Myerburg (1984). При ЭхоКГ исследовании патологии выявлено не было и ЖНР расценены как идиопатические.

У всех женщин до родов неоднократно, а у пациенток с ПЖТ — во время и после родов через 2-5 суток проводили суточное мониторирование по Холтеру с оценкой основных временных и спектральных параметров ВСР.

Полученные результаты. У обследованных пациенток не отмечалось эпизодов головокружения или потери сознания, а также субъективных ощущений перебоев в работе сердца. У 7 женщин (6 с ЖЭ и 1 — с ПЖТ) наблюдалась прямая зависимость между суточным ростом симпатической активности и частотой экстрасистолии или пароксизмов желудочковой тахикардии (при SDANN 250±75 мсек в дневное время средняя частота ЖЭ составила 350±156, а при SDANN 450±134 мсек в ночные часы — 215±130). Терапия соталолом от 20 до 80 мг в сутки во время беременности была недостаточно эффективна, однако позволяла на 10-17 % уменьшить частоту экстрасистол. Таким образом, у большинства пациенток выявлялся катехоламинзависимые ЖНР, протекающие с индуцируемым цАМФ механизмом тока кальция в клетку. Отсутствие морфологического субстрата аритмии и благоприятное клиническое течение позволили провести самопроизвольные роды на фоне применения лидокаина и аденозина внутривенно, обладающего влиянием на образование цАМФ, уменьшить количество ЖНР в каждом периоде родов. В случаях катехоламиннесвязанных ЖПТ проведение длительной перидуральной анестезии, обладающей симпатолитичесим свойством, противопоказано.

Выводы. У беременных с ЖА высоких градаций показано определение при ЭКГ топики аритмогенного очага. Наличие аритмии, исходящей из правого желудочка, и отсутствие синкопальных состояний ассоциируется с благоприятным прогнозом пролонгирования беременности. Показатели ВСР позволяют выявить у большинства пациенток катехоламинзависимый механизм ЖА и определить тактику антиаритмической терапии во время самопроизвольных родов (лидокаин или аденозин), а также безопасность длительной эпидуральной анестезии в отношении аритмогенных эффетов (симпатолитическое действие). Почасовая оценка вегетативного баланса на основе изучения ВСР и использование методики программируемых родов позволяет провести последние в аритмически безопасный период суток.

0484 АНТИАНГИНАЛЬНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА (КОРАКСАНА) У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мартыщенко А.Н., Лиходеева Ю.В., Малахов А.И., Магницкая О.В.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель и задачи. Оценить антиангинальную и антиишемическую активность ингбитора If-каналов синусового узла ивабрадина (кораксана) у больных ИБС с безболевой ишемией миокарда II типа (ББИМ II) на фоне обострения бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В исследование включены 7 больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (стаж ИБС 5 (2:20) лет, возраст 71 (56;77) лет, ИМТ 27 (24;37,1) кг/м^2) и ББИМ II типа, находящихся на стационарном лечении по поводу среднетяжёлого/тяжёлого обострения БА/ХОБЛ (стаж БА/ХОБЛ 15(4;20) лет). Пациенты получали терапию ивабрадином (кораксаном) в дозе 15 мг/сут на фоне базисной терапии ИБС (иАПФ, статины, аспирин, нитраты короткого действия для купирования приступа), а также стандартной терапии обострения БА/ХОБЛ. Длительность наблюдения составила 15 (9;21) суток. Антиангинальную активность кораксана оценивали по изменению частоты приступов стенокардии и потребности в нитратах короткого действия по дневникам пациентов. Антиишемическую активность кораксана определяли по исчезновению/уменьшению эпизодов ишемии миокарда при 24-часовом мониторировании ЭКГ (СХЭМ). Результаты исследования были обработаны с помощью пакета программ SPSS 11.0 и представлены в виде медианы, 10 и 90 дециля (Me (LD; UD)). Достоверность различий показателей внутри группы определялась непараметрическим критерием Wılcoxon. Статистически значимыми считались значения $P<0,05$.

Результаты. На фоне терапии ивабрадином (кораксаном) отмечалось статистически достоверное ($p=0,018$) снижение частоты приступов стенокардии за сутки на 60 % (с 1 (1;3) до 0,4 (0;0,6) приступов/сут) с уменьшением потребности в нитратах короткого действия. При СХЭМ исходно продолжительность ББИМ составила 16 (5;30) мин, максимальное снижение ST 0,2 (0,2; 0;2) мВ. При повторном СХЭМ на фоне терапии кораксаном у всех больных эпизодов ишемии миокарда не выявлено ($p=0,008$), отмечалось статистически значимое ($p=0,028$) уменьшение максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 13,3 % (с 120 (113;143) до 104 (91;123) уд. в мин). Достоверное урежение ЧСС выявлено как при осмотре пациента (на 38,2 % с 110 (100;120) до 68 (58;76) уд/мин, $p=0,017$), так и по данным ЭКГ покоя (на 33,9 % с 106 (88;119) уд/мин до 70 (58;78) уд/мин, $p=0,018$). При этом других достоверных изменений ЭКГ не выявлено. Ухудшение скоростных показателей выдоха не наблюдалось. Нежелательные лекарственные реакции не зарегистрированы.

Выводы. Назначение ивабрадина (кораксана) в дозе 15 мг/сут больным ИБС с ББИМ II на фоне обострения БА/ХОБЛ приводит к достоверному уменьшению количества приступов стенокардии и эпизодов ишемии миокарда на фоне урежения ЧСС, не приводя к ухудшению бронхиальной проходимости.

0485 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.

Марцевич С.Ю., Дроздова Л.Ю., Воронина В.П.
ФГУ “ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии”, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди врачей терапевтического профиля (терапевтов, кардиологов, эндокринологов), а также врачей других специальностей. Проанализировать информированность врачей о собственном сердечно-сосудистом риске, а также их знания современных клинических рекомендаций.

Методы исследования: в исследование включен 71 врач, работающие в различных ЛПУ Нижнего Новгорода. Среди обследованной группы: 32,3 % кардиологи, 29,6 %-терапевты, 7 %- неврологи, 4 %- эндокринологи, 26,8 %- врачи других специальностей. Средняя длительность врачебного стажа составила 19,1±9,7 лет. Средний возраст обследованных составил 44,7±9,7. Проведено обследование на выявление основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе измерение уровня общего холестерина с помощью экспресс-системы, а так же опрос с использованием системы интерактивного голосования включающий ряд вопросов об основных подходах к тактике лечения, медикаментозной терапии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Полученные результаты: Распространенность артериальной гипертонии составила 38 %, информированность о наличии артериальной гипертензии 28 %, контроль 11 %. Гиперхолестеринемия составила 44 %, 65 % врачей не знали свой уровень холестерина. Ожирение и избыточная масса тела были

выявлены в 21 % и 42 % случаев соответственно. У 20 % обследованных было обнаружено сочетание артериальной гипертонии и гиперлипидемии. Распространенность курения составила 10 %. При интерактивном опросе 65 % врачей указали клинические рекомендации как основное руководство при выборе тактики лечения и медикаментозной терапии. 91 % врачей правильно указали факторы, влияющие на сердечно — сосудистый риск, обозначили реальным достижение целевых цифр артериального давления и ЛПНП, 90 % и 79 % соответственно.

Выводы: В ходе поведенного исследования выявлена высокая распространенность артериальной гипертензии среди врачей, и ее плохой контроль, а также чрезвычайно высокая распространенность гиперхолестеринемии, и избыточной массы тела, несмотря на удовлетворительное знание современных клинических рекомендаций и основных подходов к лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

0486 ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГГ. МОСКВЫ И ВОРОНЕЖА.

Марцевич С.Ю.[1,2], Лукина Ю.В.[1,2], Дроздова Л.Ю.[1], Хелия Т.Г.[1]
ФГУ "ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий"[1], Москва, Россия; ММА им. Сеченова, кафедра доказательной медицины[2], Москва, Россия

Цель: определить знания врачей о возможностях современной медикаментозной терапии пациентов с хронической ИБС и мнение врачей об основных проблемах, связанных с назначением такой терапии.

Материалы и методы: в 2009 году проводился опрос врачей различных ЛПУ гг. Москвы и Воронежа с помощью специально разработанных анкет. В опросе, проведенном в Москве, приняли участие 64 врача, в том числе 34 терапевта и 9 кардиологов, в Воронеже — 69 врачей терапевтических специальностей. Анкеты содержали пять вопросов, на каждый из которых предлагалось от 4 до 6 вариантов ответа. Ответ на первый вопрос определял насколько врачи верят в возможности современной лекарственной терапии пациентов с хронической ишемической болезнь сердца (ИБС). Во втором вопросе определялось мнение врачей о целесообразности и достижении в реальной клинической практике целевых цифр холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. В третьем вопросе определялось мнение опрашиваемых врачей о причинах низкого качества гиполипидемической терапии (или ее отсутствия) у таких пациентов. Целью четвертного вопроса было выяснить, назначают ли реально врачи бета-адреноблокаторы больным хронической сердечной недостаточностью. Ответы на пятый вопрос определяли, как врачи оценивают готовность больных самостоятельно приобретать лекарственные препараты.

Результаты: 55 % опрошенных врачей Москвы и 63 % — Воронежа выбрали ответ о большей эффективности лекарственной терапии ИБС по сравнению с ангиопластикой со стентированием. Достижение целевых цифр ХС ЛПНП считают возможным в реальной клинической практике менее половины врачей, 37 % и 32 % в Москве и Воронеже соответственно. Большинство врачей Москвы (41 %) и лишь 16 % врачей ЛПУ г.Воронежа считали, что достижение целевых значений холестерина ЛПНП в принципе реально, но требует слишком больших усилий со стороны врача. Большинство врачей Воронежа (39 %) не верили, что достижение такого уровня холестерина ЛПНП будет способствовать снижению смертности больных. Также большинство врачей обоих городов (79 % в Москве и 70 % в Воронеже) утверждали, что регулярно используют бета-адреноблокаторы у больных хронической сердечной недостаточностью. Высокую стоимость статинов, как основное препятствие к их назначению отметили 61 % воронежских и 45 % врачей г.Москвы.

Заключение: опросы, проведенные среди врачей ЛПУ гг. Москвы и Воронежа, продемонстрировали достаточно хорошее знание современных клинических рекомендаций по лечению хронической ИБС, дали частичный ответ на вопрос, почему эти клинические рекомендации часто не выполняются и выявили основные проблемы медикаментозной терапии пациентов с хронической ИБС.

0487 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НОВОГО ДЖЕНЕРИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА РАМИПРИЛА С ОРИГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Марцевич С.Ю.[1,2], Лукина Ю.В.[1,2], Дмитриева Н.А.[1], Лерман О.В.[1], Толпыгина С.Н.[1], Серажим А.А.[1], Воронина В.П.[1], Максимова М.А.[1], Дроздова Л.Ю.[1], Захарова А.В.[1].
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава[1], Москва, Россия; Московская Медицинская Академия им. Сеченова, кафедра доказательной медицины ФДПОП[2], Москва, Россия

Цель исследования: изучить эффективность нового дженерического препарата рамиприла "Хартил®" у больных артериальной гипертонией (АГ) первой и второй степени с высоким риском, обусловленным сочетанием АГ с ИБС, СД, мозговым инсультом (в анамнезе), в сравнении с оригинальным препаратом — "Тритаце®", а также возможность достижения целевого уровня АД при отдельном приеме каждого препарата и в комбинации с антагонистом кальциевых каналов "Кардилопином" при необходимости.

Материалы и методы: исследование было рандомизированным, открытым, перекрестным. В окончательный анализ включены данные 27 больных: 14 мужчин (52 %) и 13 женщин (48 %), страдающих АГ I и II степени с высоким риском, обусловленным сочетанием АГ с ИБС, СД, мозговым инсультом (в анамнезе). Перед началом исследования всем пациентам на 7 дней отменялась ранее используемая антигипертензивная терапия, за исключением стабильных доз бета-адреноблокаторов у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Каждый из пациентов поочередно проходил 6-недельное лечение дженерическим и оригинальным препаратом рамиприла. Эффективность гипотензивной терапии оценивалась во время визитов к врачу каждые 2 недели на протяжении всего исследования. В течение первых двух недель пациенты лечились рамиприлом в дозе 5 мг/сут. В течение следующих двух недель дозы препаратов удваивались, если не достигался целевой уровень АД (<130/80 мм рт.ст.), или оставались прежними при достижении целевого уровня АД. При неэффективности удвоенных доз препаратов в течение последних 2 недель лечения каждым препаратом к терапии добавлялся амлодипин в дозе 5 мг/сут. После 6-недельного лечения первым рандомизированным препаратом гипотензивная терапия отменялась на 7 дней, а затем проводилось лечение вторым препаратом рамиприла.

Результаты исследования: полностью завершили терапию обоими препаратами 25 пациентов. В результате 6-недельного лечения Хартилом средний уровень систолического АД (САД) снизился на 20,0 мм рт.ст. по сравнению с исходным, после 6-недельной терапии Тритаце — на 22,2 мм рт.ст. Средний уровень диастолического АД (ДАД) снизился на 10,8 и 8,6 мм рт.ст. соответственно (различия между препаратами по влиянию на АД статистически незначимы). Назначение Кардилопина потребовалось 20 пациентам при лечении Хартилом и 16 — при терапии Тритаце. Достичь целевого уровня АД <130/80 мм рт.ст. удалось у 10 больных

(38,5 %) при применении Хартила и у 13 больных (50 %) при использовании оригинального рамиприла.

Заключение: результаты проведенного исследования продемонстрировали терапевтическую эквивалентность нового дженерического препарата рамиприла — Хартил и оригинального препарата рамиприла Тритаце. Однако у пациентов с АГ I и II степени с высоким риском, обусловленным сочетанием АГ с ИБС, СД, мозговым инсультом, выявлена низкая эффективность монотерапии, а комбинированная терапия.

0488 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ

Марченко Е.Н., Козиолова Н.А., Смирнова Е.Н.
МУЗ КМСЧ № 1, ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования: оценить в сравнительном плане влияние неселективных и селективных бета-адреноблокаторов на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных тиреотоксической миокардиодистрофией.

Методы: проведено клиническое сравнительное рандомизированное исследование. Выделены две группы больных тиреотоксической миокардиодистрофией с признаками ХСН. Первая группа (n=26) в комплексной терапии ХСН и тиреотоксикоза получала селективный бета-адреноблокатор бисопролол методом титрации до достижения средней дозы 8,2±1,6мг — 1 раз в сутки, вторая группа (n=26) — неселективный бета-адреноблокатор пропранолол без титрации дозы. Длительность лечения составила 6 месяцев. Всем больным до и после лечения проводились исследование тиреоидных гормонов, оценка клинического состояния по шкале ШОКС (В.Ю. Мареев, 2000), оценка качества жизни согласно опроснику MLHFQ, электрокардиография, допплерографическая эхокардиография. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, тяжести и терапии тиреотоксикоза и ХСН.

Результаты: время достижения эутиреоза достоверно не отличалось в обеих группах и составило 22,5±2,46 дней в первой группе и 21,7±2,12 дней во второй (p=0,215). Динамика свободного тироксина в крови также достоверно не отличалась — 4,53±0,88 и 4,96±1,12нг/дл соответственно (p=0,13). Средний балл по шкале ШОКС в первой группе снизился на 43,4±9,7 %, что достоверно больше, чем во второй — 24,5±6,8 % (p<0,001). Средний функциональный класс (ФК) ХСН после лечения в первой группе составил 2,0±0,3 и был достоверно ниже, чем во второй группе — 2,3±0,5 (p=0,014). Терапия бета-адреноблокаторами в комплексном лечении достоверно улучшила качество жизни в обеих группах. Динамика баллов по MLHFQ опроснику была достоверно более значимой в первой группе — 41,2±10,8 %, чем во второй — 28,9±9,2 % (p<0,001). За 6 месяцев комбинированной терапии в первой группе отмечено достоверно более значимое улучшение систолической функции сердца, чем во второй: фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) увеличилась на 9,6±3,6 % против 7,1±3,4 % (p=0,014); конечный диастолический объем ЛЖ уменьшился на 18,2±8,2 % и 12,5±8,8 % (p=0,023) соответственно; конечный систолический объем ЛЖ — на 12,8±6,7 % и 8,3±6,5 % (p=0,021) соответственно. Через 6 месяцев терапии в первой группе у 83,3 % больных тиреотоксической миокардиодистрофией, осложненной фибрилляцией предсердий, произошло спонтанное восстановление ритма сердца, против 16,7 % при использовании пропранолола (p=0,002).

Выводы: в ходе 6-месячной комплексной терапии больных тиреотоксической миокардиодистрофией, осложненной развитием ХСН, селективным бета-адреноблокатором бисопрололом и неселективным бета-адреноблокатором — пропранололом достоверного различия в динамике тиреотоксикоза установлено не было. Динамика клинической картины ХСН, качества жизни, систолической функции сердца была достоверно лучше в группе бисопролола, чем при традиционной терапии неселективными бета-адреноблокаторами без учета сердечно-сосудистых осложнений.

0489 ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Масленникова О.М.
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА, Москва, Россия

Значение жесткости артерий как интегрального показателя сердечно-сосудистого риска в настоящее время не подлежит сомнению. Однако, не ясна связь повышения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) у больных артериальной гипертонией (АГ) с параметрами гипертензионного синдрома, вегетативным статусом, факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. Обследовано 377 пациентов с АГ 1-2 степени (146 мужчин, 231 женщина, средний возраст 46,9±7,2 лет). Всем пациентам проводили клиническое обследование, суточное мониторирование АД, эхокардиографию, анализировали вариабельность сердечного ритма. Измерение СРПВ осуществляли с помощью сфигмографической приставки аппаратно-программного комплекса "ПолиСпектр-12" (ООО "НейроСофт", г. Иваново), для чего производилась синхронная запись сфигмограмм сонной и бедренной артерий. Чтобы определить зависимость между СРПВ и набором параметров, характеризующих гипертензионный синдром, вегетативную активность, признаки поражения органов-мишеней, факторы риска нами был применен метод главных компонент. Достоинством такого подхода явилось одномоментное включение в анализ большого количества факторов, имеющих значение для практики.

Результаты. Ряд параметров из-за своей чрезвычайно низкой значимости на величину СРПВ был исключен из дальнейшего анализа. К таким параметрам были отнесены уровень холестерина крови, фоновое систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД), среднее САД и ДАД ночное, вариабельность ночного САД. Таким образом, при составлении модели учитывались следующие показатели: пол, возраст, индекс массы тела, среднее дневное САД и ДАД, индекс времени и вариабельность дневного САД и ДАД, вариабельность ночного ДАД, симпатическая (LF/HF) и парасимпатическая (K30/15) активность, доля симпатического (%LF) и парасимпатического компонента (%HF) в общей мощности спектра колебаний длительности RR интервалов, индекс массы миокарда левого желудочка. Было выделено несколько факторов математической модели, вклад которых в значение СРПВ было превалирующим. На них у мужчин наибольшее влияние оказывали LF/HF и K30/15 из вегетативных составляющих, вариабельность дневного ДАД из параметров гипертензионного синдрома. Наибольшую значимость для величины СРПВ у женщин также имел фактор повышенной вегетативной реактивности и вариабельность ночного ДАД и дневного САД. У мужчин же параметр вариабельности дневного САД имел крайне низкое влияние.

Выводы. Таким образом, значения СРПВ у больных АГ определяются не абсолютными цифрами АД, а его вариабельностью в течение суток, а также вегетативной реактивностью. Выявленные взаимосвязи позволяют также говорить о наличии более глубоких сдвигов нейрогуморальной регуляции у пациентов с АГ, имеющих изменения эластических свойств артерий.

0490 ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Маслова А.П., Либис Р.А.
ГОУ ВПО ОрГМА, Оренбург, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — состояние, характеризующееся высокой распространенностью и неблагоприятным прогнозом. По результатам исследования ЭПОХА-О-ХСН распространенность ХСН III-IV функционального класса в Европейской части России составляет 2,3 %, а количество страдающих ХСН I-II функционального класса достигает по численности 9,4 %. Нарушения ритма часто сопровождают хроническую сердечную недостаточность. По данным рандомизированных клинических исследований (SOLVD-prev., SOLVD-tr., CHF-STAT, ATLAS, CIBIS-II и др.) фибрилляция предсердий выявляется приблизительно у 25 % больных с ХСН. Наличие фибрилляции предсердий у больных с ХСН утяжеляет клиническую симптоматику, ухудшает качество жизни, т. к. у большинства пациентов приводит к уменьшению толерантности к физической нагрузке, снижает коронарный и церебральный сосудистые резервы. Качество жизни является важным интегральным и независимым показателем в оценке степени тяжести больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Целью данного исследования явилось изучение влияния постоянной формой фибрилляции предсердий на качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. В исследование были включены 32 пациента в возрасте от 49 до 80 лет (средний возраст 61,6±1,16 лет), у которых была диагностирована ИБС, постоянная форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность. Группа контроля (пациенты с ХСН без фибрилляции предсердий) составила 26 человек в возрасте от 45 до 73 лет (средний возраст 60,0±1,51 года).

Обследование больных включало общеклинические мероприятия, ЭКГ, ЭхоКГ, тест шестиминутной ходьбы, Миннесотский опросник для определения качества жизни больных с ХСН.

При анализе результатов получены следующие данные: показатель качества жизни у больных с I ФК ХСН и ФП (6 пациентов) составил 34,6±6,1 балла, без ФП (4 пациента) — 34,0±8,7 балла, у больных со II ФК ХСН и ФП (16 пациентов) — 40,4±2,67 баллов, без ФП (9пациентов) — 35,45± 3,57 баллов; у больных с III ФК ХСН и ФП (10 пациентов) — 43,75±2,88 балла, без ФП (13 пациентов) — 41,2±2,76 балла.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы: достоверных различий в показателях качества жизни больных с ХСН и больных с ХСН и постоянной формой фибрилляции предсердий не выявлено, что может объясняться малосимптомностью постоянной формы фибрилляции предсердий, особенно в случае нормасистолии. Однако данные результаты требуют подтверждения на большем объеме выборки.

0491 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Матвеев А.К., Кутуев Х.А., Фирова Э.М.
Клиника НИИЭМ СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Вторичная профилактика основных сердечно-сосудистых заболеваний является важнейшим компонентом практической работы врача, т. к. направлена на недопущение развития осложнений, приводящих к стойкой потере трудоспособности.

Цель работы: снижение трудовых потерь, предотвращение или снижение инвалидизации больных.

В связи с этим, были изучены статистические показатели работы клиники НИИЭМ СЗО РАМН за 2007-2009 годы, проанализировано более 4000 историй болезни за данный период.

Следует отметить, что полученные результаты явились возможными за счет снижения нагрузки на врачей, т. к. современные нормы нагрузки, в отличие от советского периода истории здравоохранения, носят рекомендательный характер. Таким образом, при рекомендованной норме нагрузки при одновременном наблюдении в стационаре на одного врача-кардиолога кардиологического отделения — 20-22 больных, на врача-невролога неврологического отделения — 23-25 больных, стало возможным изменение данной нормы на усмотрение администрации лечебно-профилактического учреждения.

В клинике НИИЭМ СЗО РАМН фактическая нагрузка на врачей составляет: на врача-кардиолога — 12-13 больных, на врача-невролога — 13-14 больных. Благодаря данному обстоятельству, время потраченное врачом на каждого больного увеличилось вдвое, что, в свою очередь, позволило более тщательно проводить лечебную, профилактическую, просветительскую работу, определять и улучшать индивидуальный подход к каждому больному при динамическом наблюдении пула больных.

Исходя из вышеперечисленных предпосылок удалось добиться следующих результатов: количество экспертиз временной нетрудоспособности в клинике НИИЭМ СЗО РАМН в 2007 году составило 83, в 2008 — 54, в 2009 — 38 случаев., из них с целью продления листа временной нетрудоспособности составило в 2007 году — 35, в 2008 — 25, в 2009 — 19 случаев. Число направлений на медико-социальную экспертизу больных, нуждающихся в медицинском освидетельствовании для установления группы инвалидности составило в 2007 году — 50, в 2008 — 27, в 2009 — 12 случаев. Средний койко-день в 2007 году составил 17,0, в 2008 и 2009 — 16,1. Число пролеченных больных за данные годы практически не изменялось. Коэффициент занятости койки составил 0,85-0,88.

Заключение. Снижение норм нагрузки на врачей-клиницистов стационара на 45-50 % при одном и том же коечном фонде, аналогичной занятости койки и том же количестве пролеченных больных позволило в долгосрочной перспективе за счет улучшения подбора индивидуальных терапии и режима, составлении рекомендаций по дальнейшему лечению, незначительно уменьшить средний койко-день, и, практически в два раза, снизить количество больных, нуждающихся в установлении группы инвалидности.

0492 АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ ЛИПИДНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеева С.А.
ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — выявить зависимости между показателями липидного (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), ХС ЛП низкой плотности (ХС ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) и белкового обмена (общий белок, альбумины, α1-, α2-, β-, γ-глобулины) у женщин с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН) и метаболическим синдромом (МС) по данным многофакторного анализа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 53 женщин, средний возраст 51,4±0,9г. ишемической болезнью сердца, СН I-IV функционального класса и МС. СН диагностировали на основе Российских рекомендаций “Диагностика и лечение стабильной стенокардии”, разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2008), МС — с учётом критериев, разработанных Комитетом экспертов ВНОК “Диагностика и лечение метаболического синдрома” (2009). Статистическую обработку проводили с использованием многофакторного корреляционного анализа и определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Проведенный корреляционный анализ показателей липидограммы и протеинограммы у женщин СН и МС позволил установить следующие закономерности: между значениями вариант липидов и белков сыворотки крови определялась взаимосвязь с r=+0,96 — +0,99 (P<0,001); показатели нижних 10 персентилей липидов и нижних 10 персентилей

белков положительно коррелировали с r=+0,80 — +0,97 (P<0,01 — <0,001). Параметры верхних 10 персентилей липидов и верхних 10 персентилей белков положительно коррелировали с r=+0,69 — +1,0 (P<0,01 — <0,001). Между значениями нижних 10 персентилей липидов и верхних 10 персентилей белков отмечена отрицательная (обратная) корреляция со значениями r=-0,83 — -0,99 (P<0,05 — <0,001). Корреляция между параметрами верхних 10 персентилей липидов и нижних 10 персентилей белков составляла: r=-0,65 — -0,99 (P<0,01 — <0,001).

Выводы. Многофакторный корреляционный анализ выявил достоверные (прямые и обратные) зависимости между: показателями липидного (общий ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и белкового (общий белок, альбумины, α1-, α2-, β-, γ-глобулины) обмена у женщин ишемической болезнью сердца, СН I-IV функционального класса и МС. Установленные ассоциации позволяют учитывать гетерогенность взаимосвязей между липидным и белковым обменом у женщин с ишемической болезнью сердца, СН и МС, что даёт возможность выделить группы риска и определить соответствующую тактику лечебных и профилактических мероприятий.

0493 ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОГРАММЫ И ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.
ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — оценка взаимодействия между показателями липидограммы (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), ХС ЛП низкой плотности (ХС ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) и глюкозы крови у мужчин ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа, по данным многофакторного анализа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 82 мужчин, средний возраст 50,5±0,9 г.) ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса, МС и СД 2 типа.. Диагноз СН ставился на основе Российских рекомендаций "Диагностика и лечение стабильной стенокардии", разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2008), МС — с учётом критериев, разработанных Комитетом экспертов ВНОК "Диагностика и лечение метаболического синдрома" (2009), для определения СД использовали критерии, сформулированные Рабочей группой ВОЗ (1999). Статистическую обработку проводили с использованием многофакторного корреляционного анализа и определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Корреляционный анализ каждого отдельного показателя липидограммы и глюкозы крови позволил выявить следующие закономерности: между вариантами липидограммы и глюкозы крови отмечалась положительная корреляция со значениями r=+0,96 — +0,98 (P<0,001). Параметры нижних 10 персентилей липидов и нижних 10 персентилей глюкозы положительно коррелировали с r=+0,38 — +0,99 (P<0,05 — <0,001). Между показателями верхних 10 персентилей липидов и верхних 10 персентилей глюкозы определялась положительная связь с r=+0,75 — +0,99 (P<0,001). Значения нижних 10 персентилей липидов и верхних 10 персентилей глюкозы отрицательно коррелировали со значениями r=-0,71 — -0,96 (P<0,001). Корреляция между параметрами верхних 10 персентилей липидов и нижних 10 персентилей глюкозы составляла: r=-0,50 — -0,91(P<0,05 — <0,001).

Выводы. Многофакторный анализ выявил следующие закономерности: показатели липидограммы (общий ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и глюкозы крови находятся в достоверно установленной прямой или отрицательной (обратной) зависимости у мужчин ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса, МС и СД 2 типа. Полученные результаты свидетельствует о гетерогенности взаимодействий между параметрами липидного и углеводного метаболизма и необходимости учёта этих данных при проведении лечебных и профилактических мероприятий.

0494 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЁГКИХ

Матвеева С.А., Варёнова Ж.А., Лактюнкина Н.Г., Смазнова О.А.
ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, БСМП, Рязань, Россия

Цель — анализ особенностей течения и терапии сочетанной патологии — ишемической болезни сердца (ИБС) и хронических обструктивных болезней лёгких (ХОБЛ): хронического бронхита (ХБ) и бронхиальной астмы (БА).

Методы исследования. Под наблюдением находилось 77 пациентов: 43 мужчин (средний возраст — 64,9 г.), 32 женщин (средний возраст — 61,6 г.) с диагнозом ИБС, стенокардией напряжения (СН): II-III функционального класса (ФК) и (ХОБЛ), из них: 55 (71,4 %) больных с ХБ и 22 (28,6 %) — с БА. Программа обследования включала сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторное (общеклинические анализы, липидный, углеводный обмен, ферменты, пробы на активность воспалительного процесса), инструментальное (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологическое) исследования. Оценивали эффективность лечебных мероприятий, включавших диету, медикаментозную терапию, ЛФК. оксигенотерапию и др.

Полученные результаты. ИБС, СН II ФК + ХБ (1 группа) диагностировали у 30 (38,9 %) пациентов; СН III ФК + ХБ (2 группа) — у 25 (32,5 %); СН II ФК + БА (3 группа) — у 18 (23,4 %); СН III ФК + БА (4 группа) — у 4 (5,2 %). В 1-й группе больных ХСН I-IIA стадии выявлялась в 17 (22,1 %) случаев, ХСН IIБ стадии — 13 (16,8 %); во 2-й группе ХСН I-IIA стадии — в 18 (23,3 %), ХСН IIБ стадии — 7 (9,0 %); в 3-й группе ХСН I-IIA стадии — в 15 (19,5 %), ХСН IIБ стадии — 3 (3,8 %) и в 4-й группе ХСН IIБ стадии — 4 (5,2 %). Дыхательная недостаточность (ДН) I-II степени определялась в 1-й группе у 10 (13,0 %); во 2-й группе у 22 (28,6 %);: в 3-й группе у 4 (5,2 %) и в 4-й группе у 4 (5,2 %) пациентов. Терапия включала следующие мероприятия: диета, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, β-адреноблокаторы, диуретики, сердечные гликозиды, антикоагулянты, антиагреганты, антибиотики, ЛФК. После проведенного лечения отмечали стабилизацию течения ИБС и ХОБЛ у всех (77) больных, с тенденцией к уменьшению симптомов ХСН и ДН.

Выводы. Анализ особенностей клинического течения сочетанной патологии ИБС и ХОБЛ с применением комплексной программы обследования и адекватный терапией позволяют добиться удовлетворительных результатов при лечении больных как ИБС, так и ХОБЛ.

0495 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА ПО ДАННЫМ РАВНОВЕСНОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ (РРВГ) У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГБ) I И II СТАДИЙ

Матвеев В.В., Бубенов А.С., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО ММА им.И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель. Оценить изменения показателей сердечного цикла по данным РРВГ у больных ГБ I и II стадий.

Методы. В исследование было включено 142 человека. I группа: 38 больных ГБ I стадии, в возрасте 20,7±6,2 года, из них 32 мужчины и 6 женщин, II группа: 85 больных ГБ II стадии, средний возраст — 58,7±10,7 года, из них 42 мужчины и 43 женщины, III группа — группа контроля: 19 практически здоровых добровольцев в возрасте 29,4±10,8 года, их них 14 мужчин и 5 женщин. Средняя величина систолического давления для больных I группы составила 141,8±10,1 мм рт.ст., для больных II группы — 163,7±11,2 мм рт.ст., для группы контроля — 122,6±8,9 мм рт.ст., диастолическое — 96,2±3,9 мм рт.ст., 105,9±9,7 мм рт.ст и 65,3±4,3 мм рт.ст. соответственно. Всем пациентам, наряду с общеклиническим исследованием, проводился скрининг для выявления признаков вовлечения органов-мишеней. Исследование РРВГ проводилось по общепринятой методике, с регистрацией параметров гемодинамики с помощью гамма-камеры МВ-9100 (Gamma, Венгрия). Изучались: время конца систолы, с — ВрКС, время максимальной скорости изгнания, с — ВрМСИ, время максимальной скорости наполнения, с — ВрМСН, ЛЖ (ПЖ) — левый (правый) желудочек. С целью коррекции влияния ЧСС на ВП рассчитывалось их отношение к продолжительности интервала RR, выраженное в процентах (Ин).

Результаты. При сравнении корригированных временных показателей ВрКС и ВрМСИ, отражающих систолическую функцию миокарда, пациентов I, II группы с группой контроля достоверных различий не наблюдалось: ИнВрКС ЛЖ 39,0±5.52 vs 42,0±7,7 (p=0,102), Ин ВрМСИ ЛЖ 24,7±4,10 vs 26,2±6,1 (p=0.295), Ин ВрКС ПЖ 38,1±6,20 vs 41,5±7,2 (p=0,070), Ин ВрМСИ ПЖ 23,9±4,54 vs 25,2±5,7 (p=0,340) — при сравнении I группы с группой контроля, и ИнВрКС ЛЖ 43,7±5,2 vs 42,0±7,7 (p=0,254), Ин ВрМСИ ЛЖ 25,6±3,5 vs 26,2±6,1 (p=0,571), Ин ВрКС ПЖ 42,3±6,0 vs 41,5±7,2 (p=0,606), Ин ВрМСИ ПЖ 24,8±4,4 vs 25,2±5,7 (p=0,743) — при сравнении II группы с группой контроля соответственно.

Показатели диастолической функции Ин ВрМСН ЛЖ и Ин МСН ПЖ у пациентов страдающих ГБ I и ГБ II стадий изменялись достоверно и разнонаправлено. Так, у больных ГБ I стадии по сравнению с группой контроля отмечалось снижение Ин ВрМСН ЛЖ 57,3±7,13 vs. 62.4±9.6 (p=0.030) и Ин ВрМСН ПЖ 57,6±9,21 vs. 63,8±11,6 соответственно, тогда как у больных ГБ II стадии напротив отмечалось увеличение этих показателей: Ин ВрМСН ЛЖ 68,9±13,1 vs. 62,4±9,6 (p=0,048) и Ин ВрМСН ПЖ 71,7±15,7 vs. 63,8±11,6 (p=0,045) соответственно.

Выводы. Использование временных показателей сердечного цикла по данным РРВГ, корригированных по продолжительности интервала RR, позволило выявить раннее наступление пика трансмитрального кровотока, свидетельствующее о увеличении скорости диастолического наполнения, как левого, так и правого желудочков у молодых больных с ГБ I стадии, и напротив замедление скорости наступления МСН, свидетельствующее о нарушении диастолического расслабления миокарда у пациентов с ГБ II стадии.

0496 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА И ФУНКЦИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ РАВНОВЕСНОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ (РРВГ) У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГБ) I СТАДИИ

Матвеев В.В., Бубенов А.С., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО ММА им.И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель. Оценить изменения временных показателей сердечного цикла (ВП) и функции миокарда по данным РРВГ у больных ГБ I стадии.

Методы. В исследование были включены 57 человек. 38 больных ГБ I стадии, в возрасте 20,7±6,2 года, из них 32 мужчины и 6 женщин. В группу контроля вошли 19 здоровых добровольцев в возрасте 29,4±10,8 года, их них 14 мужчин и 5 женщин. Систолическое давление у больных ГБ I стадии составило 141,8±10,1 мм рт.ст., в группе контроля — 122,6±8,9 мм рт.ст., диастолическое — 96,2±3,9 мм рт.ст., и 65,3±4,3 мм рт.ст. соответственно. Всем пациентам, наряду с общеклиническим исследованием, проводился скрининг для выявления признаков вовлечения органов-мишеней. Исследование РРВГ проводилось по общепринятой методике, с регистрацией объемных, скоростных и временных параметров с помощью гамма-камеры МВ-9100 (Gamma, Венгрия). Изучались: фракция выброса, % — ФВ, наполнение за 1/3 диастолы, % — Нап 1/3д, выброс за 1/3 систолы, % — Выб 1/3с, конечный диастолический объем, мл — КДО, конечный систолический объем, мл — КСО, ударный объем, мл — УО, время конца систолы, с — ВрКС, время максимальной скорости изгнания, с — ВрМСИ, время максимальной скорости наполнения, с — ВрМСН, ЛЖ (ПЖ) — левый (правый) желудочек. С целью коррекции влияния ЧСС на ВП рассчитывалось их отношение к продолжительности интервала RR, выраженное в процентах (Ин).

Результаты. Оценка данных РРВГ у больных ГБ I стадии не выявила значимых отклонений гемодинамических показателей левого желудочка и большинства показателей правого желудочка за исключением увеличения наполнения за 1/3 диастолы правого желудочка 27,4±9,1 % по сравнению с 19,0±6,8 % контрольной группы (p=0,001). У больных ГБ I стадии по сравнению с группой контроля выявлено статистически значимое уменьшение отношения ВрМСН к продолжительности RR, как левого, так и правого желудочков, что отражает увеличение скорости диастолического расслабления миокарда: Ин ВрМСН ЛЖ 57,3±7,13 vs. 62,4±9,6 (p=0,030) и Ин ВрМСН ПЖ 57,6±9,21 vs. 63,8±11,6 соответственно. При сравнении корригированных показателей ВрКС и ВрМСИ, отражающих систолическую функцию миокарда, у больных ГБ I стадии и группы контроля, достоверных различий не наблюдалось: ИнВрКС ЛЖ 39,0±5,52 vs 42,0±7,7 (p=0,102), Ин ВрМСИ ЛЖ 24,7±4,10 vs 26,2±6,1 (p=0,295), Ин ВрКС ПЖ 38,1±6,20 vs 41,5±7,2 (p=0,070), Ин ВрМСИ ПЖ 23,9±4,54 vs 25,2±5,7 (p=0,340).

Выводы: Использование временных показателей сердечного цикла, корригированных по продолжительности интервала RR, позволило выявить раннее наступление пика трансмитрального кровотока, свидетельствующее о увеличении скорости диастолического наполнения, как левого, так и правого желудочков у молодых больных с ГБ I стадии, на фоне нормальных показателей их систолической функции, а также увеличения наполнения за 1/3 диастолы правого желудочка по данным РРВГ.

0497 ИЗМЕНЕНИЕ СПИРОЭРГОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвеев В.В., Лория И.Ж., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО ММА им.И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель. Изучить изменения спироэргометрических показателей у молодых лиц, страдающих артериальной гипертензией (АГ).

Методы. В исследование были включены 32 больных АГ I степени, средний возраст которых составил 21,1±4,1 года. В группу сравнения вошли 26 здоровых добровольцев, в возрасте 20,2±3,7 года. При сравнении групп по возрасту, полу, индексу массы тела статистически значимых различий не получено. Систолическое артериальное давление в группе с АГ составило в среднем 139,9±11,3 мм рт.ст., в группе контроля — 120,9±10,5 мм рт.ст., диастолическое — 92,6±6,3 мм рт. ст. и 81,9±5,9 мм рт.ст. соответственно. Исследование проводилось в условиях нагрузочной пробы на тредмиле по протоколу R.Bruce с регистрацией спироэргометрических показателей на Diagnostic Workstation SHILLER CS-200. Изучались: минутная вентиляция (VE), скорость потребления/выделения (VO2, VCO2) и парциальное давление (PETO2, PETCO2) кислорода и углекислого газа, кислородный пульс (O2-puls) до нагрузки (Rst), в момент наступления анаэробного порога

(АТ), на максимальной нагрузке (MaxLoad) и в восстановительный период (Rec).

Результаты. Величины максимальной выполненной работы в изучаемой группе и группе сравнения достоверно не отличались — 257,4±84,4 Вт vs 231,7±63,5 Вт соответственно (p=0,207). Уровень работы при достижении анаэробного порога также не различался — 162,1±48,2 Вт vs 152,2±45,0 Вт (p=0,443). У молодых лиц с артериальной гипертензией отмечено статистически значимое снижение, по сравнению с контрольной группой, показателей — RstPETO2 108,0±5,5 мм рт.ст. vs 111,7±6,2 мм рт.ст. (p=0,024), ATPETO2 96,5±8,5 мм рт.ст. vs 100,7±3,8 мм рт.ст. (p=0,028), MaxLoadPETO2 103,7±9,3 мм рт.ст. vs 108,9±6,7 мм рт.ст. (p=0,021). Кроме того, у больных с артериальной гипертензией были достоверно выше RstPETCO2 35,4±2,9 мм рт.ст. vs 32,7±5,8 мм рт.ст. (p=0,024) и MaxLoadO2-puls 13,1±3,8 vs 10,8±4,0 (p=0,031). Достоверных различий по VE, VO2 и VCO2 не получено.

Выводы: ранние стадии развития АГ у молодых лиц проявляются изменениями метаболических процессов с увеличением выделения CO2 в покое, а также потребления O2 как в покое, так и при физической нагрузке, без изменения толерантности к ней при пробе на тредмиле.

0498 ИЗМЕНЕНИЕ СПИРОЭРГОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

Матвеев В.В., Навасардян А.Р., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО ММА им.И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить изменения спироэргометрических показателей при проведении пробы с физической нагрузкой на тредмиле, у лиц с ожирением.

Методы исследования. В исследование было включено 55 здоровых добровольцев. В первую группу вошли 28 человек с ожирением (ИМТ=31±3 кг/м²), в возрасте 36,8±11,7 года; во вторую группу вошло 27 человек с нормальной массой тела (ИМТ=22±2 кг/м²), средний возраст которых составил 24,6±9,0 лет. Систолическое АД (САД), измеренное в покое, составило в первой группе 130,1±10,5 мм рт.ст., во второй — 119,8±10,8 мм рт.ст. (p=0,028). Диастолическое АД (ДАД) — 83,4±3,6 мм рт.ст. и 81,4±6,2 мм рт.ст. соответственно (p=0,409). Исследование проводилось по протоколу R.Bruce с регистрацией спироэргометрических показателей на Diagnostic Workstation SHILLER CS-200. Изучались: дыхательный коэффициент (RQ); вентиляционный запрос (VE); кислородный пульс (O2-puls). Показатели регистрировались до нагрузки (Rst), на максимальной нагрузке (MaxLoad) и в восстановительный период (Rec), а также вычислялось отношение их максимальной достигнутой величины к должной (Mx/Pr).

Результаты. Объем выполненной работы в I и II группах не отличался: 226,93±68,50 Вт и 189,29±66,71 Вт соответственно (p=0,199). У лиц I группы были достоверно ниже по сравнению со II группой: RstRQ 0,67±0,08 и 0,85±0,18 (p=0,040), MaxLoadRQ 1,0±0,13 и 1,1±0,12 (p=0,045), RecRQ 1,02±0,25 и 1,23±0,14 (p=0,007) соответственно. Расчетный показатель объема вентиляции (PrVE) у лиц I группы по сравнению со II должен был быть достоверно выше: 106,65±21,05 л/мин и 93,18±15,00 л/мин соответственно (p<0,05), однако на всех этапах тестирования был ниже, хотя и статистически незначимо (p>0,05): RstVE 6,38±2,45 л/мин и 7,27±3,83 л/мин, MaxLoadVE 39,31±22,3 л/мин и 53,56±23,07 л/мин, Rec VE 22,27±12,2 л/мин и 28,6±12 л/мин соответственно. Отношение Mx/PrVE у лиц с ожирением было достоверно ниже по сравнению со II группой: 40,71±15,2 и 58,75±19,11 (p=0,026). Статистически значимых различий по O2-puls на этапах тестирования в изучаемых группах не получено.

Выводы. У лиц, с ожирением, при проведении нагрузочного теста на тредмиле наблюдался меньший объем вентиляции на всех этапах нагрузки, по сравнению с группой без ожирения, при одинаковом объеме выполняемой работы. Это сопровождалось снижением дыхательного коэффициента и, вероятно, обусловлено особенностями метаболизма.

0499 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ГЕНЕРИКА КЛОПИДОГРЕЛЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ И БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Махиянова Э.И., Галявич А.С., Миннетдинов Р.Ш., Якупов И.Ф.
Казанский государственный медицинский университет, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Актуальность. Основными антиагрегантыми лекарственными средствами при консервативной терапии больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) являются ацетилсалициловая кислота, клопидогрел. На сегодняшний день существует несколько разновидностей клопидогреля. Одна из них — Эгитромб, имеющий аналогичные со своими предшественниками показания к применению и отличающийся более низкой стоимостью. Данные по применению Эгитромба у больных ОИМ с подъемом и без подъема сегмента ST немногочисленны.

Цель. Изучить эффективность (клинически), переносимость терапии Эгитромбом у больных ОИМ с подъемом и без подъема сегмента ST.

Методы. В исследовании участвовали 15 больных ОИМ (9 (60 %) случаев ИМ с Q, 6 (40 %) случаев ИМ без Q); мужчин было 9 (60 %), женщин -6 (40 %) человек. Средний возраст пациентов — 57,47±6,46 лет (максимальный- 80лет, минимальный — 37лет). Наряду с рекомендованными при выписке препаратами все пациенты принимали Эгитромб в течение 28 дней. Через 28 дней проводилась оценка показателей общего анализа крови (ОАК), случаев возникновения аллергических реакций, госпитализаций, связанных с ухудшением состояния пациентов.

Результаты. Средние значения основных параметров ОАК, проведенного перед выпиской пациента: эритроциты-4,52±0,32*10^12/л, гемоглобин- 134,66±6,87 г/л, тромбоциты-272±41,09*10^9/л, лейкоциты- 8,61±1,06*10^9 /л, СОЭ-15,47±7,07 мм/ч. Средние значения основных параметров ОАК, проведенного после приема препарата: эритроциты-4,33±022*10^12 /л, гемоглобин- 138,33±4,60 г/л, тромбоциты-275,63±30,45*10^9 /л, лейкоциты -7,44±0,9*10^9 /л, СОЭ 13,11±3,92 мм/ч.

Выводы. Таким образом, Эгитромб имеет хорошую клиническую переносимость. Случаев госпитализаций, связанных с ухудшением состояния пациента, не отмечено. Случаев возникновения аллергических реакций не было. Отрицательного влияния на показатели крови (лейкопения, тромбоцитопения, анемия) не выявлено.

0500 БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАКТОМ МИОКАРДА, СТЕНТИРОВАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОНОФРАМА

Махиянова Э.И., Галявич А.С., Миннетдинов Р.Ш., Якупов И.Ф.
Казанский государственный медицинский университет, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель. Изучить ближайшие и отдаленные исходы у больных острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST, стентированных с применением Монафрама.

Методы. В исследование было включено 65 больных инфарктом миокарда (ИМ) с подъёмом сегмента ST в возрасте от 31 до 85 лет (средний возраст — 60,84±3,03); мужчин — 46, женщин — 19). У 16 больных ИМ нижней стенки, у 48 — передней стенки, в 1 случае ИМ проявился в форме впервые возникшей блокады левой ножки пучка Гиса. Всем больным

проводилась коронароангиография, стентирование инфаркт-зависимой артерии с применением монафрама. В ходе госпитализации оценивались случаи тромбоза стента. Анализировались исходы на сроке 6, 12 месяцев.

Результаты. После ЧКВ с внутривенным применением Монафрама имел место 1 случай тромбоза стента. Спустя 6 месяцев после выписки из стационара прослежена судьба 63 пациентов из 65 участвовавших в исследовании (двое умерло в ходе госпитализации). Спустя 6 месяцев после выписки из стационара двум пациентам проведено кардиохирургическое лечение. Повторные госпитализации в течение 6 месяцев после выписки из стационара наблюдались в 11 случаях. В течение 12 месяцев в 5 случаях имел место смертельный исход. Число повторных госпитализаций в течение 12 месяцев составило 22.

Выводы. При применении Монафрама у больных с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST количество тромбозов стентов составило 1,54 %. Число госпитализаций на сроке 12 месяцев после ЧКВ по сравнению с таковым на сроке 6 месяцев увеличилось в 2 раза.

0501 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕНОФИБРАТА (ЛИПАНТИЛА) У БОЛЬНЫХ II ТИПОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

Махмудов Э. А.
Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России, Балашиха, Россия

Сахарный диабет II типа, как правило, сопровождается нарушениями липидного обмена. Сочетанная патология углеводного и липидного обмена ускоряет развитие и прогрессирование атеросклероза, его осложнений.

Цель и задачи. Целью настоящего исследования было изучить гиполипидемическую эффективность фенофибрата (Липантил) у больных II типом сахарного диабета.

Материалы и методы. Обследовано 56 больных II типом сахарного диабета средней степени тяжести с нормальной и избыточной массой тела в возрасте 40-79 лет (женщин — 37, мужчин -29). У 20 обследованных обнаружена ИБС и/или гипертоническая болезнь I-II стадии. Все обследованные имели различные нарушения липидного обмена в виде повышения концентрации холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), общих липидов (ОЛ), суммарной фракции атерогенных липопротеидов (ЛП). Показатели липидного обмена определяли до и после курса лечения липантилом (ЗОО мг/сут) в течение 20-25 дней — 44 человека и на фоне обычной комбинированной терапии гипогликемическими препаратами — 12 человек.

Результаты. Анализируя полученные результаты необходимо отметить, что у больных II типом сахарного диабета, имеющих ИБС и/или гипертоническую болезнь наблюдалось достоверное уменьшение концентрации ХС, ОЛ, атерогенных ЛП. При оценке действия липантила на показатели липидного обмена в зависимости от их исходного уровня отмечено достоверное снижение уровня ХС ($p<0,02$).

Выводы. Результаты проведенного исследования показали гиполипидемическое действие липантила, которое усиливается при длительном применении и в группе больных II типом СД с исходно высоким уровнем ХС.

0502 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Махнева Е.А., Мусихина Н.А., Гапон Л.И., Мухер А.А., Беликова Е.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель. Выявить особенности вариабельности ритма сердца (ВРС) и суточного профиля артериального давления (АД) у пациентов артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. Обследовано 120 человек. В 1 группу (гр.) вошли 20 человек без АГ и ИБС, во 2 гр. — 56 пациентов, страдающих АГ, в 3 гр. — 47 пациентов с АГ и ИБС. За 7 дней до начала обследования пациентам 2 и 3 группы отменялись коронароактивные и гипотензивные препараты. Допускался прием метилдопы, а также прием аспирина и нитроглицерина (пациентам с АГ в сочетании с ИБС). Исследование проводилось с использованием кардиомониторов "Кардиотехника — 4000" производства ЗАО "Инкарт" (Санкт-Петербург), расчет ВРС проводился после автоматического исключения артефактов и аритмий в последовательно бравшихся 5-минутных окнах, где анализировалась продолжительность последовательных R-R-интервалов синусового происхождения. Спектральный анализ производился с использованием быстрого преобразования Фурье, определялись спектральные плотности мощности по диапазонам очень низких VLF ($м/с^2$), низких LF ($м/с^2$) и высоких частот HF ($м/с^2$). Исследовались временные показатели, отражающие симпатическую активность — SDAN (м/с); общий тонус вегетативной нервной системы — SDNN (м/с); тонус парасимпатического отдела — r-MSSD, pNN50 (м/с). Рассчитывался симпато-вагальный индекс (LF/HF).

Полученные результаты. Исследуемые 2 и 3 гр. отличались от группы здоровых следующими показателями ВРС: r-MSSD (1 гр. 34,94±4,51 м/с при $p<0,05$; 2 гр. 24,60±1,61 м/с при $p<0,05$; 3 гр. 23,80±1,80 м/с при $p<0,05$), а также LF (1 гр. 1127,29±388,53 $м/с^2$ при $p<0,05$; 2 гр. 596,57±63,24 $м/с^2$ при $p<0,05$; 3 гр. 492,50±65,21 $м/с^2$ при $p<0,05$). Уровень LF/HF во всех группах был значительно выше нормы (> 1) (1 гр. 4,73±0,63 при $p<0,05$; 2 гр. 3,95±0,29 при $p<0,05$; 3 гр. 4,41±0,60 при $p<0,05$). У больных АГ определялась связь между показателями суточного мониторирования АД и ВРС: среднесуточное диастолическое АД (ДАД) и SDNN ($r=-0,36$ $p<0,05$), между индексом площади систолического АД (САД) и SDNN ($r= -0,36$ $p<0,05$), и между ИПДАД и SDNN ($r=-0,36$ $p<0,05$). Отличительная картина наблюдалась у больных АГ в сочетании с ИБС: зависимость между показателями суточного профиля АД и ВРС не отмечалось.

Выводы. У пациентов АГ выявлено снижение парасимпатических влияний на сердце на фоне высокой активности симпатического отдела нервной системы, которая, в свою очередь, имеет тенденцию к снижению в группах по мере присоединения ИБС. Выявленная взаимосвязь параметров суточного профиля АД и ВРС у пациентов АГ может свидетельствовать об участии АГ в механизмах снижения общей ВРС в отличие от пациентов с сочетанием АГ и ИБС, где, возможно, формируется снижение чувствительности барорецепторов к действию АД, вследствие атеросклеротического процесса в стенках сосудов.

0503 УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ КРОВИ И ВЕЛИЧИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ НАСЛЕДСТВЕННУЮ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Маянская С.Д., Гребенкина И.А., Лукша Е.Б.
КГМА, Казань, НГМУ, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Оценить уровень липидов крови и ТКИМ ОСА у лиц молодого возраста с НО по АГ с нормальным и высоким нормальным АД.

Материалы и методы. Обследовано 57 молодых людей (23,9±2,7 лет)., родители которых имели верифицированную АГ: (35 человек — с нормальным АД (НАД), 22 — с высоким нормальным АД (ВНАД). Контрольная группа — 22 здоровых (без НО по АГ). Индекс массы тела (ИМТ) у лиц с НАД — 22,5±3,1кг/м², у пациентов с ВНАД — 25,7±2,1кг/м²; курили 37 % и 35 % исследуемых соответственно. Исследовали эходопплерографию брахиоцефальных артерий, общий холесте-

рин (ОХС), триглицериды (ТГ), липопротеиды низкой плотности (ХС ЛНП).

Результаты исследования. Нормальный уровень липидов имели 88 % лиц с НАД, 83 % пациентов с ВНАД; изолированная гиперхолестеринемия была обнаружена у 12 % исследуемых с НАД и у 17 % лиц с ВНАД; комбинированной ГЛП не наблюдалось. В группе контроля изменений в липидограмме не отмечалось. Было выявлено увеличение отношения шансов повышения АД с повышением уровня ОХС: OR =11,73 (p=0,01) у лиц с ВНАД и OR=1,23 (p=0,01) у лиц с НАД. У исследуемых людей с НО по АГ выявлены позитивные связи ТКИМ ОСА с возрастом (r_{ϖ} =0,25), уровнем ОХС (у лиц с ВНАД — r_{ϖ} =0,63, у лиц с НАД — r_{ϖ} =0,71, p=0,01).

Выводы. Выявлена сопряженность неблагополучного анамнеза по АГ у нормотензивных лиц молодого возраста и тенденция к изменению липидного профиля крови. По-видимому, раннее выявление нарушений липидного обмена является важнейшим этиологическим фактором дисфункции эндотелия сосудов и фенотипически закрепляется в семьях пациентов с АГ.

0504 АНАЛИЗ ПОЗДНЕГО ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЗА 2009 ГОД ПО ДАННЫМ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.КАЗАНИ

Маянская С.Д., Ким З.Ф., Файзрахманова Г.М.
Казанская государственная медицинская академия, Больница скорой медицинской помощи № 1 Казань, Россия

Как известно, эффективность реперфузионной терапии (РТ) острого инфаркта миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST на прямую, зависит от времени с момента возникновения ангинозного приступа до оказания помощи: чем меньше это время, тем больше вероятность прерванного ИМ. Опыт применения РТ позволил выработать временные нормативы. Так, следует стремится к тому, чтобы тромболитическая терапия (ТЛТ) начиналась не позднее 30 мин после первого контакта больного с медицинским персоналом, а чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) — в пределах ближайших 90 мин. Однако, на сегодняшний момент соблюдение этих временных нормативов в России, по-видимому, скорее исключение, чем правило.

Цель исследования: оценить частоту и причины позднего поступления пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ по материалам кардиологического отделения больницы скорой медицинской помощи (БСМП).

Для этого были проанализированы все истории болезней пациентов с Q-позитивным ИМ, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении БСМП № 1 за 2009 год. За исследуемый период на лечении находилось 648 пациентов с ИМ с зубцом “Q”, из них у 284 (43,8 %) — повторный, у 362 (55,8 %) — передней стенки, у 215 (33 %) — нижней стенки левого желудочка, у 71 (11 %) — циркулярный ИМ. 422 (65 %) пациентов поступили в стационар позднее 6 часов с момента начала ангинозного приступа, из них — 184 (43,6 %) — позднее 12 часов, 168 (40 %) — позднее 24 ч, 70 (10,8 %) — позднее 3 суток. В зависимости от причин позднего поступления, пациенты были разделены на три группы. Причинами позднего поступления в 1 группе явились ошибки со стороны самих пациентов, их составило абсолютное большинство 305 чел.(72 %), причины во 2 группе связаны с недооценкой важности ранней диагностики инфаркта миокарда со стороны врачей — 86 чел. (20 %), 3 группу составили пациенты, причины позднего поступления которых не выяснены — 31 чел. (7 %). Основные причины позднего поступления по вине пациентов были следующие: 1) не связывали боли в грудной клетке с заболеванием сердца; 2) терпели, думали, что боль скоро пройдет; 3) откладывали вызов скорой помощи (“ждали утра”, “были за городом”); 4) отказались от первой госпитализации; 5) другие, более казуистические причины.

Выводы: таким образом, данные результаты показывают, что пациенты в большинстве случаев не знают первых симптомов заболевания, последствий развития ИМ, важности временного фактора в оказании помощи. Есть определенный недостаток со стороны врачей: не настроенность на проведении более глубокого обследования пациентов в плане диагностики ИМ. В связи с этим, необходимо более углубленно изучить причины позднего поступления, разработать четкий алгоритм экстренного оповещения неотложной кардиологической службы при ангинозных приступах, разработать комплекс мероприятий по повышению информированности пациентов.

0505 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Медведев А.П., Лашманов Д.И.*, Чигинев В.В., Пичугин В.В., Широкова О.Р.*, Земскова Е.Н.*, Немирова С.В.
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия; Специализированная клиническая кардиохирургическая больница*, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования — оценить современные возможности хирургического лечения инфекционного эндокардита.

Материалы и методы. За период с 1978 по 2009гг в Специализированной клинической кардиохирургической больнице г. Н.Новгорода оперированы 795 больных активным ИЭ. Мужчин было 67,2 %, женщин — 32,8 %. Средний возраст составил 35,1±9,7 года (от 4 месяцев до 68 лет).

Результаты и обсуждение. Развитие протезного эндокардита являлось показанием к неотложной замене искусственного клапана, что позволило предупредить образование абсцессов, распространение инфекции на соседние структуры, образование парапротезных фистул, тромботических осложнений или поражения сосудов. Абсцессы сердца в ходе исследования выявлены в 14,5 % случаев. Считаем основным условием успешного вмешательства при абсцессах сердца радикальную резекцию инфекционного очага, не взирая на возможность нарушения целостности фиброзного кольца, межжелудочковой перегородки и других околоклапанных структур. В 4 случаях деструкции стенки аорты с развитием ложной аневризмы успешно выполнены операции Бентала.

Мы выполнили протезирование клапанов у 2 пациенток с активным ИЭ и беременностью 19 и 22-23 недели. После операции при обследовании дефектов развития плода не обнаружено, родоразрешение без осложнений. При неклапанной форме ИЭ у больных ВПС проводится коррекция порока с иссечением тканей, пораженных инфекционным процессом, антисептической обработкой и массивной антибиотикотерапией. На фоне “критического” аортального стеноза первым этапом оперативного лечения 3 пациентам была проведена катетерная баллонная вальвулопластика АК, что в дальнейшем позволило вторым этапом успешно провести протезирование клапанов с санацией камер сердца. Электродиндуцированный ИЭ был диагностирован в 46 случаях; оперированы 8 пациентов: выполнены уникальные реконструкции трикуспидального клапана при разрушении створок и подклапанного аппарата. Всем пациентам с ИЭ трехстворчатого клапана и наркотической зависимостью (n=45) выполнено протезирование ТК биологическими протезами.

В госпитальные сроки погибли 39 пациентов; летальность составила 4,9 %. Выживаемость больных ИЭ через год, 3, 5 и 10 лет составила соответственно 89 %, 84 %, 81 % и 77 %.

Выводы. В комплексе лечения больных ИЭ оперативное вмешательство позволяет устраняет внутрисердечный очаг инфекции и реальную опасность ее генерализации. Несмотря на тяжелые разрушения внутрисердечных структур в условиях активного ИЭ возможна адекватная коррекция различных пороков сердца, позволяющая улучшить результаты лечения этой группы больных. Мы считаем, что, исходя из возможностей современной антибиотико- и интенсивной терапии,

будущее — за реконструктивными клапансохраняющими операциями и использованием биологических протезов.

0506 СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Медведев А.П., Немирова С.В., Прытков В.В.*, *Логинов О.Е., Шарабрин Е.Г., Чеботарь Е.В.**, Пичугин В.В.
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия; Городская клиническая больница № 13*, Нижний Новгород, Россия; Специализированная клиническая кардиохирургическая больница**, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования — разработать стратегию и тактику диагностики и лечения тромбоэмболии легочных артерий у больных высокого риска.

Материалы и методы. На базе клиники госпитальной хирургии им. Б.А. Королева г. Н. Новгорода с подозрением на острую массивную ТЭЛА госпитализировано 27 больных: мужчин — 15, женщин — 12; средний возраст составил 38,6±9,17 года (от 24 до 75 лет). При поступлении выполняли диагностический минимум, включавший электрокардиографию, трансторакальную эхокардиографию, ультразвуковое исследование вен нижних конечностей и малого таза, ангиопульмонографию. Илеокаваграфию проводили при наличии показаний к имплантации кава-фильтра по данным УЗДГ.

Результаты и обсуждение. Признаки легочной гипертензии и перегрузки правых отделов сердца с их дилатацией и значимой регургитацией на трикуспидальном клапане имели место у всех 27 пациентов. Расчетное давление в ЛА составило в среднем 54,2±7,15 мм рт.ст. (от 49 до 71). Индекс Миллера у оперированных больных составлял 21-29 баллов; поражение было двусторонним в подавляющем большинстве случаев (21 пациент).

Показанием к оперативному лечению считали тромбоэмболию ствола легочной артерии или его главных ветвей, тяжелую степень нарушения перфузии легких, сопровождающейся резкими гемодинамическими расстройствами (давление в ЛА более 50 мм рт.ст.), внутрисердечную локализацию эмбола или продолженного тромба. При двустороннем тромбоэмболическом поражении предпочитали чресстернальный доступ; тромбэмболэктомию выполняли в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиоплегии.

Высокий риск рецидива тромбоэмболии имел место у 5 больных; им выполнена имплантация кава-фильтра (Trape Easy “Cordis”).

В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная терапия, включавшая введение прямых антикоагулянтов (в/в 30000 ЕД гепарина в сутки, затем — п/к фраксипарин 0,6 мл 2 раза в сутки) с последующим переходом на непрямые (варфарин 5 мг в сутки). В отдаленном периоде в сроки от 6 до 28 месяцев состояние всех пациентов остается удовлетворительным, расчетное давление в ЛА сохраняется на уровне в среднем 27,05±3,11 мм рт.ст.

Выводы. Комплексное обследование позволяет провести раннюю и полную диагностику ТЭЛА, определить лечебную тактику. При давлении в малом круге кровообращения свыше 50 мм рт.ст. больным с острой массивной тромбоэмболией ствола ЛА и/или ее ветвей на фоне декомпенсации кровообращения следует проводить оперативное вмешательство на фоне медикаментозного лечения под контролем уровня легочной гипертензии.

0507 ЭХО-КАРДИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Медведев А.П., Немирова С.В., Теплицкая В.В. *, Баранов О.Е.**, Лобанова Н.Ю.**, Ярыгин В.В.**, Логинов О.Е.***
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия; Городская клиническая больница № 13*, Нижний Новгород, Россия; Городская клиническая больница № 5**, Нижний Новгород, Россия; Специализированная клиническая кардиохирургическая больница***, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования — показать роль эхо-кардиографии в оценке эффективности тромболитической терапии при тромбоэмболии легочных артерий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты системного тромболизиса, выполненного 29 больным, находившимся в отделении реанимации и интенсивной терапии МЛПУ “Городская клиническая больница № 5” Нижнего Новгорода с подтвержденным диагнозом “тромбоэмболия легочных артерий”. В исследуемой группе было 12 мужчин и 15 женщин. Возраст больных составил в среднем 56,83±4,11 лет (от 35 лет до 71 года).

С момента поступления пациента и установления диагноза проводилось комплексное лечение ТЭЛА, направленное на стабилизацию гемодинамики и снижение выраженности гипоксии. Тромболитическая терапия выполнялась с использованием стрептокиназы (болюсное введение 250000 ЕД, затем, при отсутствии осложнений, еще 1250000 ЕД в/в (100000 в час)) и урокиназы (500000 болюсное введение ЕД в/в). Тактика ведения больного определялась на основании динамики клинических данных и показателей эхо-кардиографического исследования.

Результаты и обсуждение. Если исходно эхо-кардиографические признаки ТЭЛА, (дилатация правого желудочка и правого предсердия, парадоксальное движение МПП и повышение давления в ЛА более 30 мм рт. ст.) отмечены у всех пациентов, то на фоне тромболитической терапии в первые часы от ее начала отмечено прогрессирующее снижение давления в ЛА у 12 больных, а в течение суток — еще у 9. В связи с развитием геморрагических осложнений тромболизис был прерван у 3 пациентов, однако проведенная терапия позволила значительно улучшить эхо-кардиографические показатели и общее состояние пациента.

На момент окончания терапии размеры правого желудочка и давление в ЛА достоверно уменьшились до нормальных показателей у 17 пролеченных.

По данным Эхо-КГ, у пятерых больных на фоне проводимой тромболитической терапии продолжали сохраняться признаки правожелудочковой недостаточности и нарастала легочная гипертензия, что клинически проявлялось в усилении одышки, снижении системного АД и нарастании тахикардии. Этим пациентам была выполнено оперативное лечение — тромбэмболэктомия из долевых ветвей легочных артерий с хорошими результатами: при Эхо-КГ давление в ЛА в пределах нормы, признаки перегрузки правых отделов сердца не определяются.

Выводы. Эхокардиография является высоко информативным, безопасным и доступным методом исследования, позволяющим не только оценить эффективность тромболитической терапии, но и определить дальнейшую тактику ведения пациента с тромбоэмболией легочных артерий.

0508 АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева Т.А, Говорин А.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить агрегационную способность тромбоцитов у больных первичным гипотиреозом и у пациентов с медикаментозным эутиреозом.

Материалы и методы: обследовано 2 группы пациентов: 1-ю составили 20 больных с первичным гипотиреозом (средний возраст 39±8,9 лет). Длительность заболевания колебалась от 1,5 до 10 лет, 2 группу — 15 пациентов (средний возраст 36±5,6лет) с медикаментозным эутиреозом. В группу контроля вошли 15 относительно здоровых пациентов (средний воз-

раст 33±5,9 лет). Спонтанную и АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью стандартного турбидометрического метода с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов "Биола" (модель LA230, Россия).

Результаты: установлено, что по данным кривой светопропускания в группе пациентов с гипотиреозом наблюдалось увеличение спонтанной агрегации (степень 5,38±1,7 отн.ед.; скорость 11,04±1,7 %; p<0,001), по сравнению с контролем. У больных с медикаментозным эутиреозом степень агрегации была ниже по сравнению с пациентами с гипотиреозом (3,19±1,8 отн.ед. и 5,3±1,7 отн.ед.; p<0,001), но выше чем в контрольной группе. При использовании в качестве индуктора агрегации АДФ в большой концентрации (10 мкг/мл) показатели степени агрегации у пациентов с гипотиреозом увеличивались в сравнении с контролем (69,54±18,8 отн.ед. и 51,1±15,7 отн.ед. соответственно; p<0,01) и группой эутиреоза (69,54±18,8 отн.ед. и 48,12±7,9). Разницы в значениях этого показателя между больными с эутиреозом и контролем выявлено не было (48,12±7,9 отн.ед. и 51,1±15,7 отн.ед. соответственно). При изучении скорости АДФ-индуцированой агрегации отмечалось ее увеличение у пациентов с гипотиреозом в сравнении с контролем (104,63±18,47 и 54,8±20,6 % соответственно; p<0,05). Увеличение скорости агрегации у пациентов с гипотиреозом было более выражено чем при эутиреозе (104,63±18,47 и 54,5±18,4 соответственно; p<0,01). Максимально высокие значения скорости агрегации наблюдались в стадию гипотиреоза (104,63±18,47, p<0,01).

Выводы: у пациентов с гипотиреозом обнаружено увеличение спонтанной агрегации кровяных пластинок. Степень и скорость спонтанной и АДФ — индуцированой агрегации у больных гипотиреозом были выше, чем у пациентов с эутиреозом.

0509 КОРРЕКЦИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Медведев И.Н., Савченко А.П.
Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Введение. В настоящее время артериальная гипертония (АГ) начинает все отчетливее "молодеть", поражая наиболее трудоспособный возраст. Частым предшественником ее формирования является высокое нормальное артериальное давление (ВНАД), сопровождающееся активацией тромбоцитов.

Цель. Выявить возможности коррекции с помощью дозированных физических нагрузок активности тромбоцитов у молодых лиц с ВНАД.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 34 молодых человека в возрасте 18 лет с ВНАД, риск 1. У пациентов отмечалось 1-2 фактора риска — семейная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям и в ряде случаев курение. Группу контроля составил 141 здоровый молодой человек аналогичного возраста. Производился подсчет количества тромбоцитов в капиллярной крови в камере Горяева. Агрегация тромбоцитов (АТ) исследовалась визуальным микрометодом (Шитикова А.С., 1999) с использованием в качестве индукторов АДФ, коллагена, тромбина, ристомицина, адреналина и перекиси водорода. Всем взятым под наблюдение 34 молодым людям с ВНАД назначались регулярные дозированные физические тренировки, включающие утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебно-профилактическую гимнастику и дробные занятия физическими упражнениями на протяжении дня с оценкой исследуемых показателей через 1,2 и 4 года регулярных физических нагрузок. Статистическая обработка результатов проведена t-критерием Стьюдента.

Результаты исследования. У включенных в исследование до начала тренировок найдено ускорение АТ, наиболее выраженное под влиянием коллагена — 28,6±0,20 с (в контроле — 34,6±0,17 с). Несколько медленнее АТ развивалась у лиц с ВНАД под влиянием АДФ (39,1±0,13 с) и ристомицина (43,8±0,17 с). АТ с H2O2 в группе лиц с ВНАД составила 44,1±0,15 с. Тромбиновая и адреналиновая АТ также развивались быстрее, чем в контроле (p<0,01) и были равны у молодых лиц с ВНАД 48,8±0,10 с и 94,7±0,14 с, соответственно.

На фоне регулярных физических нагрузок у молодых людей с ВНАД увеличилось время АТ под влиянием всех испытанных индукторов. Через 12 мес. коррекции наиболее активным индуктором АТ у них оказался коллаген. Несколько менее активны были — АДФ, ристомицин и H2O2. Позднее развивалась АТ (p<0,01) под влиянием тромбина и адреналина.

Дальнейшее трехлетнее наблюдение за продолжившими тренировки молодыми людьми, имевшими в 18 лет ВНАД, не выявило отрицательной динамики всех нормализовавшихся функциональных и лабораторных показателей до конца наблюдения.

Выводы. Регулярные дозированные физические нагрузки, начатые в 18 летнем возрасте у лиц с ВНАД, способны оптимизировать функциональную активность у них ССС и активность тромбоцитарного гемостаза, что может служить основой профилактики развития у них в последующем АГ.

0510 ВНУТРИСОСУДИСТАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Медведев И.Н., Скорятина И.А.
Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Введение. Артериальная гипертония (АГ) является одной из величайших в истории человечества неинфекционных пандемией, определяющей структуры сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Поражая население трудоспособного возраста, АГ все чаще сочетается с дислипидемией (Д), повышая вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования: оценить характер нарушений внутрисосудистой активности тромбоцитов у больных АГ с Д.

Материалы и методы. В исследование включены 95 больных, страдающих АГ на протяжении не менее 3 лет, с присоединившейся к ней Д и существующей у пациента до взятия его в исследование не менее 1 года. Из включенных в исследование 95 больных, АГ 1 степени наблюдалось у 54 человек, 2 степени у 41. У всех больных выявлена Д II б типа. Группа контроля представлена 26 клинически здоровыми людьми, не имевшими сердечно-сосудистых и обменных заболеваний. В отмытых и ресуспендированных тромбоцитах оценены уровни общего холестерина (ОХС) набором фирмы "Витал Диагностикум" и общих фосфолипидов (ОФЛ) по содержанию в них фосфора (Колб В.Г., Камышников В.С.,1982) с расчетом ОХС/ОФЛ в тромбоцитах. Внутрисосудистую активность тромбоцитов определяли на фазовоконтрастном микроскопе по Шитиковой А.С. и соавт. (1997). Данные обработаны критерием Стьюдента.

Результаты исследования. Уровень холестерина в мембранах тромбоцитов пациентов превышал контрольную группу в 1,51 раза, при снижении ОФЛ до 0,32±0,003мкмоль/109тр., что обеспечило рост отношения ХС/ОФЛ до 3,16±0,005 (в контроле 1,37±0,003). Полученные сведения о липидном составе мембран тромбоцитов больных указывает на повышение жесткости мембран кровяных пластинок у больных АГ с Д, во многом обусловливая повышение ВАТ.

У больных содержание дискоцитов в крови снижено в 1,59 раза (53,07±0,17 %), при этом уровень диско-эхиноцитов у них повышен в 2,59 раза (28,97±0,18 %). Количество сфероцитов, сферо-эхиноцитов и биполярных форм тромбоцитов в крови пациентов также превышало значения контрольной группы, достигая 13,23±0,13 %, 3,33±0,08 % и 1,40±0,04 %, соответственно. Сумма активных форм тромбоцитов составила 46,93±0,17 %, что почти в 3 раза выше

контрольных значений. Содержание малых, а также средних, больших агрегатов в кровотоке пациентов составило — 13,10±0,13 на 100 свободно лежащих тромбоцитов и 4,13±0,15 на 100 свободно лежащих тромбоцитов, превышая контроль в 4,2 и 29,5 раз, соответственно, при этом количество тромбоцитов в агрегатах у больных достигало 11,30±0,14 %, против 6,50±0,07 % в контроле.

Выводы. Таким образом, у больных АГ с Д выявлено повышение активности кровяных пластинок in vivo, что способствует у них росту риска тромботических осложнений.

0511 ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА В КОМПЛЕКСЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ФИБРИНОЛИТИЧЕСКУЮ И АНТИКОАГУЛЯЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ СТЕНКИ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЗ СОСУДОВ ГЛАЗА

Медведев И.Н., Даниленко О.А.
Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Введение. Одним из наиболее частых осложнений у больных артериальной гипертонией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) является тромбоз сосудов глаза (ТСГ). Однако, коррекция сосудистого гемостаза у данной категории больных, перенесших офтальмологический тромбоз, разработана недостаточна.

Цель работы. Выявить возможности лечебного комплекса из лизиноприла, пиоглитазона, гипокалорийной диеты и дозированных физических тренировок в коррекции нарушений антикоагуляционной и фибринолитической активности сосудистой стенки у больных АГ при МС, перенесших ТСГ.

Материалы и методы. Определялась активность антитромбина III (АТ III), регистрируемая до и после венозной окклюзии (Балуда В.П. и соавт., 1983) с расчетом индекса антикоагуляционной активности сосудистой стенки (ИААСС), а также время лизиса эуглобулинового сгустка до и после венозного застоя с вычислением индекса фибринолитической активности сосудистой стенки (ИФАСС) у 26 больных АГ 1-2 степени, риск 4 при МС после ТСГ. Больным для коррекции состояния на 4 мес. назначался лизиноприл 10 мг 1 раз в сутки, пиоглитазон 30мг 1 раз в день, гипокалорийная диета и посильные дозированные физические нагрузки. Контроль- 25 здоровых людей. Данные обработаны критерием Стьюдента.

Результаты исследования. У больных АГ при МС, перенесших ТСГ, активность АТ III оказалась снижена до 82,6±0,6 %. При этом, на фоне венозной окклюзии активность АТ III у больных возрастала (96,2±0,04 %) в меньшей степени, чем у здоровых (147,6±0,62 %). ИААСС у больных составил 1,16±0,02. Удлиненное у больных время лизиса фибринового сгустка на фоне компрессии уменьшалось (7,9±0,22мин.) в меньшей степени, чем в контроле (5,9±0,20мин.). Индекс ИФАСС у лиц с АГ при МС, перенесших ТСГ, был снижен до 1,21±0,10, против контроля -1,49±0,40, что говорило о слабости синтеза в стенках их сосудов активатора плазминогена.

К концу 4 мес. применения лечебного комплекса найдена нормализация активности АТ III (99,5±0,8 %) с возрастанием активности АТ III на фоне венозной окклюзии до уровня контроля (145,9±1,33 %). ИАСС у больных на фоне лечения сравнялся с контролем — 1,47±0,02. При этом, на фоне терапии было достигнуто сокращение времени лизиса фибринового сгустка при венозном застое до контрольных значений (6,1±0,3мин.) с нормализацией ИФАСС (1,43±0,02).

Выводы. Имеющееся у больных АГ при МС, перенесших ТСГ, снижение антитромботической активности стенки сосудов может полностью корректироваться 4-х мес. применением лечебного комплекса из лизиноприла, пиоглитазона, гипокалорийной диеты и дозированных физических нагрузок. Это обусловливается оптимизацией выработки в стенке сосуда веществ, регулирующих антикоагуляцию и фибринолиз.

0512 СРАВНЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО

Медынцева Ю.В., Кузнецов А.Н., Советская Е.В., Григорьева Н.Ю.
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Цель: сравнение толерантности к физической нагрузке больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения (СН) II-III ФК в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа (СД-2) или без него.

Методы: было обследовано 2 группы пациентов. В первую группу вошли 10 человек (4 мужчины и 6 женщин) с СН II — III ФК в сочетании с СД-2 в возрасте 59,0 ± 3,72 лет, из них стенокардия II ФК наблюдалась у 7 человек, стенокардия III ФК — у 3 человек. Вторую группу контроля составили 10 человек (5 мужчин и 5 женщин) с СН I-III ФК без сопутствующего СД-2 в возрасте 56,3 ± 3,56 лет. Стенокардия I-II ФК отмечена у 7 больных, III ФК — у 3 человек. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и ишемическому порогу. Всем пациентам проводили ВЭМ-пробу по стандартной методике начиная с нагрузки 50 Вт на фоне терапии β-блокаторами с целью оценки толерантности к физическим нагрузкам и оценки адекватности антиангинальной терапии.

Результаты: пациенты первой группы выполнили суммарную нагрузку длительностью 8,75±0,967 мин против 9,83±1,199 мин у пациентов второй группы. В основной группе у 7 человек (70 %) отмечена средняя толерантность к физическим нагрузкам (от 100 Вт — 2 минуты до 125 Вт — 1минуты), у 3 человек (30 %) — низкая (до 100Вт — 2 минуты). В группе контроля высокая толерантность к физическим нагрузкам отмечена у 4 пациентов (40 %), средняя у 3 человек (30 %), низкая у 3 человек (30 %). При этом толерантность к физическим нагрузкам составляла 4,8±1,24 МЕТ в первой группе и 5,45±1,6 МЕТ во второй. В группе пациентов с СН в сочетании с СД-2 более часто и в большей степени (у 50 % больных) в сравнении с контрольной группой (у 20 %) фиксировалась гипертоническая реакция на нагрузку при исходно сопоставимом уровне АД. В основной группе САД исходно 132,1±4,345 мм рт.ст. против 137,7±6,785 мм рт.ст. во второй группе, ДАД 82,86±1,844 мм рт.ст. против 81,67±3,073 мм рт.ст. соответственно. На пике физической нагрузки-САД в первой группе 187,9±14,3 мм рт.ст. против 182,9±7,143 мм рт.ст. в группе контроля, соответственно ДАД 98,57±6,335 мм рт.ст. против 93,33±4,216 мм рт.ст. Таким образом, реакция САД на нагрузку в первой группе составила 55,71±11,67 мм рт.ст против 47,83±4,764 мм рт.ст. во второй, реакция ДАД составила 14,29±6,117 мм рт.ст. против 14,0±4,0 мм рт.ст. соответственно. При этом скорость роста САД в первой группе составила 6,56±1,359 мм рт.ст/мин, в группе контроля 4,86±0,783 мм рт.ст./мин, скорость роста ДАД составила соответственно 1,78±0,678 мм рт.ст./мин и 1,64±0,587 мм рт.ст./мин.

Выводы: у больных ИБС в сочетании с СД-2 имеется тенденция к снижению толерантности к физическим нагрузкам, а также тенденция к большей частоте и выраженности гипертонической реакции на нагрузку в сравнении с больными ИБС без СД-2.

0513 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА РЕГУЛЯРНУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Медынцева Ю.В., Кузнецов А.Н., Советская Е.В., Григорьева Н.Ю.
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Цель: исследование особенностей гемодинамического ответа больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения (СН) II — III функционального класса (ФК) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД-2).

Методы: обследовано 16 больных ИБС с сопутствующим СД-2, 14 женщин и 2 мужчин. Средний возраст пациентов 58,62±5,34 лет. Стабильная стенокардия напряжения II ФК наблюдалась у 4 человек, III ФК — у 12 человек. Всем пациентам до начала реабилитационной программы проводилась тестирующая ВЭМ-проба и определялась индивидуальная программа реабилитации по программе ИБС с контролем уровня глюкозы. На всем протяжении данной программы медикаментозная терапия была неизменной, физические нагрузки проводились пациентам с компенсированным сахарным диабетом.

Результаты: с каждым пациентом проведено в среднем 25,0±7,83 занятий (с частотой 2-3 раза в неделю) с тренирующей нагрузкой 37,5±13,69 Вт. Исходно систолическое артериальное (САД) покоя было 143,75±12,74 мм.рт.ст., а на пике физической нагрузки 165,0±19,45 мм рт.ст., то есть прирост САД составил 21,87±7,03 мм рт.ст. Диастолическое артериальное давление (ДАД) покоя 86,87±5,93 мм рт.ст., на пике физической нагрузки 90,62 мм рт.ст., прирост 3,75±5,57 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) при измерении составляла соответственно 64,5±7,72 в минуту, 91,62±11,52 в минуту и 27,12±5,54 в минуту. Средний уровень глюкозы составлял 6,94±1,35 ммоль/л. После окончания курса реабилитационной программы зарегистрировано САД покоя 130,0±14,39 мм рт.ст., на пике физической нагрузке 148,5±15,09 мм рт.ст., прирост САД составил 18,5±7,8 мм рт.ст., то есть на 5,27 мм рт.ст. менее исходного. Реакция ДАД была схожей. Также отмечалась и динамика ЧСС и уровня глюкозы: ЧСС покоя 61,37±4,59 в минуту, ЧСС на пике физической нагрузки 86,5±6,48 в минуту, изменение ЧСС 24,75±2,25 в минуту, средний уровень глюкозы составлял 6,54±1,28 ммоль/л, при этом отмечался меньший разброс показаний в гликемическом профиле.

Выводы: при регулярной физической активности на фоне постоянной медикаментозной терапии отмечается тенденция к нормализации уровня артериального давления (как систолического, так и диастолического), меньшая выраженность гипертонической реакции на физическую нагрузку, а также положительная динамика в гликемическом профиле, что, несомненно подтверждает эффективность и необходимость реабилитационных мероприятий у больных ИБС с сопутствующим СД-2.

0514 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Межонов Е.М.
ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Тюмень, Россия

Целью работы является оценка прогностического значения изменений плазменных концентраций N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у больных с систолической дисфункцией левого желудочка на фоне проводимой терапии.

В исследование включено 84 пациента с систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ ЛЖ<40 %). Через 3 месяца от момента включения в исследование оценивались динамика NT-proBNP. В дальнейшем пациенты вступали в период наблюдения, в течение которого регистрировались случаи смерти и госпитализации в связи с декомпенсацией сердечной недостаточности. В течение всего исследования пациенты получали стандартное фармакологическое лечение сердечной недостаточности, соответствующее национальным рекомендациям.

У 84 пациентов (в том числе 75 мужчин) в возрасте от 23 до 70 лет (средний возраст 54±8,1 лет) исходно и в динамике в плазме крови определялся уровень NT-proBNP с использованием количественного иммунологического теста фирмы Roche Diagnostics с диапазоном измерений от 60 до 3000 пг/мл. За время динамического наблюдения в сроке от 1 до 26 месяцев у 31 больного зафиксировано наступление "конечных" точек в данном исследовании: у 31 больного — повторная госпитализация в связи с декомпенсацией ХСН, у 5 из которых — смерть в результате декомпенсации ХСН. При анализе динамики плазменных концентрации NT-proBNP в соотношении с клиническим состоянием больных выявлено, что из 31 пациента, госпитализированного в связи с декомпенсацией ХСН, у 13 пациентов при определении пептида в динамике сохранялся уровень NT-proBNP более 3000 пг/мл, а у 12 пациентов зафиксировано увеличение плазменной концентрации пептида за период наблюдения. В то время как в случае снижения пептида или отсутствии его динамики на фоне терапии случаи госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН возникали в 2 и 3 случаях соответственно ($p<0,001$). Цифровые значения повышения уровня NT-proBNP в динамике были разделены на квартили (0, 25, 50, 75 и 100 персентиль). 1 квартиль со значениями от 0 до 505 пг/мл, 2 — со значениями от 506 до 825 пг/мл, 3 — со значениями от 826 до 1148 пг/мл, 4 — более 1149 пг/мл. Наибольшее число исходов (госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН) зафиксировано в 3 и 4 группе (по 4 больных в каждой группе), в то время как в 1 и 2 группах соответственно 1 и 2 случая декомпенсации ХСН ($p=0,042$). Таким образом, более значимое повышение уровня NT-proBNP коррелирует с наступления декомпенсации ХСН. Повышение уровня NT-proBNP на величину менее 25 % от исходного значения в динамике не ассоциировалось с ухудшением прогноза больного, а повышение уровня NT-proBNP на 50 % и более от исходного ассоциировалось с ухудшением прогноза.

Таким образом, увеличение плазменных концентрации NT-proBNP является предиктором неблагоприятного прогноза у больных с хронической сердечной недостаточностью.

0515 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОКАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мельников И.Ю., Яшина Л.М., Григоричева Е.А.
ГОУ ВПО "ЧелГМА Росздрава", кафедра поликлинической терапии, Челябинск, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь между показателями локальной жесткости сонных артерий и степенью сердечно-сосудистого риска, оцененного по таблице SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation), у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Методы исследования. Обследован 61 пациент (17 мужчин и 44 женщины) с ГБ. Средний возраст составил 59,2±10,0 лет. Группа контроля включала 33 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Оценивался 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с помощью таблицы SCORE. Использован вариант таблицы для Европейских регионов с высоким риском ССЗ. Производили ультразвуковое исследование сонных артерий с помощью аппарата "LOGIQ 5", по данным которого рассчитывали показатели локальной жесткости: растяжимость, модули эластичности Петерсона и Юнга, индекс жесткости. Полученные в процессе исследования результаты представле-

ны в виде M±Δ. Рассчитывался коэффициент корреляции Пирсона (r).

Результаты исследования. Выявлен значимо более высокий риск по таблице SCORE в группе больных с ГБ (4,06±3,11 %, p<0,001) в сравнении со здоровыми лицами (0,81±0,79 %). У пациентов с ГБ определены значимо большие значения модуля Петерсона (534±290 мм рт.ст., p=0,002), модуля Юнга (3820±1951 мм рт.ст./см, p=0,010), индекса жесткости (4,5±2,3, p=0,004) и значимо меньшая растяжимость (0,0024±0,0012 мм рт.ст.-1, p=0,010) в сравнении с группой контроля. В группе контроля данные показатели составили 316±79 мм рт.ст., 2628±789 мм рт.ст./см, 3,0±0,7 и 0,0034±0,0011 мм рт.ст.-1 соответственно. В группе пациентов с ГБ выявлены значимые положительные корреляционные связи средней силы между степенью риска по таблице SCORE и модулем Петерсона (r=0,57, p=0,013), модулем Юнга (r=0,55, p=0,017), индексом жесткости (r=0,54, p=0,020) и отрицательная — с растяжимостью (r=-0,49, p=0,040). В группе здоровых лиц значимых связей степени риска по SCORE с показателями жесткости артерий не выявлено.

Выводы. 1. Риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, оцененный с помощью таблицы SCORE, достоверно выше у больных гипертонической болезнью в сравнении со здоровыми лицами. 2. Модули Петерсона и Юнга, индекс жесткости достоверно больше, а растяжимость — меньше в группе пациентов с гипертонической болезнью. 3. Выявлены значимые положительные корреляционные связи степени риска по SCORE с модулями Петерсона и Юнга, индексом жесткости, а также отрицательная — с растяжимостью.

0516 ОБЩАЯ ВОДА ТЕЛА И РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Мензоров М.В.
Кафедра терапии и профессиональных болезней медицинского факультета Ульяновского государственного университета, Ульяновск, Россия

Цель исследования: Уточнение связи между содержанием общей воды тела и рецидивированием фибрилляции предсердий (ФП) неклапаной этиологии.

Материалы и методы: Обследовано 76 больных (мужчин — 47, женщин — 29, средний возраст 58±8 лет) с рецидивирующей ФП неклапанной этиологии, у которых стратегией лечения был выбран контроль ритма. Всем больным выполнялась фармакологическая кардиоверсия амиодароном, с последующим назначением его в качестве поддерживающей антиаритмической терапии. В зависимости от наличия рецидивов ФП в течение 3 месяцев больных разделяли на 2 группы — с частыми пароксизмами (рецидив ФП в течение 3 месяцев, n=48) и редкими пароксизмами (без рецидива ФП в течение 3 месяцев наблюдения, n=28). Измеряли рост, массу тела, окружность плеча и толщину кожно-жировой складки над бицепсом, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) и окружность мышц плеча. Оценку компонентного состава тела проводили, используя формулу Watson. По результатам расчета общей воды тела, определяли тощую массу тела, жировую массу тела и сухую тощую массу тела. Путем индексирования на м^2 роста рассчитывали индекс общей воды тела, индекс жировой массы тела, индекс тощей массы тела и индекс сухой тощей массы тела.

Результаты: 53 (70 %) больных с рецидивирующей ФП имели избыточный вес тела или ожирение, при этом, жировая масса тела у больных с частыми (1 и более рецидивов в течение 3-х месяцев) и редкими рецидивами ФП не различалась (24,4±10,6 и 30,0±13,8 кг, соотв., p=0,064). Не выявлено статистически достоверной связи между ЖМТ, индексом ЖМТ и длительностью анамнеза ФП (Kendall Tau=-0,19; p=0,08 и Kendall Tau=-0,17; p=0,10, соотв.), количеством пароксизмов ФП (Kendall Tau=-0,12; p=0,23 и Kendall Tau=-0,06; p=0,56, соотв.), а так же их частотой (Kendall Tau=-0,15; p=0,12 и Kendall Tau=-0,10; p=0,30, соотв.).

Обнаружена обратная связь между ОВТ, индексом ОВТ и частотой пароксизмов ФП в месяц (Kendall Tau=-0,23; p=0,02 и Kendall Tau=-0,21; p=0,03, соотв.); между индексом ОВТ и количеством пароксизмов ФП в анамнезе (Kendall Tau=-0,23; p=0,02). Выявлена прямая связь между индексом ОВТ и давностью предшествующего пароксизма ФП (Kendall Tau=0,23; p=0,03). У больных с частыми рецидивами ФП было значительно меньше содержание общей воды тела (36,8±5,2 и 42,7±5,4 кг, соотв., p=0,0009) и индекс общей воды тела (13,6±1,5 и 14,7±1,5 кг/м^2, соотв., p=0,005). Многофакторный регрессионный анализ показал, что содержание общей воды тела независимо от пола и возраста обратно ассоциировано с ранним рецидивированием фибрилляции предсердий (R2=0,24; β=-0,49; p=0,0003).

Заключение: Низкое содержание общей воды в организме ассоциировано с риском раннего рецидива фибрилляции предсердий.

0517 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА EXFORGE У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мехралиев Р.Р.
НИИ Кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования — изучить клиническую эффективность и безопасность применения комбинированного препарата Exforge (5 мг блокатора кальциевых каналов амлодипина бесилата и 160 мг блокатора рецепторов ангиотензина II валсартана фирмы Novartis Farma, Швейцария) у лиц с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ). В 12-ти недельное исследование были включены 20 пациентов с АГ I-II степени обоего пола, средний возраст которых составил 52,3±4,4 года. Критериями исключения из исследования служили: симптоматическая АГ, нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, перенесенные в течение последних 6 месяцев, стенокардия напряжения IV функционального класса, сахарный диабет, печеночная и почечная недостаточность. Клиническое артериальное давление (АД) определяли, как среднее трех измерений АД ртутным сфигмоманометром в положении сидя после 5-ти минутного отдыха спустя 24 ч. после приема препарата. Оценка биохимических показателей включала определение в крови глюкозы натощак, липидного состава (общий холестерин — ХС, триглицериды, ХС липопротеидов низкой плотности и ХС липопротеидов высокой плотности). Указанные лабораторные исследования проводились в исходном состоянии и через 12 недель лечения исследуемым препаратом. Клиническая эффективность оценивалась по динамике общего самочувствия больных, снижения систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), переносимости препарата. Ответившими на терапию считались лица, у которых снижение как САД, так и ДАД составило не менее 10 % от исходного уровня. Больные принимали по 1 табл. Exforge однократно в утренние часы натощак в течение 12 недель. Исходный уровень САД составил 167,2±5,5 мм рт.ст., а ДАД 105,3±2,2 мм рт.ст. Тенденция к снижению АД., в целом за сутки, отмечалась уже на 2-ой неделе лечения. Через 1 месяц антигипертензивной терапии САД составило 148,5±2,3 мм рт.ст., а ДАД — 93,2±1,1 мм рт. ст. соответственно (p<0,001). После 12 недель лечения уровень САД достиг 129,3±3,1 мм рт.ст., а ДАД 82,9±0,6 мм рт.ст. (p<0,001). Статистически значимой динамики биохимических показателей крови на фоне лечения исследуемым препаратом не отмечено. Хорошая переносимость препарата отмечалась в виде повышения физической активности, уменьшения головных болей, улучшения сна. Из исследования вышел один больной, у которого отмечалась пастозность стоп.

Таким образом, комбинированный препарат Exforge в суточной дозе 1 табл. обладает хорошей антигипертензивной эффективностью с достижением целевого уровня АД, характеризуется хорошей переносимостью, метаболической ней-

тральностью и может быть рекомендован для длительного лечения больных с артериальной гипертензией.

0518 МОСКОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПРОГРАММА СКРИНИНГА БОЛЬНЫХ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ — ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Мешков А.Н., Ершова А.И., Малышев П.П., Рожкова Т.А., Кухарчук В.В., Бойцов С.А.
Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ "РКНПК Росмедтехнологий", Москва, Россия

Семейная гиперхолестеринемия (СГХС) — наследственное аутосомно-доминантное нарушение метаболизма липопротеинов, характеризующееся высоким содержанием в плазме крови липопротеинов низкой плотности, наличием сухожильных ксантом и высоким риском раннего развития ИБС. СГХС — одно из немногих генетических заболеваний, которое соответствует всем критериям, одобренным ВОЗ для проведения крупномасштабных скрининговых программ среди населения с целью своевременного выявления заболевания и назначения оптимального лечения.

Цель: проведение скрининга среди населения Западного административного округа (ЗАО) г. Москвы для активного выявления пациентов с СГХС, как категории лиц с очень высоким сердечно-сосудистым риском и создание автоматизированной информационной системы регистрации больных с СГХС.

Материалы и методы: Скрининг пациентов с СГХС был проведен в ЗАО г. Москвы. Основные направления скрининга для выявления пациентов с СГХС: среди пациентов с ГХС направляемых из поликлиник для консультаций в РКНПК; среди лиц, имеющих высокий уровень ХС плазмы крови по данным клинико-биохимической лаборатории ЗАО г. Москвы; каскадный генетический и клинико-биохимический скрининг в семьях пациентов с СГХС.

Результаты: За 6 месяцев реализации программы скрининга обследовано 828 человека — выявлено 408 пациентов с гетерозиготной формой СГХС. Разработан макетный образец программного средства информационной системы регистрации и оценки качества оказания лечебно-профилактических мероприятий у больных с семейной гиперхолестеринемией.

Заключение: Используемые подходы к скринингу больных с СГХС показали свою эффективность в условиях г. Москвы.

0519 ПРОПАНОРМ® В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭПИЗОДОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Миллер О.Н., Лучинский С.А., Старичков С.А., Пономаренко С.В.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

В настоящее время, согласно проведенному мета-анализу (45 рандомизированных КИ) Lafuente-Lafuente et al. Cochrane Database Syst Rev 2007;4: CD005049., препараты IC класса вышли на "первое место" в профилактике пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП). С одной стороны, согласно Российским национальным клиническим рекомендациям ВНОК по лечению пациентов с ХСН (2009) с целью предотвращения эпизодов ФП используются, в основном, препараты III класса. С другой, — более чем 55 % пациентов с явными признаками ХСН имеют нормальную сократительную способность миокарда (ФВ>50 %), и число таких больных неуклонно увеличиваться. До сих пор не решен вопрос о возможности применения ААП IC класса при ФП на фоне ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ).

Цель. Оценка клинической безопасности пропафенона (Пропанорма®) у больных с АГ и ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ, осложненных пароксизмальной или персистирующей форм ФП.

Материал и методы. В исследование включено 97 больных (средний возраст 52,4±7,3 года) с АГ I-III степени, осложненной пароксизмальной или персистирующей ФП, которым кроме традиционной терапии АГ и ХСН (использовались, в том числе β-адреноблокаторы) с целью предотвращения пароксизмов ФП был назначен Пропанорм® в дозе 450 мг/сут. У всех пациентов, включенных в исследование, по данным ЭхоКГ имела место только диастолическая дисфункция ЛЖ (ФВ>50 %). Период наблюдения составил 9 месяцев. Проводились: запись ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ и допплерЭхоКГ, оценивалась толерантность к ФН и дневники пациентов. Период рандомизации составлял от 4 до 6 недель, целью которого явилось достижение целевых уровней АД и стабилизация или уменьшение ФК ХСН.

Результаты. На фоне проводимой терапии АГ все больные достигли целевого уровня АД. У 57 пациентов (58,8 %) изменился ФК ХСН на более низкий, а у 40 больных (41,2 %) произошло улучшение клинического течения ХСН в пределах того же ФК. По данным ЭхоКГ отмечена тенденция к уменьшению КДР ($p>0,05$), КСР ($p>0,05$), к 9-му месяцу увеличение ФВ (на 4,8 %) ($p>0,05$), уменьшение толщины МЖП ($p>0,05$), и ЗСЛЖ ($p>0,05$), передне-заднего размера ЛП ($p>0,05$), улучшение показателей диастолической функции ЛЖ ($p>0,05$), уменьшение фракции предсердного наполнения ($p<0,05$). У 81 пациента (83,5 %) доза β-адреноблокаторов была снижена в связи с достижением целевых уровней АД, стабилизации и/или уменьшения ФК ХСН. В течение 9 месяцев отсутствовали приступы тахиаритмии у 43 пациентов (44,3 %). При анализе дневников пациентов через 9 месяцев достоверно снизилось количество пароксизмов ФП с 5,1±1,3 до 1,3±0,8 ($p<0,01$), а также суммарной длительности в среднем со 181,3 мин до 78,4 ($p<0,01$) к 6-му месяцу и до 35,1 мин ($p<0,001$) к 9-му месяцу, но отмечено увеличение количества бессимптомных пароксизмов ФП на 35,5 % (по результатам ХМ ЭКГ).

Выводы. У больных АГ и ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ применение Пропанорма® не ухудшает показателей гемодинамики, предупреждает пароксизмы ФП у 44,3 % пациентов, у 72,3 % приводит к уменьшению частоты эпизодов тахиаритмии на 76,2 %, их суммарной продолжительности на 80,5 %. При ФВ более 50 %, ААП IC класса Пропанорм® может быть использован с целью предотвращения эпизодов ФП, а при необходимости, в сочетании с β-адреноблокаторами, поскольку таковой показывает не только высокую антиаритмическую эффективность, но и безопасность у пациентов с ХСН и сохраненной систолической функцией левого желудочка.

0520 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Милованова Е.В., Урванцева И.А., Улитин А.О.
Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Проанализировать эффективность оперативного лечения ишемической болезни сердца у мужчин в условиях Севера в зависимости от степени поражения коронарного русла, техники и методики операций.

Методы исследования. В исследование включены мужчины с диагнозом ИБС, пролеченные в кардиохирургическом отделении в течение 2 лет. В 460 случаях выполнено коронар-

ное шунтирование (КШ), в 181 — чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Выписаны без операции для продолжения медикаментозной терапии (МТ) 162 пациента. В процессе работы была создана база данных из 119 признаков. Отдаленные результаты (через 3 года после операции) изучены по амбулаторным картам поликлиники, материалам кабинета диспансеризации.

Полученные результаты. При однососудистом поражении по отсутствию симптомов лучшими оказались результаты после КШ — 59,3 % больных и ЧКВ — 41,4 %; в группе МТ бессимптомных больных лишь 22,9 %, p=0,0009. Стенокардия 2-4 ФК в отдаленном периоде чаще наблюдалась в группе МТ — у 54,3 % пациентов, после ЧКВ — у 33,3 %, после КШ — у 24,7 % больных (p=0,008). При двухсосудистом поражении по отсутствию симптомов нет достоверного различия между тремя стратегиями (p=0,2). Нет значимого различия и по возврату стенокардии (p=0,2). Лишь по наличию тяжелой стенокардии имеется значимое различие между группами (p=0,03): 29,4 % больных группы МТ, 22,4 % группы ЧКВ и 10,7 % группы КШ. Повторной реваскуляризации подверглись 22,4 % больных из группы ЧКВ, это значительно больше, чем в группе КШ — 1,7 %: различие между группами значимо (p<0,0001). При трехсосудистом поражении по отсутствию симптомов отмечено значительное преимущество инвазивных стратегий, в первую очередь КШ: 56,8 % пациентов, после ЧКВ — 30 % и в группе МТ — 11,8 % (p<0,0001). Стенокардия 2-4 ФК значительно чаще наблюдалась среди больных, получающих МТ — 76,5 %, чем среди больных, перенесших ЧКВ — 40 % и КШ — 27,1 % пациентов (p<0,0001). Повторную реваскуляризацию перенесли 20,0 % больных из группы ЧКВ, это значительно больше, чем в группе КШ — 5,9 % (p<0,001). В целом через 3 года после инвазивного лечения сохраняют трудоспособность меньшее число больных с многососудистым поражением коронарных артерий по сравнению с больными, имеющими одно- и двухсосудистое поражение: 48,8 % против 59,1 % и 52,2 %, соответственно.

При любой степени поражения коронарных артерий не выявлено влияния какой-либо стратегии на выживаемость больных в течение 3 лет, а также на вероятность развития инфаркта миокарда в отдаленном периоде.

Выводы. Инвазивное лечение ишемической болезни сердца эффективно устраняет симптомы заболевания; результат более выражен при поражении 1 или 3 коронарных артерий. Инвазивные стратегии позволяют сохранить трудоспособность больных в отдаленном периоде после вмешательства, особенно у больных с поражением 1 или 2 коронарных артерий.

0521 ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Милютина О.В., Чичерина Е.Н., Гришина И.В., Бетехтина С.Н.
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Росздрава, Киров, Россия

Цель работы: изучить влияние лизиноприла на процессы ремоделирования миокарда у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. 16 пациентов с АГ I-II стадии в сочетании с ХОБЛ I-II стадий (GOLD, 2006) в фазе ремиссии получали с целью снижения АД лизиноприл в дозе 2,5 до 20 мг/сут течение 3 месяцев. Средние цифры АД до лечения составляли 164,38±6,48/89,37±7,76 мм рт.ст. Возраст больных 37-69 лет. Всем проводилось ЭХО-КС на аппарате En VISOR PHILLIPS до начала лечения и через 3 месяца терапии лизиноприлом. Измеряли толщину МЖП, толщину задней стенки ЛЖ в диастолу, определяли конечный диастолический размер ЛЖ, ФВ. Диастолическую функцию левого желудочка оценивали в режиме импульсной допплерографии по методике L. Hatle, B.Angelsen.

Полученные результаты. По данным Эхо-КС выявлена концентрическая гипертрофия ЛЖ у 5 человек (32 %), концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ — у 7 (44 %) пациентов и у 4 (25 %) лиц наблюдалась эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. У 6 пациентов (38 %) было выявлено нарушение диастолической функции ЛЖ. На фоне приема лизиноприла средние цифры АД составили — 135,6±6,3/82,4±4,1 мм рт.ст. (p<0,05), достоверно уменьшились размер ЛЖ (p=0,038), ММЛЖ (p=0,046), уменьшилась толщина стенки ПЖ (p=0,001).Отмечалось улучшение показателей систолической функции ЛЖ, чему могло способствовать улучшение диастолической функции ЛЖ в процессе терапии.

Вывод: терапия лизиноприлом эффективно нормализует АД у больных артериальной гипертонией в сочетании с ХОБЛ, оказывает положительное влияние на геометрию левого желудочка, уменьшает ММЛЖ, улучшает диастолическую функцию левого желудочка, тем самым снижает риск сердечно-сосудистых осложнений.

0522 ЭФФЕКТИВНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Минаков Э.В., Кудашова Е.А.
ГОУ ВПО Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н.Бурденко Росздрава, Воронеж, Россия

Цель исследования: повышение эффективности терапии пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР).

Методы исследования: обследовано 17 пациентов (12 женщин, 5 мужчин), страдающих стабильной стенокардией напряжения (II — III ФК). Для оценки динамики качества жизни (КЖ) пациентов использовали общий опросник MOS SF-36; для диагностики ТДР и определения преобладающего клинического компонента: тревожного или депрессивного (с целью назначения рациональной психофармакотерапии) больным ИБС проводилось стандартное электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование 10/20 на ЭЭГ-комплексе “МБН 20” (Москва) с анализом распределения альфа-активности (оценкой амплитуды, частоты и локализации зон представительства альфа-ритма). Дополнительно к оптимально подобранной базисной терапии ИБС пациентам с преобладающим тревожным компонентом в структуре ТДР назначался афобазол (30 мг/сут. в течение 4 недель), пациентам с преобладающим депрессивным компонентом в структуре ТДР назначался пиразидол (50-150 мг/сут. в течение 4 недель).

Результаты: среди пациентов с ИБС больные с ТДР по данным ЭЭГ составили 59 % (10 пациентов), из них: в 70 % случаев (7 пациентов) выявлено преобладание тревожного компонента в структуре ТДР, в 30 % (3 пациента) — преобладание депрессивного компонента. Исходно КЖ больных ИБС с ТДР было достоверно хуже, чем у пациентов с ИБС без ТДР. У больных с ТДР в группах применения психотропных средств по показаниям в точке 4 недель отмечалось достоверное улучшение КЖ по сравнению с исходными значениями, как итогового показателя КЖ, так и по шкалам физического функционирования, жизненной активности и психического здоровья. Улучшение показателей КЖ пациентов, вероятно, связано с эффективной коррекцией симптоматики ТДР, что подтверждается данными ЭЭГ после применения психотропных средств (нормальное представительство альфа-ритма). Нежелательных явлений, послуживших причиной преждевременного прекращения терапии, не отмечалось.

Выводы: 1. ТДР были выявлены у 59 % больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения (II — III ФК); среди пациентов с указанной коморбидной патологией преобладание тревожного компонента в структуре ТДР выявлено в 70 % случаев, преобладание депрессивного компонента — в 30 %

случаев. 2. КЖ пациентов с ИБС при наличии ТДР достоверно хуже, чем у больных с ИБС без ТДР. 3. Улучшение КЖ пациентов в группах применения психотропных средств по показаниям позволяет рекомендовать включение афобазола в случае преобладания тревожного компонента в структуре ТДР и пиразидола — в случае преобладания депрессивного компонента — в комплексную схему лечения больных ИБС и коморбидными ТДР.

0523 ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Минушкина Л.О., Горшкова Е.С., Манхаева Б.Б.**, Савельева Е.Г.**, Кочкина М.С., Бровкин А.Н. *, Никитин А.Г.*, Затейщикова А.А.**, Носиков В.В.*, Затейщиков Д.А.
ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ, Москва, Россия; ФГУП "ГосНИИ генетика"*, Москва, Россия; Городская клиническая больница № 51**, Москва, Россия

Целью исследования было проанализировать возможную ассоциацию эффективности бетаксолола у больных гипертонической болезнью (ГБ) и мерцательной аритмией (МА) с генотипами генов, кодирующих бета-адренорецепторы и ферменты системы цитохрома Р450.

Материал и методы исследования. Обследован 81 больной ГБ (35 мужчин и 46 женщин), средний возраст составил 52,2±1,22 года, Терапия бетаксололом в дозе 10 мг/сут проводилась в течении 28 дней. Исходно и на 28 день терапии проводилось измерение артериального давления, суточное мониторирование АД и выполнялся нагрузочный тест. При изучении эффективности бетаксолола у больных МА обследовано 55 больных (31 мужчина и 24 женщины), средний возраст — 67,9±1,34 лет. Бетаксолол назначался в дозе 10 мг в сутки в течение не менее 5 дней. Определение аллелей и генотипов полиморфных маркеров Ser49Gly в гене ADRB1, T (-47) C гена ADRB2, Trp64Arg гена ADRB3, Ile462Val гена CYP1A1, A (-163) C гена CYP1A2 и Pro34Ser гена CYP2D6 проводилось с помощью полимеразной цепной реакции.

Результаты. При лечении ГБ и МА антигипертензивная эффективность бетаксолола и его отрицательный хронотропный эффект также отличается значимой вариабельностью. У больных ГБ с хорошей реакцией на бетаксолол достоверно выше оказалась частота аллеля Pro полиморфного маркера Pro34Ser гена CYP2D6 (OR [95 %CI] 4.76[1,17-19.29], p=0,034, генотипа TT полиморфного маркера C (-47) T гена ADRB2 (OR [95 %CI] 3.56[1,08-14.01], p=0,047), генотипа CC полиморфного маркера A (-163) C в гене CYP1A2 (OR [95 %CI] 3.60[1.14-11.36], p=0,021. При многофакторном анализе достоверно связанными с влиянием бетаксолола на ЧСС оказались, исходная ЧСС и генотип CC полиморфного маркера A (-163) C в гене CYP1A2.

В группе больных с МА у больных с хорошей реакцией на терапию бетаксололом достоверно выше оказалась частота генотипа CC полиморфного маркера A (-163) C гена CYP1A2 (OR [95 %CI] 8,67[1.37-54,81], p=0,027). При анализе клинических факторов на эффективность бетаксолола влияли исходная ЧСС и курение. Независимая ассоциация с эффективностью бетаксолола была выявлена для исходной ЧСС (OR [95 %CI] 1,04 [1,01-1,08], p=0,001) и генотипа CC полиморфного маркера A (-163) C гена CYP1A2 (OR [95 %CI] 4,08[1.29-7,62], p=0,02). Ассоциация курения с эффективностью бетаксолола возможно опосредуется влиянием никотина как индуктора гена CYP1A2.

Таким образом, при ГБ и МА показана ассоциация эффективности бетаксолола с носительством генотипа CC полиморфного маркера A (-163) C гена CYP1A2. Высокая эффективность бетаксолола у этих больных может быть связана со снижением скорости метаболизма препарата.

0524 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК МЕТОД НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ КАРДИОДИАГНОСТИКИ

Миронова Т.Ф., Миронов В.А., Шамуров Ю.С., Барыкова Т.С., Торопова О.А., Сафронова Э.А., Миронов М.В., Уточкина И.М., Саночкина Е.В.
ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, Областная клиническая больница, Челябинск, Россия

Представляются результаты 18-летнего использования в кардиологической практике инновационного метода ритмокардиографии (РКГ) на диагностическом комплексе КАП-РК-01-"Микор" высокого разрешения (дискретизация ЭКС и хранение в памяти компьютера -1000 Гц) с анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР) для оценки периферической вегетативной регуляции пейсмекерной активности синоатриального узла сердца (СУ). РКГ апробирована в 9 ЛПУ Уральского региона. База данных -более 55 тысяч РКГ-обследований пациентов с различными формами кардиоваскулярной патологии. Физиологической основой РКГ является оценка автономной симпатической, парасимпатической и гуморально-метаболической регуляции СУ по статистической и спектральной характеристике трех видов флуктуаций ВСР определенных частоты и периодичности. Они формируются в соответствии с различиями скорости проведения импульсов по симпатическим и парасимпатическим волокнам и в зависимости от колебаний состава тканевых биосред, влияющих на потенциалы пейсмекерных клеток СУ. РКГ данные сопоставлялись со здоровым контролем и результатами других исследований- ЭКГ с ВЭМ, суточное ЭКГ и АД- мониторирование, ЭхоКГ, лабораторные методы и др. Результаты статобработки материалов и сопоставлений анализа СР с клиникой и параклиникой болезней с достаточной степенью достоверности ($p<0,05$- 0,001) позволили выделить РКГ комплексы, характерные для различных форм кардиоваскулярной патологии:1. для каждой из 5 форм ИБС (3288 больных, 5-9 лет наблюдений) с оценкой функциональных классов стабильной и нестабильной стенокардии, определением фиксированного и вариабельного порогов ишемии, вазоспастической и безболевой стенокардии, функциональных классов сердечной недостаточности, предикторов острого коронарного синдрома и ИМ, жизнеопасных аритмий, рисков летального исхода. Найден РКГ-синдром стенокардии; 2. для эссенциальной и симптоматической ГБ, с оценкой стадии болезни, эффективно и неэффективно лечёной АГ; 3. для большинства клинических форм кардиоаритмий с определением фона автономной дисрегуляции СУ, гемодинамической значимости каждого аритмического эпизода. Найдены РКГ-симптомы дифференциальной диагностики дисфункции и синдрома слабости синоатриального узла сердца (270 и 92 случая). Доказана возможность выбора антиаритмической терапии с помощью РКГ; 4. для полиэтиологичной автономной кардионейропатии, обусловленной структурными нарушениями в СУ. Доказана возможность исследования периферических вегетативных эффектов кардиологической группы лекарств — селективных и неселективных β-адреноблокаторов, блокаторов ангиотензиновых рецепторов, нитратов, антагонистов кальция, а также для выявления побочного действия лекарств по широкому спектру неблагоприятных эффектов, индивидуального выбора рациональной фармакотерапии на основе оценки периферической вегетативной динамики. По каждому из фрагментов выполнены 18 диссертационных исследований. Они подробно представлены в 5 монографиях и 324 публикациях. Таким образом, РКГ высокого разрешения с корректным компьютерным анализом ВСР является информативным и перспективным методом диагностики и лечения в кардиологии и кардиохирургии.

0525 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЕРДЦА

Миронова Т.Ф., Миронов В.А., Антюфьев В.Ф.
ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, Челябинск, Россия

Исследовалась автономная регуляция синоатриального узла сердца (СУ) с помощью анализа вариабельности сердеч-

ного ритма (ВСР) при дисфункции СУ ишемического генеза. Для настоящего сообщения отобраны 362 больных (б-х) ИБС с ДФСУ и СССУ (270 и 92 б-х). Помимо стандартных методов (ЭКГ с ВЭМ, ЭхоКГ, ХМ, СМАД, ЭФИ, КАГ в 137 случаях) применялась ритмокардиография (РКГ) на КАП-РК-01-"Микор" высокого разрешения с временным и спектральным непараметрическим анализом с быстрым преобразованием Фурье. Синхронно с ритмокардиограммой (Ркг) регистрировалась ЭКГ в позе лежа (Ph) и в 4 пробах — Вальсальвы (Vm), Ашнера (рА), ортостатической (Аор) и нагрузочной PWC120, стимулирующих вагусную, гуморальную и симпатическую регуляцию в СУ. Выделялись средние значения показателей ВСР по Российским рекомендациям (2002): средний RR-интервал, среднеквадратические дисперсии ВСР — SDNN, гуморальных волн очень большого — σl, симпатических среднего периодов- σm, и коротких парасимпатических — σs, а также их спектральные доли для оценки соотношения регулирующих влияний в СУ -VLF%, LF% и HF%. Компьютерная обработка проводилась по программе "Stat", непараметрическим методом Спирмена с пакетом SPSS 12.0. Было проведено РКГ-исследование у б-х с ДФСУ и СССУ 2 степени 1 и 2 типа. Найдены дифференцированные ВСР-симптомы ДФСУ и СССУ. Для ДФСУ характерны: увеличенный RR, в Vm и рА повышенная реакция на стимулы, увеличение RR и числа эпизодов аритмий (у 263 всех б-х), снижение частоты аритмий при симпатических стимулах в Аор и в PWC120 — у 243 б-х, снижение уровня Ркг и исчезновение аритмических эпизодов в атропиновой пробе. При СССУ РКГ-особенностями были: меньшая, чем при ДФСУ, зависимость аритмии от вегетативного тонуса. У 82 б-х СССУ в пробах часто изменялась форма кардиоаритмии. К примеру, экстрасистолия переходила в аллоритмию или фибрилляцию предсердий (у 58 б-х). СССУ чаще, чем ДФСУ (у 74 и 38 б-х, при $p<0,01$), сопровождалась автономной кардионейропатией (АКН), со стабилизацией ритма, снижением или отсутствием реакций на стимулы. При СССУ в атропиновой пробе снижались значения RR, σs, HF%, но аритмии никогда не исчезали полностью, хотя могли стать реже (у 72 б-х). СССУ чаще, чем ДФСУ, сопровождался ЭКГ-симптомами миграции водителя ритма по предсердиям в виде изменений з.Р, альтернации з.R (у 92 и 132 пациентов с СССУ и ДФСУ, при $p<0,001$). Структура ВСР у больных с ДФСУ была более сохранна, нежели при СССУ. У 74(80 %) б-х СССУ сопровождался АКН. Все показатели ВСР у них в 2-5 раз были ниже, чем при ДФСУ, и ниже нормы ($t=8,23-18,4$ и $p<0,01-0,001$) с высокой достоверностью. Гистоморфологические исследования материалов 2-х умерших б-х с АКН при жизни, выявили признаки структурных нарушений пейсмекерных клеток в СУ, что предполагает, что АКН обусловлена не только периферической вегетативной денервацией СУ, но также морфологическими изменениями в пейсмекерных клетках СУ. Таким образом, ДФСУ и СССУ у б-х с ИБС облигатно сопровождаются периферической вегетативной разновариантной дизрегуляцией пейсмекерной активности в СУ с ВСР-особенностями для каждой из форм. РКГ высокого разрешения информативна для дополнительной дифференциальной диагностики нарушений функций СУ.

0526 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Миронова Т.Ф., Миронов В.А.,. Уточкина И.М, Сафронова Э.А., Барыкова Т.С.
ГОУ ВПО "ЧелГМА Росздрава", Челябинск, Россия

Для оценки периферической вегетативной регуляции пейсмекерной активности синусового узла сердца (СУ) изучалась вариабельность сердечного ритма (ВСР) при клинических вариантах ИБС. Исследование проводилось на КАП-РК-01-"Микор" высокого разрешения (регистрация и хранение ЭКС в 1000 Гц) для ритмокардиографии (РКГ). Использовались 4 нагрузочные пробы симпатической и парасимпатической направленности. Синхронно с РКГ записывалась ЭКГ. Выделялись статистические показатели симпато-парасимпатической и гуморальной регуляции в СУ- SDNN,σs, σm, σl и их спектральные аналоги -HF%, LF%, VLF%. Отобраны 3173 пациента — 278 с ИБС и стенокардией 1-4 ФК (СТ), 518 с сердечной недостаточностью 1-3 ФК (СН), 971 с ишемическими кардиоаритмиями (КА) и с сочетанными формами ИБС — 1406 больных. РКГ-данные сопоставлялись с контролем, результатами стандартных исследований, и между подгруппами. Найдены ВСР-особенности дизрегуляций СУ при каждой из форм ИБС. Представленные результаты достоверны при обработке по программе Stat, корреляционному анализу по Спирмену в SPSS 12.0 между ВСР и стандартными данными. Выделены общие для ИБС ВСР-симптомы ($t=8,04-23,83$; $p<0.01-0.001$): снижение всех волн ВСР вплоть до автономной кардионейропатии (АКН) со стабилизацией ритма, спектральное снижение симпато-парасимпатического влияния (LF%, HF%) в СУ и увеличение доли гуморального (VLF%), медленного, неадекватного и недостаточного. Реагирование в пробах было снижено или отсутствовало. Электронное микроскопирование СУ у умерших пациентов с АКН при жизни показало структурные нарушения в пейсмекерных клетках. При СТ найден РКГ-симптом ишемического эпизода в виде выраженной стабилизации ВСР, которая коррелировала с ST-депрессией, функциональными классами, порогом ишемии, реагировала на нитраты. РКГ-предикторами острого коронарного синдрома (ОКС) были: увеличение частоты и длительности участков стабилизации, ареагентность в пробах, снижение ишемического порога, изменение его на варибельный. Эти симптомы при ОКСПST были более выражены, чем при ОКСБПST. СН отличалась прогрессирующей стабилизацией ВСР, коррелирующей с ФВ, ЭхоКГсимптомами диастолической и систолической дисфункции. При ИМ острого периода найдены дифференцированные ВСР-признаки ИМ передней и задней локализаций, а также высокого риска смерти. У больных с КА найдены ВСР-симптомы связи с ишемическим процессом, гемодинамической значимостью каждого КА-эпизода и для диагностики аритмогенного автономного фона в каждом случае. Итоги изучения β-адреноблокаторов и нитратов позволяют считать, что анализ ВСР способен выявить периферическую вегетативную фармакодинамику кардиологических препаратов, их неблагоприятные эффекты, индивидуально титровать дозу и контролировать лечение. РКГ-исследование перед интервенционным вмешательством полезно для оценки кардиоваскулярного риска до и после операции, а также для жизнеспособности миокарда. Таким образом, РКГ высокого разрешения при корректном программном обеспечении позволяет определить дизрегуляции пейсмекерной активности СУ, являющиеся облигатным звеном хронического ишемического процесса. Их оценка является обязательной и перспективной для дальнейшего совершенствования диагностики в кардиологии и кардиохирургии.

0527 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА

Миронов В.А., Миронова Т.Ф., Тюрин А.Ю., Миронов М.В., Сафронова Э.А.
ГОУ ВПО ЧелГМА, Областная клиническая больница, Челябинск, Россия

Для оценки периферической автономной регуляции пейсмекерной активности синоатриального узла сердца (СУ) при остром коронарном синдроме (ОКС) изучалась вариабельность сердечного ритма (ВСР) на диагностическом комплексе КАП-РК-01-"Микор" высокого разрешения у 96 пациентов, поступивших по поводу ОКС в отделение ОРИТ. ВСР при ОКС с подъёмом и без элевации ST — ОКСПST (53 больных) и ОКСБПST (43 больных) изучалась в первые сутки поступления до приёма лекарств, в покое и в пробах. РКГ-показатели соответствовали Российским рекомендациям для анализа ВСР (2002). Данные временного и спектрального анализа ВСР различались ($p<0,01-0,001$) при ОКСБПST и ОКСПST. При ОКСПST во всех позициях были короче RR-интервалы,

ниже вдвое амплитуда волн ВСР — SDNN, и в 3 раза вагусные показатели σs, в 1,5 раза ниже амплитуда симпатических и гуморальных волн — σm и σl, в сравнении с гр. ОКСБПST. Спектральный анализ соотношения гуморального (VLF%), симпатического (LF%) и парасимпатического (HF%) влияний в СУ, показал переход регуляции у всех больных на гуморальный уровень, медленный, неадекватный и недостаточный. Доля VLF% повысилась за счёт снижения LF% и HF%.У всех больных был патологический паттерн реагирования на пробы, но при ОКСПST в наихудшем варианте. Чёткой границы между ОКС и ИМ нет. Морфологический субстрат ОКС и ИМ один и тот же — тромбоз над нестабильной атеросклеротической бляшкой. При неуспешном лечении ОКС может завершиться острым некрозом (ИМ). На ритмокардиограммах (Ркг) эпизоды ишемии совпадали с участками выраженной стабилизации ритма, на которых RR-интервалы отличалась не более, чем на 4,2±1,2 мсек. В момент ишемии из-за вазоконстрикции над бляшкой коронарная окклюзия возрастает. Перфузия в СУ нарушается и часть Р-клеток становится невозбудимыми, гибернированными. Этому соответствовала стабилизация ритма в момент ишемии. Найдено, что Ркг-предиктором ОКС является увеличение частоты и длительности ВСР-стабилизации с вариабельным порогом ишемии, ареактивностью на стимулы и фармакотерапию (41пациент). В 43 случаях с ОКСБПST ИМ не развился. У 53 больных с ОКСПST сформировался Q-ИМ, из них 8 умерли. При жизни случаи сопровождались автономной кардионейропатией (АКН) со стабилизацией ритма. Электронная микроскопия СУ у 2-х из них показала структурные нарушения в Р-клетках. ST депрессия, или другие изменения без элевации ST соответствуют субэндокардиальной ишемии с поражением тканей сердца с внутренней стороны, где кровь компремирует стенки полостей. Подъёму же ST соответствует субэпикардиальная ишемия, распространяющаяся на все слои — эндо-, мио- и эпикард. ОКСБПST и ОКСПST и на Ркг оно сопровождались дисрегуляцией в СУ. Отличия же между ними были в разной выраженности нарушений ВСР. При нестабильной коронарной гемодинамике распознавание ОКС важно для выбора инвазивного или неинвазивного вмешательства. Поэтому дополнительная РКГ-диагностика вполне оправдана. Таким образом, по результатам РКГ в патогенезе и клинике ОКС облигатно участвуют периферические вегетативные нарушения пейсмекерной активности СУ. Выраженность, особенности и динамика разновариантных дисрегуляций в СУ клинически значимы для дополнительной диагностики ОКС.

0528 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ

Миронова Т.Ф., Миронов В.А., Миронов М.В.
ГОУ ВПО "ЧелГМА Росздрава", Челябинск, Россия

Представляется 18-летний опыт применения в кардиологии метода ритмокардиографии (РКГ) с временным и спектральным анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР). Применялся диагностический комплекс"Микор"высокого разрешения для ана-лиза ВСР. ВСР записывалась в позе лежа, в пробах парасимпатической Вальсальвы (Vm), Ашнера (рА), симпатической ортостатической (Аор), с нагрузкой (PWC120). При стимуляции оценивались: максимальная реакция (ΔRR), время ее достижения (tAB), и восстановления (tr). В каждой позиции регистрировались300 интевалов. При анализе ВСР выделялись: средний интервал-RR, среднеквадратические дисперсии волн ВСР (SDNN), гуморальных, симпатических и парасимпатических колебаний — σl, σm, σs. В частотном анализе с быстрым преобразованием Фурье определялось спектральное соотношение трех факторов в синусовом узле (СУ) — VLF% (0,003- 0,04 Гц), LF%(0,04-0,15Гц), HF% (0,15-0,4 Гц). Для оценки сердечных аритмий (СА) и соотношения их клинических вариантов в 10 %-й выборке была проанализирована ВСР у 964 пациентов с различной кардиоваскулярными болезнями (КВБ) и у 362 с дисфункциями СУ. Распространенность СА при КВБ составила 691 случай. Желудочковые и предсердные экстрасистолы встречались в 75,4 и 24,6 %. В 44,4 % они были сочетанными.СА, связанные с первичной сердечно-сосудистой патологией были у 446 (64,5 %) пациентов. У 245 (35,5 %) больных СА сочетались с экстракардиальной патологией. По ряду РКГ-симптомов найдена связь СА с первичным патоморфологическим субстратом в сердце — наличием дополнительных проводящих путей (23 чел.), активных эктопических очагов (668 чел.), дисфункции СУ (ДФСУ) и др. Эктопия обычно была на фоне нарушений ВСР, часто — ее стабилизации и снижения реакций на пробы. Она была зависима от преобладания одного из факторов регуляции СУ, в определённых пробах СА достоверно были чаще, реже или исчезали. Анализ РКГ позволял определить связь СА с поражением сосудов, миокарда или с ДФСУ. При ИБС были снижены SDNN, σs, σm, ΔRR в пробах, участки выраженной стабилизации СР совпадали с ST депрессией и клиническими симптомами стенокардии. Связь СА с поражением миокарда проявлялась увеличением tAB и tr в Аор и PWC, активацией СА в Vm, рА. ДФСУ у 270 больных была в виде сверхкомпенсаторных пауз после экстрасистол и периодики Венкебаха с постепенным снижением декремента увеличенных интервалов на фоне высоких значений RR, и низких- σRR,σs,σm,σs%,σm%. В пробе с атропином исчезновение эпизодов блокады свидетельствовало о ДФСУ, а сохранность — о СССУ (92 больных). СССУ в 74 (80 %) случаях была на фоне автономной кардионейропатии (АКН) со стабилизацией ритма и отсутствием реакций на стимулы. Электрическая нестабильность миокарда на Ркг проявлялась желудочковыми экстрасистолами с удлиненной сверхкомпенсаторной паузой на фоне симпатической волны. Вазовагальные синкопы с обратно пропорциональным соотношением величин АД и RR- интервалов — повышением RR на фоне снижения АД и σm перед пароксизмом. С помощью РКГ определима гемодинамическая значимость каждого эпизода СА по изменению ВСР, что при стандартных методах сложно сделать. Представленные данные достоверны, метод РКГ имеет достаточные специфичность (66,4-71,5 %) и чувствительность (71,2-77,1) в сравнении с референсными исследованиями. Таким образом, РКГ высокого разрешения является информативным методом диагностики в аритмологии и имеет преимущества при определении аритмогенного фона и гемодинамической значимости СА.

0529 КЛЮЧЕВЫЕ БЕЛКИ ОБРАТНОГО ТРАНСПОРТА ХОЛЕСТЕРИНА И АТЕРОСКЛЕРОЗ

Мирошникова В.В.[1], Демина Е.П.[1], Родыгина Т.И.[1], Курьянов П.С.[2], Вавилов В.Н.[2], Уразгильдеева С.А.[4], Гуревич В.С.[4], Виноградов А.Г.[3], Денисенко А.Д.[3], Шварцман А.Л.[1]
Петербургскийинститутядернойфизикиим. Б.П. Константинова РАН[1], Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. академика И.П.Павлова[2], Санкт-Петербург, Россия; Институт экспериментальной медицины СЗО РАМН[3], Санкт-Петербург, Россия; Центр атеросклероза и нарушений липидного обмена Клинической больницы № 122[4], Санкт-Петербург, Россия

Обратный транспорт холестерина (ОТХ) — это процесс элиминации холестерина из периферических тканей и его последующей транспортировки в печень. Ключевыми белками ОТХ являются апопротеин А-1, транспортеры ABCA1 и ABCG1. Генетические аномалии этих белков приводят к нарушениям липидного обмена и развитию атеросклероза. Мы предположили, что уровень экспрессии генов APOA1, ABCA1 и ABCG1 является фактором, определяющим развитие атеросклероза.

Для исследования ассоциации уровня экспрессии генов ABCA1 и ABCG1 с развитием атеросклероза были созданы банки кДНК макрофагов: 1) 15 пациентов с атеросклерозом, подтверждённым при ангиографическом исследовании; 2) 10 лиц без сердечно-сосудистой патоло-

гии. Уровни мРНК генов ABCA1 и ABCG1 измеряли методом ПЦР в реальном времени. Уровень мРНК ABCA1 в макрофагах больных атеросклерозом оказался выше, чем в контрольной группе (1,32±0,11 и 0,90±0,16, соответственно p=0,014). В то же время выявлена тенденция к снижению уровня мРНК гена ABCG1 в макрофагах пациентов по сравнению с контрольной группой: средние уровни мРНК гена ABCG1 составили 0,87±0,66 и 1,26±0,55, соответственно, (p=0,076). Также обнаружена положительная корреляция между уровнем мРНК гена ABCG1 в макрофагах и уровнем холестерина ЛПВП (R>0,65, p<0,02).

Также нами были изучены генетические вариации в регуляторной области гена APOA1. Частоты полиморфных вариантов (-75) G/A и 83C/T были определены методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом: 1) в группе пациентов с атеросклерозом (177 человек); 2) в контрольной группе (229 человек). Различий в частотах вариантов (-75) G/A гена APOA1 между группой пациентов и контрольной группой выявлено не было. В то же время частота аллеля 83T гена APOA1 в группе пациентов с атеросклерозом была ниже по сравнению с контрольной группой (0,025 и 0,065, соответственно) (p=0,005). Таким образом, носительство аллеля 83T гена APO A1 ассоциировано со снижением риска развития атеросклероза (RR ((TT+CT) vsCC)=0,39).

Исследование поддержано грантами РФФИ № 06-04-49609 и № 10-04-01151.

0530 УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ РАЗМЕЩЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕРАБОТКЕ МЕДНО-СУЛЬФИДНЫХ РУД

Михайлов С.Н., Михайлов А.Н.
ГОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава", Оренбург, Россия

Неблагоприятная экологическая обстановка является одной из главных причин того неблагополучия, которое сложилось в области охраны здоровья детей и проявляется в увеличении показателей заболеваемости, в том числе увеличением патологии сердца у детей, проживающих в промышленных городах и подверженных влиянию химических факторов производственной среды. По данным Б.А. Ревич (1986) элементный состав биосред отражает содержание элементов в организме.

Оценка содержания кальция в ротовой жидкости у детей с патологией сердца, проживающих на территории размещения медеплавильного предприятия является целью данного исследования.

Объектом исследования были дети (мальчики и девочки в возрасте 4-6 лет) с пороком сердца, проживающие в районе размещения медеплавильного предприятия (МПП), на расстоянии 5 и 7 км от него (n=8). Исследование Ca в ротовой жидкости определялось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой (МС-ИСП) на квадрупольном масс-спектрометре Elan 9000 (Perkin Elmer, США). Исследование проведено в АНО "Центр Биотической Медицины" (г.Москва) № ГСЭН.RU.ЦОА.311. Группу сравнения составляли здоровые дети, проживающие в сельской местности (n=2).

В результате исследования установлено, что содержание Ca у детей с патологией сердца, проживающих в районе размещения МПП, на расстоянии 5 и 7 км от предприятия, по сравнению с показателями группы сравнения, снижено в 9,8 раза (12,5мкг/г), в 15,4 раза (8 мкг/г) и в 1,8 раза (70 мкг/г). Снижение содержания кальция связано с выбросами МПП. Выявлено, что концентрация пыли в воздухе в районе размещения МПП, на расстоянии 5 км от него, выше ПДК в 2,3 раза (1,14±0,04 мг/м^3) и в 1,8 раза (0,9±0,03 мг/м^3). Содержание Ca в ротовой жидкости у детей группы сравнения составил 123 мкг/г. Выбрасываемая в воздух пыль содержит тяжелые и редкие металлы и их соединения, которые накапливаются в организме. Накопление металлов в организме приводит к нарушению их баланса. При поступлении в организм нескольких химических элементов возникает взаимодействие между самими элементами. В исследованиях М.А. Казимова, А.В. Рощина (1992) установлено, что элементы одной группы или соседних групп могут конкурировать друг с другом. В основе конкуренции элементов в организме лежит изоморфизм. По данным В.И. Климова (1991) отмечается увеличение содержания стронция, свинца в организме детей, проживающих в районе расположения МПП. Замещение кальция другим элементом, например стронцием или свинцом, возможно, способствует выведению кальция из организма и нарушению сократительной функции сердца.

Таким образом, снижение содержания кальция в ротовой жидкости, а, следовательно, в организме у детей с патологией сердца, проживающих на территории размещения МПП связано с накоплением и дисбалансом элементов, замещением одного элемента другим, в основе которого лежит изоморфизм.

0531 МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Молчанова А.А., Ефремушкин Г.Г.
ГОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет" Росздрава, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить особенности микроциркуляторного русла (МЦР) у больных артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: обследовано 39 больных АГ от 60 до 90 лет (средний возраст 75,1±0,8), из них 8 женщин, находившихся на стационарном лечении в Алтайском краевом госпитале ветеранов войн. У всех пациентов была АГ. Из сопутствующих заболеваний и ассоциированных состояний зарегистрированы: стенокардия напряжения II — III функционального класса (69,7 %), постоянная форма фибрилляции предсердий (18,2 %), перенесённый инфаркт миокарда (18,2 %), хроническая сердечная недостаточность I ст. (18,2 %), II а ст. (75,7 %). Группу контроля составили 24 здоровых человека в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст 27,7±1,5). МЦР исследовалось с применением аппаратно-программного реографического комплекса "Мицар-РЕО" (Россия) с автоматической обработкой кривых реовазограммы (РВГ). Рассчитывались следующие показатели: амплитуда систолической волны, скорость быстрого кровенаполнения (СБКН), скорость медленного кровенаполнения (СМКН), дикротический индекс, диастолический индекс, скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), объемное кровенаполнение (ОКН).

Результаты. Анализ реовазограмм показал, что у обследованных больных нормальная СБКН отмечена в 39,4 % случаев, в остальных зарегистрировано снижение. У больных АГ с нарастанием величины систолического артериального давления (САД) СБКН в предплечье последовательно снижалась: при 140 мм рт. ст.- на 8,5 %; 156-160 мм рт.ст. — на 20,3 % и 170 мм рт. ст. и выше — на 37,3 %. В голени СБКН была снижена уже при незначительном повышении САД (на 15 %-20 % меньше, чем у здоровых лиц). СМКН у пожилых больных в предплечье и голени была меньше по сравнению со здоровыми в 2 и более раза независимо от величины АД. При проведении исследования обнаружено, что скорость кровенаполнения была больше в голени, чем в предплечье, как у здоровых, так и у больных на 14 % и 18 % соответственно. Время быстрого кровенаполнения в предплечье у больных АГ было больше на 20 % (p<0,01) по сравнению с его значением у здоровых лиц независимо от величины АД. Ещё большее увеличение времени медленного кровенаполнения было у пациентов с АД до 200/100 мм рт. ст. — на 29 % — 50 % (p<0,01).В голени время кровенаполнения существенно не отличалось от такового у здоровых лиц в обе фазы кровенаполнения. У пожилых больных АГ с АД в пределах "высокого

нормального" ОКН в предплечье в обе фазы РВГ не отличался от его значения у здоровых лиц. Сохранялось и соотношение ОКН в быструю и медленную фазы. У пациентов с АГ в голени в фазу БКН ОКН значительно не отличалось от такового у здоровых, а в фазу МКН было ниже в 2,5 раза.

Выводы. Таким образом, у больных пожилого возраста с АГ имеются выраженные изменения МЦР. Объемное кровенаполнение в верхних конечностях при АГ у пожилых лиц сохраняется на уровне здоровых более длительное время, в то же время в нижних конечностях с первых стадий АГ ОКН уже значительно уменьшено.

0532 РАЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Молчанова О.В., Бритов А.Н.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Росмедтехнологий, Москва, Россия

Многочисленные эпидемиологические исследования подтверждают взаимосвязь ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В настоящее время ожирение считается основным модифицируемым фактором риска ССЗ. Известно, что при снижении веса на 5 % или 10 % снижается артериальное давление (АД), улучшается показатели липидного профиля и толерантности к глюкозе.

Цель исследования: оценить динамику веса и АД в популяции в течение 3-х летнего диетического вмешательства в проспективном исследовании у лиц с высоким нормальным АД и факторами риска ССЗ и ожирением или избыточной массой тела (МТ) в сравнении с контрольной группой.

Материалы и методы: по идентичным критериям: АД 130-139/85-89 мм рт.ст. с индексом массы тела (ИМТ) ≥25 кг/м², мужчины и женщины в возрасте 25-54 года, в результате обследования были сформированы 2 группы (мужчины и женщины) с ожирением или ИМТ: группа вмешательства и группа контроля (203 и 252 человека соответственно) из рабочих и служащих организованных популяций.

Результаты. Исходно показатели массы тела в группе вмешательства и контроля не отличались. Через 3 года немедикаментозного контроля масса тела в группе вмешательства снизилась на 2,43 кг, у мужчин масса тела снизилась на 2,63 кг ($p<0,05$). В группе контроля масса тела увеличилась на 4,02 кг у женщин и на 6,16 кг у мужчин ($p<0,05$). В группе вмешательства систолическое АД снизилось на 3,27 мм рт.ст. у мужчин и на 1,92 мм рт.ст. — у женщин ($p<0,05$), диастолическое АД снизилось на 2,09 мм рт.ст.. и на 1,91 мм рт.ст.- у женщин. В группе сравнения произошла естественная динамика АД: систолическое АД увеличилось на 2,97 мм рт.ст. у мужчин и на 2,56 мм рт.ст. — у женщин ($p<0,05$). Диастолическое АД увеличилось на 1,29 мм рт.ст. у мужчин и на 2,39 мм рт.ст — у женщин ($p<0,05$). Исходное АД не отличалось в обеих группах

В результате статистического анализа были выявлены следующие высокозначимые взаимосвязи: между ИМТ и систолическим АД у мужчин ($p=0,0045$) и у женщин ($p=0,0001$); между ИМТ и диастолическим АД у мужчин ($p=0,0001$) и у женщин ($p=0,0001$). Также отмечено, что при увеличении ИМТ на 1 кг/м² систолическое АД увеличивается на 1,3 мм рт. ст. у мужчин и на 0,7 мм рт.ст.- у женщин; диастолическое АД возрастает на 0,7 мм рт.ст. у мужчин и — на 0,9 мм рт.ст. у женщин. При регрессионном анализе определено, что 19 % вариабельности систолического АД можно объяснить влиянием массы тела у женщин и 27 % у мужчин. Вариабельность диастолического АД в 17 % можно объяснить влиянием массы тела у женщин и в в 11 % у мужчин.

Заключение: профилактические диетические программы немедикаментозного вмешательства, направленные на снижение веса с целью улучшения контроля АД и кардиометаболических показателей, апробированные в рамках исследования, могут быть использованы для профилактики АГ, связанной с ИМТ или ожирением.

0533 ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Моргунов Л.Ю.
Городская клиническая больница № 20, Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность применения высокоселективных бета-блокаторов у пациентов с кардиальной диабетической автономной нейропатией.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 72 пациента, разделенных на 2 группы по 36 человек. Наличие диабетической кардиальной автономной нейропатии подтверждено у всех кардиоваскулярным тестированием с выполнением ЧСС и АД — тестов при исключении сопутствующей кардиальной патологии. Средний возраст пациентов первой группы составил 47,3±4,1 лет, второй группы — 45,4±3,1 года, средняя длительность сахарного диабета типа 2 (СД) в первой группе — 7,3±2,8 года, во второй группе — 6,9±3,1 года. Длительность артериальной гипертензии в первой группе составила 6,4±0,9 года, во второй- 6,1±1,2 года. Уровень гликированного гемоглобина в обеих группах не превышал 6,9 %. Сахароснижающая терапия оставалась неизменной за все время проведения исследования.

До начала терапии средний уровень систолического АД (САД) составил в первой группе 169,4±6,8 мм рт.ст, диастолического (ДАД)- 94,3±3,2 мм рт.ст, ЧСС-99,1±5,2 ударов в минуту; во второй группе — 164,4±7,1; 97,3±2,4; ЧСС-93,2±4,7 соответственно. Первая группа пациентов получала бисопролол в суточной дозе 5 мг в сутки, вторая группа -бетаксолол в дозе 10 мг в сутки.

Полученные результаты. Через 6 месяцев от начала лечения в первой группе САД составило 134,0±3,8, ДАД-77,7±2,8 мм рт.ст., ЧСС-81,3±3,5 ударов в минуту, во второй группе -135,7±4,9; 75,3±4,0 мм рт.ст.; 82,9±2,2 ударов в минуту соответственно ($p>0,05$). Признаки диабетической автономной кардиальной нейропатии уменьшились в первой группе на 13,8 %, во второй группе -на 11,1 % ($p<0,05$). Средний уровень гликированного гемоглобина в обеих группах остался неизменным.

Выводы. У пациентов с диабетической кардиальной автономной нейропатией и артериальной гипертензией бисопролол и бетаксолол в общетерапевтических дозировках сопоставимы по гипотензивному действию и влиянию на частоту сердечных сокращений, но бисопролол более эффективен в отношении проявлений диабетической кардиальной автономной нейропатии. Оба препарата не оказывают влияния на компенсацию углеводного обмена.

0534 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕТФОРМИНОМ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Моргунов Л.Ю., Волокитин И.В.
Городская клиническая больница № 20, Москва, Россия; Окружное эндокринологическое отделение СВАО, Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность комбинированной терапии амлодипином в сочетании с метформином на течение артериальной гипертензии и массу тела у пациентов с метаболическим синдромом.

Методы исследования. В 52-недельной программе приняли участие 76 пациентов, разделенных на две группы по 38 человек. Возраст пациентов группы 1 составил от 45 до 62 лет (средний возраст 51,8±6,8 года), группы 2- от 47 до 63 лет (средний возраст 50,6±6,2 года); контрольную группу составили 30 пациентов со средним возрастом 52,8±5,7 лет. Диагностика метаболического синдрома осуществлялась на основании критериев Американской диабетической ассоциации. Индекс массы тела составил в среднем 32,9±1,1 кг/м² в группе 1, в группе 2- 33,0±1,9, в контроле-32,6±1,4 кг/м². Ни у одного из пациентов не был диагностирован сахарный диабет (критерий включения), у 24 была выявлена нарушенная гликемия натощак, у 52-нарушение толерантности к глюкозе (НТГ); в контрольной группе у 8 отмечалась нарушенная гликемия натощак, у 22-НТГ. Исходный уровень САД в основной группе составил 159,6±2,3 мм рт.ст., ДАД-97,0±1,9 мм рт.ст., в контрольной группе САД-160,4±3,2 мм рт.ст., ДАД-99,3±1,4 мм рт.ст. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД с помощью прибора ТМ-2421 (Япония). Всем пациентам назначался амлодипин в стартовой дозе 5 мг/сутки с увеличением до 10 мг/сутки, в основной группе пациенты получали метформин 2000 мг в сутки.

Полученные результаты. Через год от начала исследования в группе 1 ИМТ снизился до 31,5±0,8 кг, м² ($p<0,05$), в группе 2 в контрольной достоверно не изменился. В основной группе САД снизилось до 136,4±4,1 мм рт.ст.($p<0,001$), ДАД-до 84,0±1,7 мм рт.ст. ($p<0,001$), в контрольной САД составило 139,1±2,2 мм рт.ст., ДАД-85,1±1,6 мм рт.ст. Количество "овердипперов" по САД снизилось на 52,6 %, ($p<0,001$), "найт-пикеров" по САД на 48,7 % ($p<0,001$) в основной группе, в контрольной на 46,6 % ($p<0,001$) и 43,3 % ($p<0,001$) соответственно. В основной группе количество пациентов с нарушенной гликемией натощак снизилось на 6,58 %, с нарушенной толерантностью к глюкозе-на 7,89 %., в контрольной-не изменилось.

Выводы. Комбинированная терапия артериальной гипертензии амлодипином и метформином у пациентов с метаболическим синдромом является патогенетически обоснованной, более эффективной, чем монотерапия гипотензивными препаратами и безопасной даже при отсутствии у них сахарного диабета типа 2.

0535 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ТЕСТОСТЕРОНА УНДЕКАНОАТОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ АНДРОГЕНОВ

Моргунов Л.Ю.
Городская клиническая больница № 20, Москва, Россия

Цель. Оценить влияние на липидный спектр тестостерона ундеканоата у пациентов, имеющих дефицит андрогенов и дислипидемию.

Методы исследования: сформированы две группы пациентов по 35 человек с клинически и лабораторно доказанным дефицитом тестостерона и дислипидемией: первая группа — пациенты, которым назначен аторвастатин в дозе 10 мг в сутки, вторая группа — пациенты, которым назначены тестостерона ундеканоат в дозе 1000 мг 1 раз в 12 недель и аторвастатин 10 мг в сутки. Средний возраст пациентов в первой группе составил 54,6±4,3 лет, индекс массы тела 34,2±2,3 кг/м², уровень свободного тестостерона 137,4±11,7 пмоль/л. Во второй группе средний возраст пациентов составил 55,1±3,6 лет, индекс массы тела-34,7±2,8 кг/м², уровень свободного тестостерона 142,6±12,4 пмоль/л. До начала терапии средний уровень холестерина (ХС) в первой группе составил 6,8±1,1 мм/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 2,3±1,4 мм/л, триглицеридов (ТГ) 2,6±1,2, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 0,97±0,4 мм/л; во второй группе уровень холестерина составил 6,7±1,9 мм/л, ЛПНП 2,1±1,3 мм/л, ТГ- 2,4±1,3, ЛПВП, 0,96±0,3 мм/л.

Полученные результаты. Через 30 недель от начала терапии средний уровень ХС в первой группе составил 6,1±1,2 мм/л, ЛПНП-2,1±1,1 мм/л, ТГ-2,2±0,7, ЛПВП 1,1±0,3 мм/л; во второй группе уровень ХС составил 5,3±0,9 мм/л, ЛПНП-1,7±0,8 мм/л, ТГ-1,8±0,4, ЛПВП-1,4±0,3 мм/л ($p<0,05$ — по сравнению с исходным уровнем данной погруппы, $p<0,05$ — по сравнению с группой через 30 недель терапии) Т.о, в подгруппе пациентов, которым были назначены только статины, отмечалась статистически не достоверная, положительная динамика показателей липидного профиля от исходного уровня. В подгруппе пациентов, которым был назначен и тестостерона ундеканоат, отмечалось статистически значимое снижение уровня ХС, ЛПНП и повышение ЛПВП. При этом снижение уровня ХС и ЛПНП и повышение уровня ЛПВП в данной группе было достоверно больше, чем у пациентов, принимающих только статины.

Выводы: низкий уровень тестостерона является фактором, поддерживающим дислипидемию и аргументом в пользу необходимости в подобной ситуации не ограничиваться приемом статинов, а искать возможности заместительной терапии андрогенами. При этом назначение препаратов тестостерона и статинов пациентам с дефицитом андрогенов и дислипидемией оказывает больший позитивный эффект на показатели липидного профиля, чем назначение статинов в виде монотерапии.

0536 ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АГ

Мордовин В.Ф., Попов С.В., Варвареико В.И., Пекарский С.Е.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Частота резистентной АГ в специализированных клинических центрах составляет 30 %, однако, отсутствуют ее методы лечения. В 2009г в США компанией Ardian, Inc (Paolo Alta, California) был предложен и апробирован минимально-инвазивный хирургический метод лечения резистентной АГ: чрескожное катетерное радичастотное воздействие на симпатические сплетения почечных артерий

Цель исследования. Изучение безопасности и эффективности радиочастотной симпатической денервации почечных артерий как нового метода лечения резистентной АГ.

Материал и методы. Исследование проходит по решению ученого совета НИИ кардиологии СО РАМН г.Томска № 60 от 02.03.2010 г. в соответствии с Национальным Стандартом Российской Федерации "Надлежащая Клиническая Практика" ГОСТ Р 52379-2005 после одобрения Комитетом по Биомедицинской Этике при НИИ Кардиологии СО РАМН. Критерии включения: эссенциальная гипертония длительность более 5 лет, уровень АД более 160/100 мм рт.ст. на фоне приема 3 и более гипотензивных препаратов. Критерии исключения: симптоматическая АГ, нарушение функции почек. В апреле 2010г в исследование включено 3 мужчин и 1 женщина, в возрасте от 37 до 62 лет. Все пациенты принимали 4 гипотензивных препарата в максимальных дозах, АД оставалось выше 160/100 мм рт.ст. После получения согласия пациентов на участие в исследовании было проведено расширенное клинико-инструментальное обследование, включающее общеклиническое обследование с определением лабораторных показателей, 24-ч амбулаторное мониторирование АД, 24-ч амбулаторное мониторирование ЭКГ, динамическую сцинтиграфию почек, допплерографию почечных артерий, МРТ головного мозга, УЗИ сонных и бедренных артерий, эхокардиографию.

Путем пункции правой бедренной артерии проведена селективная почечная ангиография, введен внутриартериальный катетер для линейной аблации диаметром 5 F, установлен электрод, с помощью оригинального генератора радиочастотного тока было выполнено по 4 точечные радиочастотные аппликации на стенку почечной артерии с обеих сторон.

Контроль безопасности заключался в оценке динамики показателей допплерографии почечных артерий, динамической сцинтиграфии почек, суточного белка в моче, уровня креатинина сыворотки. Оценка безопасности заключалась

в оценке измерений офисного АД, 24-ч амбулаторного мониторирования АД до и после вмешательства. Всем пациентам планируется провести в течение года несколько контрольных обследований для оценки безопасности и эффективности проведенного лечения: через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев.

Результаты. По данным контрольного обследования через 1 месяц после вмешательства произошло стойкое снижение артериального давления — по данным офисного измерения АД относительное снижение САД 17 %, относительное снижение ДАД 14 %; по данным 24-ч амбулаторного мониторирования АД относительное снижение средне-дневного САД 12 %, средне-дневного ДАД 15 %, средне-ночного САД 8 %, средне-ночного ДАД 12 %. Не было выявлено сосудистых и почечных осложнений вмешательства.

Выводы. Полученные результаты пилотного исследования свидетельствуют об эффективности и безопасности радиочастотной симпатической денервации почечных артерий в лечении резистентной АГ.

0537 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Морозова Т.Е., Шилов Е.М., Белобородова А.В.
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность, безопасность и влияние на функциональное состояние почек ингибитора АПФ зофеноприла (З), блокатора рецепторов к ангиотензину II лозартана (Л), β-адреноблокатора небиволола (Н) и комбинированного препарата, содержащего иАПФ лизиноприл и тиазидоподобный диуретик гидрохлоротиазид (Л+ГХТ), в средних терапевтических дозах у больных метаболическим синдромом (МС) и хронической болезнью почек (ХБП) 1-2 стадии.

Материалы и методы: у 81 больного МС (по критериям The International Diabetes Federation 2005г.) и ХБП 1-2 стадии (по критериям Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 2002г.) в возрасте 29-79 лет (средний возраст 53,36±11,63 лет; м.-35, ж.-46) изучено влияние З, Л, Н и Л+ГХТ на функцию почек по динамике скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровня микроальбуминурии (МАУ). Длительность лечения составила 3 месяца, средняя терапевтическая доза З — 30,0 (15,00; 45,00) мг, Л — 50,00 (50,00; 50,00) мг, Н — 5,00 (5,00; 5,63) мг и Л+ГХТ — 20,00+12,5 мг. Данные представлены в виде Me (25, 75 процентиль).

Полученные результаты: Исходно офисное САД было 140,00 (125,00; 150,00) мм рт.ст., офисное ДАД — 85,00 (80,00; 90,00) мм рт.ст. Уровень глюкозы натощак составил 5,30 (4,80; 5,53) ммоль/л, через 2 ч после приема 75 г глюкозы — 7,11 (5,78; 8,63) ммоль/л. У 22 больных имела место дислипидемия 2а типа, у 41 больного — 2б типа, у 3 больных — 4 типа. Креатинин плазмы крови составил 0,95 (0,80; 1,20) мг/дл, СКФ, рассчитанная по формуле Кокрофта-Голта с приведением на стандартную поверхность тела по формуле Дюбуа 91,56 (70,25; 106,40) мл/мин/1,73м^2, уровень МАУ 5,55 (4,80; 5,53) мг/л. Целевого уровня АД удалось достичь у 71,4 % больных в группе З (САД — 120,00 (120,00; 130,00) мм рт.ст., ДАД — 80,00 (80,00; 80,00) мм рт.ст.), у 70,0 % больных в группе Л (САД — 120,00 (120,00; 125,00) мм рт.ст., ДАД — 80,00 (80,00; 80,00) мм рт.ст.), у 72,7 % больных в группе Н (САД — 130,00 (125,00; 136,25) мм рт.ст., ДАД — 82,95 (80,00; 90,00) мм рт.ст.) и у 80,0 % больных в группе Л+ГХТ (САД — 120,00 (120,00; 120,00) мм рт.ст., ДАД — 80,00 (80,00; 80,00) мм рт.ст.). Оценка влияния лекарственных средств на функцию почек показала, что назначения всех препаратов в стандартных дозах не ухудшает функциональное состояние почек — не было выявлено статистически значимого влияния на СКФ. На фоне терапии всеми препаратами отмечено снижение уровня МАУ более выраженное и достигающее статистической достоверности в группе пациентов, принимавших Л+ГХТ: с 11,90 (4,80; 16,00) до 5,25 (1,48; 7,27) мг/дл ($p<0,05$). При контроле лабораторных показателей не выявлено достоверного изменения уровня креатинина плазмы крови. Масса тела и антропометрические показатели значимо не менялись на фоне терапии.

Выводы: ингибитор АПФ зофеноприл, блокатор рецепторов к ангиотензину II лозартан, β-адреноблокатор небиволол и комбинированный препарат, содержащего ингибитор АПФ лизиноприл и тиазидоподобный диуретик гидрохлоротиазид, в средне-терапевтических дозах помимо хорошего антигипертензивного эффекта, не оказывают негативного влияния на функциональное состояние почек и способствуют снижению уровня МАУ у больных МС и ХБП 1-2 стадии.

0538 АНАЛИЗ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА Х

Мостовой Ю.М., Распутин В.В., Распутина Л.В.
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Городская клиническая больница № 1, Винница, Украина

По данным литературы у 10-30 % больных, которым проводилась диагностическая коронарография, коронарные артерии оказываются интактными. Среди возможных причин интактных коронарных артерий при наличии болевого синдрома в грудной клетке, депрессии ST, положительного стресс-теста рассматривают несколько теорий, наиболее распространенными из них является спазм коронарных сосудов, который диагностируется во время коронарографии, гипертоническая болезнь, с признаками гипертрофии миокарда, подтверждающийся признаками гипертрофии левого желудочка, а также кардиальный синдром Х, в патогенезе которого лежат многие факторы, в частности эндотелиальная дисфункция, хроническое воспаление, жесткость артерий и другие.

Целью нашей работы было проанализировать частоту случаев интактных коронарных артерий, структуру больных, клинико-анамнестические данные и выучить вероятные причины таких изменений у пациентов. Нами проведен анализ 263 коронаровентрикулографий, что проводились с диагностической целью. У 33 больных (12,6 %) не обнаружено видимых изменений коронарных артерий. Среди них 23 мужчины (67,7 %), средний возраст 61,3±2,4 годы, 10 женщин (30,3 %), средний возраст 60,9±3,6 годы. 8 больных (24,2 %) в анамнезе перенесенный острый инфаркт миокарда, 24 больных (72,7 %) — гипертоническая болезнь, 5 больных (15,2 %) — ожирения, 5 больных (15,2 %) — хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, 4 больных (12,1 %) — заболевания щитовидной железы. У всех больных изменений углеводного обмена не было. У 10 больных (30,3 %) — диагностировано дислипидемию. По данным эхокардиографического обследования у 8 больных (24,2 %) обнаружены признаки гипо- и акинезии, диастолическая дисфункция левого желудочка выявлена у 16 больных (48,4 %). Среди всех больных без атеросклеротических изменений коронарных артерий, у 7 (21,2 %) — спазм артерии на ведение контрастного вещества.

Таким образом, на основе проведенного анализа мы можем считать, что в 21,2 % больных имели вазоспастичную стенокардию, в 72,7 % больных кардиальный синдром вероятнее возникал в результате гипертонической болезни и гипертрофии миокарда, в 6,1 % больных — отсутствуют любые другие факторы, поэтому возможно именно эта группа больных составляет синдром Х, что нуждается в последующем изучении, наблюдении и дополнительных диагностических методах.

0539 ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОСТОЯНИЯ СТРУКТУР КАМЕР СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Мошкина А.А., Зонов О.А., Зонова Ю.А.
Кировская ГМА, кафедра терапии ИПО, Киров, Россия

Многочисленные данные клинических наблюдений и научных исследований свидетельствуют о частом сочетании патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, в частности, артериальной гипертензии (АГ) и бронхиальной астмы (БА). По данным ряда научных источников, АГ диагностируется приблизительно у 34,8 % пациентов, страдающих БА. Очевидно взаимное отягощающее влияние АГ и БА.

Цель: изучить влияние бронхиальной обструкции на гемодинамические показатели и состояние структур камер сердца у больных с БА на фоне АГ.

Материалы и методы: обследовано 78 человек (56 женщин и 22 мужчины), средний возраст 53,65±11,06 лет с сочетанием АГ I-II степени и БА средней степени тяжести вне обострения, которые составили 1 группу. Время от начала манифестации АГ — 12,28±5,42 лет, стаж БА — 8,24±4,8 года. Вторая группа представлена 30-ю пациентами с АГ I-II степени тяжести, первичнообратившихся, не получавших антигипертензивные препараты, средний возраст 53±7,3 года, мужчины и женщины 12 (40 %) и 18 (60 %) соответственно, стаж повышения артериального давления (АД) — 8,6±2,8 лет. Диагноз БА выставлен согласно критериям GINA 2008. В группе сравнения не было статистически значимых различий среднего АД (1 группа -111,8±1,8, 2 группа — 110,2±1,3 мм рт.ст., p=0,48), группы были сопоставимы по возрасту и полу p=0,064 и p=0,082 соответственно. ЭхоКГ — исследование для подтверждения наличия диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка (ЛЖ), лёгочной гипертензии проводилось на аппарате "ALOKA SSD 5500". Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики, сравнение двух независимых групп осуществлялось методом Краскела-Уоллиса.

Результаты. Не было выявлено достоверных различий в 1 и 2 группе при анализе следующих показателях размеров сердца (p>0.05): конечного диастолического размера левого предсердия (ЛП) — 4,5±0,7 и 4,2±0,5 см.; конечного диастолического размера ЛЖ — 5,2±0,8 и 4,9±1,1 см, индекса массы миокарда ЛЖ у мужчин (147,6 ±10,4 и 144,1±8,9 г/см^2), у женщин (129,5±14,5 и 124,5±11,5 г/см^2); среднего давления в легочной артерии — 33,5±6,5 и 31,5±3,5 мм рт.ст. В обеих группах отмечалось увеличение размеров и массы сердечной мышцы. Время изометрического расслабления ЛЖ достоверно выше в 1 группе (p=0,04) — 98,5±18,5мс., и — 87,5±16,5 мс. соответственно. Систолическая дисфункция не зарегистрирована ни в одной группе, фракция выброса (ФВ) по Тейхольцу — 56,5±3,5 %.

Выводы. Наличие БА средней степени тяжести у лиц с АГ I-II степени ассоциируется с увеличением частоты диастолической дисфункции ЛЖ, при небольшом прогрессировании других нарушений легочной и внутрисердечной гемодинамики. Изученные различия в состоянии структур камер сердца, при АГ и сочетанной патологии, могут использоваться в дифференциальной диагностике доминирующих причин сердечной недостаточности.

0540 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ КАРДИАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ И ДАННЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Мулерова Т.А.[1], Вахрушев А.К.[2], Онищенко Е.Г.[1], Огарков М.Ю.[1], Скрипченко А.Е.[1]
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН[1], Кемерово, Россия; ГОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава[2], Новокузнецк, Россия

Цель исследования. Определить информативность минимальных кардиологических клинико-инструментальных методов при обследовании населения сельской местности.

Материалы и методы исследования. Обследованы 91 человек — жители сельской местности, выбранные методом случайного отбора. Средний возраст 52,2±12,4 лет (из них мужчин-24, женщин-67). Наличие ИБС устанавливалось по клинической картине (использовалась анкета Роуза). Диагноз артериальной гипертонии (АГ) выставлялся лицам с АД≥140/90мм.рт.ст. или принимавшим антигипертензивные препараты во время исследования. Регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) покоя при помощи электрокардиографа "Альтоника", на которой оценивались индекс Соколова-Лайона (ИСЛ), Корнельский вольтажный индекс (КВИ) и продолжительность предсердного зубца Р.

Результаты. Среди обследованных выделено две группы: 1 группа — включала 42 человека (46,2 %), имевших АГ, средний возраст 58,5±9,7 лет, среди них имели стенокардию16 человек. 2 группа — 49 человек без АГ, из них у 7 пациентов выявлена стенокардия. Группы 1 и 2 статистически значимо различались по возрасту, лица 2 группы были более молодого возраста (46,8±12,0 лет; p=0,001). Общее количество больных со стенокардией было 23 человека (25,3 %). Возраст данных пациентов был 58,7±7,95 лет, который был достоверно выше, чем у пациентов без стенокардии (50,0±12,9 лет; p=0,003).

Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) выявлена в 1 группе на основании ИСЛ и КВИ соответственно у 5 и у 7 человек (11,9 %) и (16,7 %), что достоверно выше, чем во 2 группе (p=0,043 и 0,01 соответственно).

У 68 пациентов без стенокардии зубец S в отведении V6 был равен 1,3±1,6 мм, что достоверно больше, чем у пациентов со стенокардией (0,58±0,78 мм; p=0,001). Зубец Т в этом же отведении при наличии стенокардии был равен 1,7±2,03 мм, что достоверно ниже, чем у пациентов без стенокардии (2,7±1,1 мм; p=0,004). Среди обследованных в 1 и 2 группах аналогичных различий со стороны зубцов S и T выявлено не было. Синдром (Tv1) — (Tv6) в 1 группе равнялся -2,6±2,8 мм и был больше, чем во 2 группе (-3,6±1,6 мм; p=0,036). Ширина зубца Р в 1 группе составляла 0,116±0,014 с и была достоверно больше, чем во 2 группе (0,109±0.013 с; p=0,006). Связи продолжительности зубца Р с наличием стенокардией выявлено не было.

Выводы. Среди жителей сельской местности частота АГ составила 46,2 % — сопоставим со среднероссийскими показателями, частота стенокардии — 25,3 % — значительно превышает среднероссийские показатели. Установлена ГЛЖ по ИСЛ — у 11,9 %, по КВИ — у 16,7 % обследуемых. Характерными для АГ являются признаки ЭКГ: большая продолжительность зубца Р и синдрома (Tv1) — (Tv6).

0541 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Сайфитдинова Н.Б., Аккиев Б.Т.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение взаимосвязи между вариабельностью сердечного ритма (ВСР) и встречаемостью потенциально опасных желудочковых аритмий (ПОЖА) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. Нами обследовано 84 пациента мужского пола ОИМ с зубцом Q. Средний возраст больных составил 60,8±7,1 лет. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ. Первичное обследование проводилось на 10-14 сутки ОИМ на фоне стандартной терапии, включавшей антиагреганты, β-блокаторы, иАПФ, статины и, при необходимости, нитраты в индивидуально подобранных дозах. Всем больным проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ (система "CardioSens+", ХАИ-МЕДИКА, Украина) с определением вариабельности ритма сердца, выявлением желудочковых нарушений ритма сердца, а также эхокардиография (аппарат "Sonoline Versa Pro" Siemens, Германия). Интерпретация данных ВРС проводилась согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996 г), согласно которым значение показателя SDNN<100 мс расценивалось как снижение общей ВРС. ПОЖА считались желудочковые экстрасистолы

(ЖЭ) III, IVA-V классов (Lown-Wolf), а также частые ЖЭ (≥10/час по Bigger).

Результаты исследования: Все пациенты в зависимости от показателя SDNN были распределены на 2 группы: I группу (n=40) составили пациенты с SDNN < 100 мс (низкая ВРС), II группу (n=44) составили больные с нормальной ВСР (SDNN > 100 мс).При сравнительном анализе обеих групп было выявлено, что в группе с низкой ВСР чаще преобладали больные с передней локализацией ИМ, достоверно чаще осложнившимся развитием аневризмы ЛЖ (30 % и 11,4 %, (χ2=4,51, p=0,03), соответственно I и II группам). При изучении структуры ЖА нами выявлено, что у 34 (40,1 %) пациентов были зарегистрированы ПОЖА. При анализе встречаемости ПОЖА в 2-х группах было выявлено, что в группе с низкой ВСР ПОЖА наблюдалось достоверно чаще, чем в группе с нормальной ВСР (21 и 13 пациентов соответственно I и II группам, χ2=4,58, p=0,03). Так, ЖА III класса по Lown-Wolf встречались у 15 (37,5 %) и 6 (13,6 %) больных (χ2=7,1, p=0,01), IVA класса у 11 (27,5 %) и 9 (20,5 %) больных (χ2=0,9, p=0,4), IV Б класса у 6 (15 %) и 4 (9,1 %) больных (χ2=0,9, p=0,4), V класса у 1 (2,5 %) больного, соответственно I и II группам (χ2=1,1, p=0,2).

Заключение. Низкая вариабельность сердечного ритма у больных ОИМ достоверно чаще ассоциируется с встречаемостью потенциально опасных желудочковых аритмий и соответственно с повышенным риском внезапной сердечной смерти.

0542 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мураталиев Т.М., Махмутходжаев С.А., Звенцова В.К., Неклюдова Ю.Н.
Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель. Оценить эффективность вторичной профилактики у больных коронарной болезнью сердца (КБС) в условиях реальной клинической практики, находящихся на диспансерном наблюдении в центрах семейной медицины Чуйской области Кыргызстана.

Материал и методы. Методом случайной выборки проведен ретроспективный анализ 760 амбулаторных карт пациентов КБС со стабильной стенокардией (СС). Анализировалась частота выявления факторов риска и их коррекция у больных КБС: артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, курение, сахарный диабет (СД), избыточная масса тела (ИМТ), гиподинамия и частота использования международных рекомендаций для достижения целевых уровней факторов риска у больных КБС со СС.

Результаты. АГ отмечена у 84,3 % пациентов. Дислипидемия регистрировалась у 50,7 % больных. В большинстве амбулаторных карт (67,1 %) содержались данные только об уровне общего холестерина (ОХ), а частота определения развернутого липидного спектра была низкой и составила 11 %. В 97,8 % амбулаторных картах отсутствовали сведения об отношении пациентов к курению и только у 1,8 % курение признавалось как фактор риска КБС. СД отмечен у 56 (9,8 %) пациентов. Указания на наличие ожирения имелись в 67 (11,7 %) случаев. В анализируемых амбулаторных картах не содержались данные о физической активности пациентов. Только у 29 % пациентов с АГ были достигнуты целевые уровни артериального давления, у 32 % больных с дислипидемией достигнут целевой уровень ОХ. Нормальный уровень сахара был достигнут лишь у 40 % больных.

Выводы. Врачами в центрах семейной медицины не уделяется достаточного внимания выявлению факторов риска КБС, а также отмечается низкий процент достижения их целевых уровней.

0543 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКГ И ОПРОСНИКА РОУЗА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА ОБЩЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МОСКВЫ

Муромцева Г.А., Деев А.Д., Шальнова С.А., Капустина А.В., Константинов В.В., Баланова Ю.А.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель: сравнить прогностическую значимость различных наборов ЭКГ признаков в зависимости от наличия стенокардии напряжения, определяемой на основании опросника Роуза, при оценке относительного риска (ОР) общей (от всех причин), сердечно-сосудистой смерти (Общ-С и ССЗ-С), смерти от ишемической болезни сердца (ИБС-С) и мозгового инсульта (МИ-С).

Материалы и методы. Исследование проведено в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины. Проанализированы данные проспективного наблюдения за репрезентативными выборками из неорганизованного населения Москвы, обследованными стандартными эпидемиологическими методами в период с 1975-2001гг. В когортный анализ вошли 9393 мужчин и 3334 женщин в возрасте 25-64 года. К середине 2009 года время наблюдения составило 242718 человеко-лет, зарегистрировано 5765 случаев смерти. Данные о причинах смерти получены из официальных государственных учреждений. ЭКГ оценивалась по Миннесотскому коду (МК). По результатам анализа ЭКГ (МК) и опроса по анкете Роуза (Р+) образованы 5 наборов признаков: I — МК 1-1-1 до 1-2-7; II — Р+ и МК 4-1, 4-2, 5-1, 5-2 без 3-1, 3-3; или 6-1, 6-8, 7-1, 8-3; III — Р+ и МК 1-2-8 до 1-3-6, или 3-1, 3-3, или любой код 4 или 5; IV — МК 4-1, 4-2, 5-1, 5-2 без 3-1, 3-3; V — МК 6-1, 6-8, 7-1, 8-3. Перечисленные наборы критериев на основе экспертной оценки были объединены в группу "определенная ИБС". Для расчета ОР использовали однофакторную модель пропорционального риска Кокса (с поправкой на возраст), за референсную группу принимали лиц, не имеющих исследуемых состояний. Величины ОР приведены с указанием 95 % доверительного интервала и только для p<0,0001.

Результаты. У мужчин ОР всех категорий смерти был наиболее высоким для наборов II и I: для ИБС-С 9,3 (6,8-12,6) и 5,6 (4,5-6,8), МИ-С 4,0 (2,1-7,9) и 3,0 (2,0-4,5), ССЗ-С 7,5 (5,8-9,8) и 4,6 (3,9-5,5), Общ-С 4,0 (3,2-5,1) и 2,8 (2,4-3,3). У женщин ОР независимо от причины смерти был наиболее высоким для наборов IV и V: для ИБС-С 3,7 (2,5-5,8) и 3,1 (0,8-12,7), МИ-С 2,9 (1,7-4,9), ССЗ-С 3,1 (2,3-4,1) и 2,9 (1,2-7,0), Общ-С 2,0 (1,5-2,6) и 2,6 (1,3-5,2); наименьшее значение ОР получено при использовании критериев набора I: для ИБС-С 0,8 (0,1-6,0). Все наборы критериев независимо от пола имели наименьший ОР смерти от мозгового инсульта и всех причин. В категории "определенная ИБС" ОР всех причин смерти у мужчин по сравнению с женщинами был в 1,2-1,4 раза выше.

Выводы. У мужчин, имеющих на ЭКГ патологические зубцы Q-QS (набор I) или болевую симптоматику, сопровождающуюся ишемическими изменениями ST-T или тяжелыми нарушениями ритма сердца или проводимости (набор II), риск ИБС-С наиболее высокий и превышает аналогичный показатель у женщин в 7 и 3 раза, соответственно набору I и II. В то же время среди женщин наибольший риск ИБС-С имеют ST-T изменения ишемического типа (набор IV). Появление их на ЭКГ повышает риск смерти у женщин в 1,2 раза по сравнению с мужчинами.

0544 ДИНАМИКА ВКЛЮЧЕНИЯ И СУБКЛЕТОЧНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЛИПОСОМ В ИЗОЛИРОВАННОМ МИОКАРДЕ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕРДЦА

Мухамадияров Р.А., Веремеев А.В., Журавлева И.Ю.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Целью работы явилось изучение динамики включения и субклеточного распределения липосом в миокарде.

Материалы и методы: Липосомы получали методом экструзии (Lipex Biomembranes, Inc.). Диаметр пор фильтра 50 нм. По соотношению фосфатидилхолина (ФХ) и холестерина (Х) липосомы разделили на два типа: "жесткие" липосомы с молярным соотношением 7:5 и "мягкие" липосомы с молярным соотношением 2:1 соответственно. Исследовали включение липосом двух концентраций — 10мг/мл и 25мг/мл. В качестве радиоактивной метки использовали ФХ, меченый тритием (Н3+) с удельной активностью 1 мСu/мл ("Биосан", Россия). Эксперимент был выполнен на 109 крысах-самцах линии Wistar с массой тела 270±20г. Сердца перфузировали по методу Langendorf. На 15-й мин моделировали ишемию путем пережатия всех перфузат-несущих магистралей. Липосомы вводили в корень аорты в течение 30 мин со скоростью 0,2 мл/мин. Сердца гомогенизировали и разделяли последовательным центрифугированием на субклеточные фракции. Активность аликвот измеряли на жидкостно-сцинтилляционном счетчике RackBeta-II (LKB, Швеция).

Результаты: При нормотермической ишемии включение и распределение липосом зависело от состава и концентрации липидов. В группе, где использовали липосомы с соотношением липидов ФХ: Х = 2:1 в концентрации 25 мг/мл, включение их в миокард было достоверно ниже в 2,5-3 раза, чем в остальных (p<0,01). Максимальное же включение было отмечено при использовании липосом в концентрации 10 мг/мл с соотношением ФХ: Х=2:1. Распределение 3Н-ФХ по субклеточным фракциям в данной группе также представляется оптимальным. Так, в митохондриальной фракции было обнаружено 61±6 % включенной метки, микросомальной — 4±1 %, и лишь 27±3 % — во фракциях грубых мембран. При введении липосом в концентрации 25 мг/мл, а также 10мг/мл при соотношении липидов ФХ: Х=2:1 около 60 % метки включается в митохондрии, а суммарная радиоактивность митохондриальной и микросомальной фракций во всех четырех сериях составляет 55-65 %. Следует отметить, что высокая концентрация липидов (25 мг/мл) вызывает угнетение сократительной функции миокарда в реперфузионном периоде. Если при использовании липосом в концентрации 10 мг/мл в 90 % случаев регистрировали восстановление сокращений сердец на 1-4 минуте реперфузии, то в случае использования концентрации 25 мг/мл лишь у 30 % сердец восстанавливалась сократительная активность.

Заключение: Таким образом, оптимальные показатели субклеточного распределения выявлены у липосом с молярным соотношением фосфатидилхолин: холестерин — 2:1. Максимальное включение метки в миокард наблюдается при использовании липосом в концентрации 10 мг/мл перфузата. Кроме того, липосомы в данной концентрации не оказывают негативного влияния на функциональные показатели сердца после ишемии и реперфузии.

0545 СОДЕРЖАНИЕ АДЕНИЛОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ КЕТОАЦИДОЗОМ

Муха Н.В., Говорин А.В., Перевалова Е.Б.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель. Исследовать содержание адениловых нуклеотидов в эритроцитах крови пациентов с сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента с сахарным диабетом 1 типа, в стадию декомпесации. Средний возраст больных составил 29±8,9 лет. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц. Все больные были поделены на 2 группы: 1-я — пациенты с сахарным диабетом в стадию декомпенсации, осложненный кетоацидозом (59 %), 2-я — пациенты с сахарным диабетом в стадию декомпенсации, без кетоацидоза (41 %).

Концентрацию АТФ в эритроцитах определяли по методу Явербаума П.М. и соавт.(1984). Концентрацию АМФ в эритроцитах определяли по методике Bergmeyer H.U. (1965).

Полученные результаты: выявлено, что концентрация АТФ у всех пациентов с сахарным диабетом, как в первой, так и второй, изучаемых группах, была достоверно ниже аналогичного показателя в группе здоровых лиц: 0,91±0,3 и 0,99±0,38 соответственно, против 2,31±0,58 ммоль/л в группе здоровых лиц. (P<0,001). Таким образом, в группе больных количество АТФ составило 39 % и 43 % от величины указанного параметра в эритроцитах здоровых лиц. Концентрация АМФ у данной группы пациентов, наоборот была выше, чем в контрольной группе: 1,62±0,65 и 1,42±0,59 соответственно, против 0,58±0,20 (P<0,001), что составило 264 % и 227 % от показателей здоровых лиц.

Выводы: у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, в стадию декомпенсации выявлен значительный дисбаланс в системе адениловых нуклеотидов, что проявилось снижением содержания АТФ и повышением уровня АМФ в эритроцитах крови. При исследовании практически не выявлено разницы между группами больных.

0546 ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЕКСИТИМИИ И ДЕПРЕССИИ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мухтаренко С.Ю., Мураталиев Т.М.
Национальный Центр Кардиологии и Терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель. Изучение распространенности алекситимии и депрессии и их взаимосвязи с качеством жизни (КЖ) у больных коронарной болезнью сердца (КБС).

Материал и методы. Методом скрининга с использованием шкалы В.Н. Краснова обследовано 170 больных различными формами КБС. 75 больных КБС обследованы Торонтской алеситимической шкалой (TAS), 68 — госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS). Для исследования КЖ использовали Модифицированный Сиэтлский опросник для больных стенокардией (MCOC). Средний возраст обследованных больных составил 51,78±8,20 лет.

Результаты. По результатам скрининга те или иные симптомы тревожно-депрессивного спектра отмечались практически у всех обследованных больных. Результаты исследования с использованием шкалы HADS показали, что у 18 пациентов (26,5 %) отмечалась субклиническая депрессия, у 16 (23,5 %) — клинически выраженная депрессия. У 34 (50 %) — симптомы депрессии по шкале HADS отсутствовали. Средний балл TAS в группе обследованных 75 пациентов составил 72,17±19,73. Анализ результатов шкалы TAS показал, что алекситимичными признаны 36 (48 %) больных, неалекситмичными — 13 (17,3 %). В зону неопределенности вошли 26 (34,7 %) пациентов. Выявлена обратно пропорциональная зависимость между показателями шкалы депрессии HADS и КЖ по MCOC. В подгруппе больных с отсутствием депрессии показатель КЖ по MCOC был достоверно выше (24,24±4.24) по сравнению с таковым в подгруппе больных с субклинической депрессией (20,78±4,81) p≤0,01, а также по сравнению с таковым в подгруппе с клинически выраженной депрессией (19,0±6,92), p≤0,002. КЖ было достоверно ниже в подгруппе алекситимичных пациентов (20,30±7,67) по сравнению с подгруппой неалекситимичных (26±4,02), p≤0,001 и с таковым в подгруппе зоны неопределенности (24,04±5.57), p≤0,02.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о высокой частоте встречаемости алекситимии и депрессии и их взаимосвязи с КЖ больных КБС, что необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий.

0547 МИТРАЛЬНЫЕ ПОРОКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Мырзакулов Е.С.
ГУ НЦССХ им А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель: изучение клинических особенностей пациентов оперированных на митральном клапане.

Методы исследования: Ретроспективно в исследование включены 670 взрослых пациента (старше 18 лет), которым в 2009г выполнены в течении одной госпитализации операций на митральном клапане, в сочетании или с другими операциями (коронарное шунтирование, операция "Лабиринт" с и без радиочастотным воздействием, радиочастотная аблация, имплантация ЭКС, закрытие дефекта перегородки). В анализ включено 21 параметров. Данные были выкопированы из текстовой части автоматизированной истории болезни, закодированы и введены в таблицы Excel. Затем данные обработаны с помощью программы SPSS.

Полученные результаты: Фибрилляция, трепетание предсердий у мужчин (34,5 %) регистрировались значительно реже по сравнению с женщинами (50,7 %) ОШ=1,9 (95 % ДИ 1,4-2,6) p=0,000, но у мужчин (18,6 %) чаще регистрировались инфекционный эндокардит, у женщин (6,2 %) ОШ= 0,3 (95 % ДИ 0,1 — 0,5) p=0,000; инфаркт миокарда в анамнезе ОШ=0,2 (95 % ДИ 0,1- 0,4) p=0.001 и искусственное кровообращение в анамнезе ОШ=1,9 (95 % ДИ 1,2- 3) p=0.007. В среднем при выполнении операции у мужчин продолжительность времени искусственного кровообращения было больше на 11,5±3,6 мин (95 %ДИ 4,5-18,6) p=0,000 и на 8,7±2,4 мин (95 %ДИ 3,9-13,4) p=0,000 время пережатия аорты соответственно. А также у мужчин было больше койко дней после операции по сравнению с женщинами в среднем на 1,5±1,4 дней (95 %ДИ 3,9-13,4) p=0,009. По следующим параметрам достоверных различий между мужчинами и женщинами не выявлены: возраст, индекс массы тела, градиент давления на аортальном клапане, давление в легочной артерии, фракция выброса левого желудочка, конечно-диастолический размер левого желудочка, наличие артериальной гипертензии, ИБС, сахарного диабета, инфекционного эндокардита, имплантированного до поступления ЭКС.

Выводы: Среди взрослых пациентов, оперированных на митральном клапане (в сочетании или без коррекции сочетанной кардиальной патологией) выявлены достоверные различия в частоте встречаемости фибрилляции предсердий, инфекционного эндокардита, инфаркт миокарда в анамнезе, искусственное кровообращение в анамнезе, койко-дней после операций, время искусственного кровообращения и время пережатия аорты.

0548 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Назарова О.А., Романчук С.В., Масленникова О.М.
ГОУ ВПО "Ивановская государственная медицинская академия Росздрава", Иваново, Россия; ГУЗ "Кардиологический диспансер", Иваново, Россия; Институт последипломного профессионального образования Федерального медицинского биофизического центра им.А.И.Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Оценка жесткости сосудистой стенки является современным методом выявления поражения артерий. Одним из методов оценки артериальной жесткости признано определение скорости пульсовой волны (СПВ). Представляется, что в настоящее время возможности СПВ в клинике, в числе и при гипертонической болезни (ГБ), используются недостаточно.

Цель: определить возможности использования СПВ у пациентов с ГБ для оптимизации динамического наблюдения в первичном звене здравоохранения.

Методы. Исследование проведено на базе ГУЗ "Кардиологический диспансер" г.Иваново. В исследование включено 377пациентов (146 мужчин, 231 женщина, средний возраст 46,9±7,2 лет) с артериальной гипертонией 1-2 степени, без ассоциированных клинических состояний. Пациентам проводилось традиционное клиническое обследование в соответствии с рекомендациями ВНОК при включении в исследование, а также через 6 и 12 месяцев антигипертензивной терапии. Дополнительно определяли СПВ по артериям крупного калибра сфигмографическим методом на аппаратно-программном комплексе "Полиспектр 12" (ООО "Нейрософт" г.Иваново), а также толщину комплекса интима-медиа (КИМ) по данным допплеровского исследования сонных артерий.

Результаты. СПВ оказалась повышенной у 62,5 % пациентов с ГБ. Повышение СПВ более 12 м/с отмечено у 1,1 % пациентов в возрасте до 55 лет и у 22,1 % обследованных больных старше 55 лет. СПВ коррелировала с толщиной межжелудочковой перегородки (r=+0,33) и относительной толщиной стенок левого желудочка (ЛЖ) (r=+0,37). У больных ГБ, имевших повышенную СПВ, измененная геометрия ЛЖ выявлялась в 74,8 % случаев. Увеличение СПВ было обнаружено у 76,4 % пациентов с утолщением комплекса "интима-медиа" (КИМ). Среднее значение СПВ у пациентов с толщиной КИМ >0,9 мм составило 9,43±0,91 мм, с неизменной толщиной КИМ — 8,43±1,22 мм (p<0,05). Таким образом, повышение СПВ с большой вероятностью свидетельствует о наличии поражения органов-мишеней.

Динамика СПВ в течение 1 года во взаимосвязи с признаками поражения органов-мишеней была прослежена у 131 пациента, получавших современную адекватную антигипертензивную терапию. Уже через 6 месяцев лечения у 76,3 % больных было отмечено достоверное уменьшение средних показателей СПВ (на 8,4 % от исходного значения), в то время как динамика показателей гипертрофии ЛЖ ещё не наблюдалась.

Выводы. Полученные результаты позволяют использовать СПВ в качестве метода выявления сердечно-сосудистого ремоделирования при ГБ, а также для контроля эффективности антигипертензивной терапии у больных ГБ как более доступный и менее затратный метод, что особенно важно для амбулаторной практики.

0549 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Нарзуллаева А.Р.
Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучение особенностей клинико-функциональных проявлений артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца у женщин в период перименопаузы во взаимосвязи с развивающимися гормональными сдвигами.

Методы: Нами было обследовано 95 женщин в возрасте от 37 до 55 лет (средний возраст 44,5±0,6 лет). Всем больным по стандартным методикам проводилось измерение артериального давления (АД), антропометрическое исследование, изучался липидный спектр, проводилась проба на толерантность к глюкозе, определение уровней эстрадиола и прогестерона сыворотки крови, регистрация ЭКГ, велоэргометрия, холтеровское ЭКГ-мониторирование, суточное мониторирование АД, эхокардиографическое исследование. В качестве критерия разделения больных на подгруппы была выбрана медиана содержания эстрадиола в этой группе пациентов, которая составила 70,5 пмоль/л. В результате такого разделения в первую подгруппу вошли 34 женщины с содержанием

эстрадиола свыше 70,5 пмоль/л, во вторую подгруппу 31 женщина с уровнем эстрадиола менее 70,5 пмоль/л.

Результаты: Пациентки с низким уровнем эстрогенов характеризовались более тяжелым течением АГ, а именно более высокими цифрами систолического АД (САД) (186,5±1,9 мм рт.ст., против 175,4±2,1 мм рт.ст., p<0,02), часто кризовым течением АГ, более высокой вариабельностью САД (15,6±2,9 мм рт.ст. против 11,4±3,6 мм рт.ст., p<,05), а также выраженными утренними подъемами АД. При проведении сравнительной оценки показателей эхокардиографии оказалось, что у женщин с низким уровнем эстрадиола формируется почти исключительно наиболее неблагоприятный концентрический тип гипертрофии миокарда (77 % против 38 %, p <0,05). При анализе частоты и выраженности метаболических нарушений оказалось, что женщины с низким содержанием эстрадиола имеют более высокий уровень глюкозы крови (6,42±0,65 ммоль/л, против 5,62±0,81 ммоль/л, p<0,05), триглицеридов (2,74±0,84 против 2,11±0,51 ммоль/л, p<0,05) и более низкие значения холестерина липопротеидов высокой плотности (0,87±0,09ммоль/л против 0,99±0,08 ммоль/л, p<0,05). Обращает на себя внимание более тяжелое течение ИБС, т. е. наличие более высокого функционального класса (ФК) стенокардии напряжения у лиц с низким содержанием эстрадиола в крови (ФК III: 32,2 % против 6,0 % в первой группе, p<0,01). Кроме того, следует отметить более частую встречаемость серьезных нарушений ритма (в первую очередь мерцательную аритмию) у больных II группы (12,8 % против 3 %, p<0.05).

Выводы: Таким образом, снижение эстрадиола в период перименопаузы у женщин ассоциировано с развитием тяжелого климактерического синдрома, гемодинамическими, метаболическими нарушениями, ответственных за формирование дислипидемий, нарушений жирового и углеводного обмена, причем данные нарушения наиболее выражены у лиц с уровнем эстрадиола менее 70 пмоль/л.

0550 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ФЕНОМЕН ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Наурбиева Е.Н., Линник С.А., Пономарёва Е.П., Каруна Ю.В.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Актуальной проблемой современной клинической практики является лечение пациентов с сочетанной патологией. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) нередко сочетается с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДК), однако до настоящего времени мало известно о взаимовлиянии этих заболеваний и степени нарушений адаптационных процессов при подобном сочетании. Одним из методов оценки адаптационных возможностей организма является изучение вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Цель работы: изучение ВСР и феномена постпрандиальной стенокардии у пациентов с сочетанием ИБС и ЯБ ДК.

Материал и методы. Обследовано 46 пациентов с сочетанием ИБС и ЯБ ДК (средний возраст 54,1±3,7). Из исследования исключили больных с сердечной недостаточностью III-IV функциональных классов, бронхообструктивными заболеваниями, сахарным диабетом, заболеваниями печени, почек. Диагноз ЯБ ДК верифицировали на основании эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) с морфологическим исследованием биоптатов и определением степени воспаления слизистой оболочки (СО) ДК, а ИБС — анамнеза, суточного мониторирования ЭКГ и велоэргометрического теста, который проводили натощак и через час после стандартного завтрака (590 ккал). Анализ суточной ВСР проводили во временной области по методике разработанной в Российском кардиологическом научно-производственном комплексе МЗ РФ. Рассчитывали средневзвешенную вариацию ритмограммы (СВВР, мс) как интегральную количественную характеристику суточной ВСР. СВВР сравнивали с должными значениями соответственно возрасту, при этом за нижнюю границу нормы принимали суточную СВВР 1560 мс у пациентов в возрасте 28-40 лет и 1166 мс — у лиц старше 40 лет.

Статистический анализ проводили с помощью программы BIOSTAT.

Результаты. Анализ результатов показал, что у больных с сочетанной патологией ВСР была снижена: СВВР составила 635±123,6 мс. Степень снижения СВВР не зависела от функционального класса стенокардии (641,2±107,5; 606,4±120,8 и 608±261,5 мс при I, II и III функциональных классах, соответственно) и длительности анамнеза ИБС и ЯБДК. В то же время, обнаружена корреляционная связь между индексом воспаления СО ДК и СВВР с обратной и выраженной зависимостью (rs =-0,70, p<0,05), свидетельствующая, что с усилением воспаления в СО ДК уменьшается ВСР. У 17 (36 %) пациентов был выявлен феномен постпрандиальной стенокардии: явная (ангинозные боли с характерными изменениями ЭКГ после еды) — у 5 больных, скрытая (появление признаков коронарной недостаточности, по крайней мере, на одну ступень раньше, чем на первом этапе теста, снижение времени работы и/или мощности нагрузки на 30 % и более) — у 12 пациентов. Феномен постпрандиальной стенокардии обнаруживает закономерную связь с наличием выраженного дуоденита: выраженное воспаление СО ДК обнаружено у всех больных с явной постпрандиальной стенокардией и у 86 % пациентов со скрытой. Эти факты можно объяснить нарушением секреции дуоденальных регуляторных пептидов при воспалении СО ДК.

Таким образом, ВСР у пациентов с сочетанием ИБС и ЯБДК существенно снижена, степень изменений ВСР и феномен постпрандиальной стенокардии зависят от выраженности воспалительных изменений СО ДК, что демонстрирует патогенетическую связь обоих заболеваний.

0551 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОСНОВЫ ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ И ПОВЫШЕННОЙ ФОСФОЛИПАЗНОЙ АКТИВНОСТИ

Начкина Э.И.
ГОУВПО "Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева", Саранск, Россия

Цель: изучение сопряженности нарушений состава фосфолипидного бислоя мембран кардиомиоцитов с электрофункциональными изменениями в миокарде при эндотоксикозе, а также определение эффективности нового антигипоксанта ремаксола в коррекции выявленных электрометаболических и мембранодестабилизирующих нарушений сердца при его токсическом повреждении в условиях повышенной фосфолипазной активности.

Методы исследования. В основу работы положены экспериментальные исследования на беспородных половозрелых собаках обоего пола массой от 7,9 до 12,5 кг, эндогенная интоксикация которых воспроизводилась путем моделирования острого панкреатита по способу В.М. Буянова с соавт. (1989). В контрольные сроки (1-е, 3-и, 5-е сутки) производили электрокардиографическое исследование, забор крови, биопсию тканей миокарда. В опытной группе в комплексном лечении применяли ремаксол (10 мл/кг). Определяли выраженность эндогенной интоксикации в плазме крови, липидный состав, интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ), активность фосфолипазы А2, супероксиддисмутазы тканей миокарда, показатели гипоксии в плазме крови и тканях миокарда.

Результаты. При остром панкреатите у животных контрольной группы развивался выраженный синдром эндогенной интоксикации, что подтверждалось увеличением содержания в крови гидрофильных и гидрофобных токсических продуктов. Показатели общей, эффективной концентрации и резерва связывания альбумина существенно снижались,

индекс токсичности плазмы возрастал в 1,6-3,9 раз (p<0,05), содержание молекул средней массы — на 45,9-121,9 % (p<0,05). Наблюдалась активация процессов ПОЛ с увеличением уровня диеновых и триеновых конъюгатов, малонового диальдегида, нарастанием показателей лактата и пирувата при повышении ферментативной активности фосфолипазы А2 в 7-12 раз, что сопровождалось существенным изменением качественного и количественного состава липидов в тканях миокарда; развитием электрофизиологических отклонений в деятельности сердечной мышцы. Применение ремаксола корригирует изменения метаболических и функциональных показателей сердца при эндотоксикозе, способствуя уменьшению интенсивности ПОЛ, фосфолипазной активности, гипоксии, восстановлению состава фосфолипидного бислоя мембран кардиомиоцитов и электрофизиологической активности миокарда. Выявлена корреляционная зависимость (r=0,69-0,83) между эффективностью терапии в отношении модификации липидного спектра биомембран кардиомиоцитов, с одной стороны, и влиянием ее на электрофизиологическую активность миокарда — с другой.

Выводы. Угнетение электрофизиологической активности миокарда при эндотоксикозе и повышенной фосфолипазной активности сопряжено с изменением фосфолипидного состава бислоя мембран кардиомиоцитов, которое в свою очередь зависит от интенсивности ПОЛ, активности фосфолипазных систем, явлений гипоксии. Применение при эндотоксикозе ремаксола приводит к быстрому восстановлению электрофизиологической активности сердца. Кардиопротекторное действие препарата при эндотоксикозе обусловлено его способностью восстанавливать состав фосфолипидного бислоя мембран кардиомиоцитов и корригировать не только явления гипоксии, интенсивность ПОЛ, а также и фосфолипазную активность тканевых структур сердца.

0552 ОСОБЕННОСТИ СРЕДНЕГО ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА

Неаполитанская Т.Э., Скопецкая С.А., Давидович И.М., Бондарь В.Ю.
ГОУ ВПО ДВГМУ, ГУЗ Краевая клиническая больница № 1, Хабаровск, Россия

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью артериальной гипертонии и её осложнений, влияющих на качество жизни, заболеваемость и смертность. Известно, что одной из причин повышения АД является брадикардия, которая способствует нарушению показателей СМАД, в т.ч. среднего пульсового АД, что увеличивает риск поражения органов-мишеней и сердечно-сосудистых осложнений. Вероятно, после имплантации ЭКС при исчезновении брадикардии произойдет нормализация показателей СМАД. У больных с имплантированными ЭКС сердечный ритм часто носит фиксированный характер, что определяет особенности АД по показателям СМАД.

Цель исследования — изучение влияния постоянной электрокардиостимуляции на динамику среднего пульсового АД.

Материалы и методы. Обследованы 90 больных. Среди обследованных пациентов 56 (62 %) женщин, 44 (48 %) мужчин. Возраст пациентов, включенных в обследование, составил в среднем 68,5±7 лет. У большинства пациентов (86(95,6 %)) причиной нарушений проводимости сердца, которая потребовала имплантировать ЭКС является ИБС. Из них у 58 (64,4 %) в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Показанием к имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) у большинства больных были нарушения АВ проводимости (АВ блокада постоянная или преходящая 2-3 степени), которые отмечались у 58 (64,4 %) пациентов (в 21 (23,3 %) случаях синдром Фредерика). У 42 (46,7 %) больных СССУ 1 и 2 типа. Имплантировались ЭКС, работающие в режимах VVI, AAI, DDD (с эндокардиальным расположением электродов в правых отделах сердца). У всех больных во время исследования после имплантации ЭКС отсутствовал собственный более быстрый, чем запрограммированный в ЭКС, ритм и постоянно регистрировался фиксированный базовый ритм электрокардиостимулятора. Частота стимуляции у всех обследованных соответствовала 60-70 импульсам в минуту. Изучение параметров суточного ритма АД проводилось трижды — до имплантации ЭКС у 27 больных и после операции в ранние сроки (на 1-10 -й день после операции) у 56 пациентов, в отдаленном периоде (на 11-150-й день после операции) у 44 пациентов. Суточное мониторирование АД осуществлялось с помощью аппаратно-программных комплексов “BPlab” (Россия) и “АВРМ” (Венгрия). Ночным периодом считалось время 22.00-6.00, остальное время суток — дневным периодом.

Полученные результаты. Показатели среднего пульсового АД у наших пациентов выше нормальных значений до операции (56±13,1 мм рт.ст.), несколько ниже в ранний послеоперационный период (54±12,1 мм рт.ст.), а у пациентов в отдаленный период после операции не выходили за рамки принятых нормальных значений (47±11 мм рт.ст.), что продемонстрировало постепенную нормализацию показателя среднего пульсового АД.

Вывод. У больных артериальной гипертонией, которым имплантирован ЭКС по поводу брадиаритмий, отмечается нормализация среднего пульсового давления в отдаленный период после операции, что свидетельствует об уменьшении риска поражения органов-мишеней и сердечно — сосудистых осложнений.

0553 СУТОЧНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА

Неаполитанская Т.Э., Скопецкая С.А., Давидович И.М., Бондарь В.Ю.
ГОУ ВПО ДВГМУ, ГУЗ Краевая клиническая больница № 1, Хабаровск, Россия

Известно, что отсутствие адекватного ночного снижения АД является независимым фактором риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Недостаточное ночное снижение АД более часто сопровождается поражением органов-мишеней, чем при профиле диппер, при этом у пациентов с суточным профилем нон-диппер и ночной гипертензией преобладает поражение сердца. В тоже время чрезмерное снижение АД в ночное время увеличивает риск поражения головного мозга. Доказано, что брадиаритмия поддерживает повышенное АД и, вероятно, имплантация ЭКС влияет на суточный ритм АД.

Цель исследования — изучение влияния постоянной электрокардиостимуляции на суточный ритм АД.

Материалы и методы. Среди 90 обследованных пациентов 56 (62 %) женщин, 44 (48 %) мужчин в возрасте в среднем 68,5±7 лет. У 86(95,6 %) пациентов причина брадиаритмии — ИБС. Показанием к имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) у большинства больных были нарушения АВ проводимости (АВ блокада постоянная или преходящая 2-3 степени), которые отмечались у 58 (64,4 %) пациентов (в 21 (23,3 %) случаях синдром Фредерика). У 42 (46,7 %) больных СССУ 1 и 2 типа. Имплантировались ЭКС, работающие в режимах VVI, AAI, DDD. У всех больных во время исследования после имплантации ЭКС отсутствовал собственный более быстрый, чем запрограммированный в ЭКС, ритм и постоянно регистрировался фиксированный базовый ритм ЭКС с частотой стимуляции 60-70 импульсам в минуту. Изучение параметров суточного ритма АД проводилось трижды — до имплантации ЭКС у 27 больных и после операции в ранние сроки (на 1-10 -й день после операции) у 56 пациентов, в отдаленном периоде (на 11-150-й день после операции) у 44 пациентов. Суточное мониторирование АД осуществлялось с помощью аппаратно-программных комплексов “BPlab” (Россия) и “АВРМ”

(Венгрия). Ночным периодом считалось время 22.00-6.00, остальное время суток — дневным периодом.

Результаты. У больных артериальной гипертонией до и после имплантации ЭКС преобладает нарушенный суточный индекс (СИ) как по САД, так и по ДАД. Нормальный СИ, свидетельствующий о типе суточной кривой "диппер" до операции отмечается по САД у 3 (11,1 %) пациентов, по ДАД — у 5 (18,5 %) А в ранние сроки после имплантации ЭКС — лишь у 5(8,9 %)(по САД) и 11(19,6 %)(по ДАД) человек. В отдаленный период после операции дипперов по САД — 4(9,1 %), по ДАД — 12(27,5 %). Среди пациентов с нарушенным СИ как в ранний, так и в отдаленный послеоперационный период, преобладали нондипперы по САД (33-58,9 % и 26-59,1 % соответственно) и по ДАД (27-48,2 % и 20-45,5 % соответственно). Кроме того, обращает на себя внимание увеличение количества найтпикеров по ДАД после операции в сравнении данными суточного профиля АД у пациентов до операции.

Вывод. У больных артериальной гипертонией после имплантации ЭКС сохраняется преобладание нарушенного суточного ритма АД, что свидетельствует о высоком риске поражения органов-мишеней и сердечно-сосудистых осложнений.

0554 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИВАБРАДИНА И БИСОПРОЛОЛА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Недоруба Е.А. Кастанаян А.А. Ишмакова Р.А. Моргунов М.Н. Карташова Е.А.
РостГМУ кафедра внутренних болезней № 2, Ростов-на-Дону, Россия

До последнего времени оценке диастолической функции желудочков сердца не придавалось большого значения. В последние годы установлено, что у пациентов с систолической сердечной недостаточностью параллельно выявляется и диастолическая дисфункция. В связи с чем диастолическая дисфункция также требует изучения.

Цель работы: оценка динамики показателей, характеризующих параметры диастолической дисфункции левого желудочка у больных с ИБС в условиях применения β-блокатора и If-ингибитора.

Методы исследования. В исследование было включено 70 пациентов со стабильной стенокардией I-III функционального класса, с обязательным наличием устойчивого синусового ритма, в возрасте от 45 до 74 лет. Все больные были разделены на 2 равные группы. Первая группа получала стандартную терапию ИБС, включающую применение дезагрегантов, нитратов, статинов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, с добавлением β-адреноблокатора (бисопролола) в средней дозе 5 мг/сутки; во второй группе дополнительно к основному лечению добавляли If-ингибитор (ивабрадин), в средней дозе 10 мг/сутки. Исследование продолжалось 3 месяца. Пациентам производили эхокардиографическое исследование на аппарате Aspen (Sitmens Akyson), датчиком 3,5, тканевым допплером, до и после лечения.

Полученные результаты. Отмечены следующие достоверные изменения показателей, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка после лечения в первой исследуемой группе: изоволюметрическое расслабление левого желудочка (IVRT) уменьшилось на 10 %, соотношение скорости раннего наполнения левого желудочка в диастолу (Е) к скорости позднего наполнения в момент систолы (А) возросло на 12,1 %, скоростной показатель волны (е) движения латерального края кольца митрального клапана уменьшился на 4,19 %, соотношение Е/е увеличилось на 3,54 %, площадь левого предсердия (Sлп) уменьшилась на 14,75 %, соотношение Е к Sлп уменьшилось на 6,47 %. Во второй исследуемой группе отмечены следующие достоверные изменения: изоволюметрическое расслабление левого желудочка (IVRT) уменьшилось на 20 %, соотношение скорости раннего наполнения левого желудочка (Е) к скорости позднего наполнения в момент систолы (А) возросло на 45 %, скоростной показатель волны (е) движения латерального края кольца митрального клапана уменьшился на 4,72 %, соотношение Е/е увеличилось на 3,8 %, площадь левого предсердия (Sлп) уменьшилась на 17,03 %, соотношение Е к Sлп уменьшилось на 9,6 %.

Выводы. В группе пациентов получавших ивабрадин отмечено более выраженное, по сравнению с бисопрололом, улучшение показателей характеризующих диастолическую функцию левого желудочка. Это еще раз доказывает, что ивабрадин может применяться для лечения ишемической болезни сердца наряду с бета-блокаторами, при наличии устойчивого синусового ритма.

0555 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И СМЕРТИ ОТ ВСЕХ ПРИЧИН ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Некрасов А.А., Мельниченко О.В., Кузнецов А.Н.
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить предикторы неблагоприятных исходов по результатам двухлетнего наблюдения за пациентами с легочным сердцем.

Материалы и методы: наблюдали 60 пациентов с бронхообструктивными болезнями и формирующимся легочным сердцем (ср. возраст 58,8±1,14 года, 39 мужчин и 21 женщина, срок наблюдения — от 18 до 32 месяцев). У всех исходно оценивали клинико-анамнестические данные, состояние миокарда правого и левого желудочков (ПЖ и ЛЖ) и предсердий (ПП и ЛП) по ЭхоКГ, общепринятые лабораторно-биохимические показатели. В качестве конечных точек рассматривали развитие острых сердечно-сосудистых событий, в том числе инфаркта миокарда (ИМ) и нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), а также смерть от любых причин. При статистической обработке использован однофакторный и многофакторный регрессионный анализ в модели логистической регрессии.

Результаты: За время наблюдения от всех причин умерло 5 человек (8,3 %, из них 4 — вследствие сердечно-сосудистых событий и 1 — в результате онкологического заболевания). Необходимость в госпитализации возникла у 15 человек (25 %). АГ впервые выявлена у 15 больных (25 %), аритмии — у 8 пациентов (13,3 %), ИБС — у 10 больных (16,7 %). Острые сердечно-сосудистые события возникли у 9 человек (15 % случаев, в том числе ИМ — у 6 (10 %), ОНМК — у 3 больных (5,0 %)). При однофакторном анализе к числу клинико-анамнестических предикторов любых сердечно-сосудистых событий можно отнести курение (ОШ 10,09 [1,74; 58,0], p=0,008) и большую степень выраженности одышки при ее оценке по 4-х балльной шкале (ОШ 2,5 [0,99; 6,80], p=0,050). К числу ЭхоКГ показателей риска сердечно-сосудистых событий можно отнести увеличение ЛП (ОШ 1,11 [0,97; 1,20], p=0,045) и соотношения Ve/Vатк при оценке транстрикуспидального кровотока (последнее, вероятно, за счет псевдонормализации и развития диастолической дисфункции правого желудочка II типа, ОШ 2,97 [0,90; 10,1], p=0,049). При многофакторном анализе статистически значимыми факторами риска сердечно-сосудистых событий остаются курение и Ve/Vатк. К числу показателей риска смерти от всех причин при однофакторном анализе можно отнести конечно-систолический размер, толщину задней стенки и ФВ ЛЖ (ОШ соответственно 1,23 [0,98; 1,53], p=0,046; 2,5 [1,0; 6,1], p=0,017 и 1,05 [1,0; 1,10], p=0,040), а также соотношение Ve/Vатк (ОШ 5,03 [0,98; 26,0], p=0,052). При многофакторном анализе статистически значимыми факторами риска смерти остаются конечно-систолический размер и ФВ ЛЖ.

Выводы: неблагоприятные исходы у пациентов с легочным сердцем нередко реализуются в виде присоединения другой сердечно-сосудистой патологии (АГ, ИБС) и развития

острых сердечно-сосудистых событий. При прогнозировании неблагоприятных исходов важен учет общих для легочной и сердечной патологии факторов риска (курение) и ЭХОКГ параметров, характеризующих структуру и функцию как правых (Ve/Vатк), так и левых отделов сердца (КСР ЛЖ, ФВ ЛЖ).

0556 АКТИВАЦИЯ РААС И СИСТЕМЫ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ, ВЛИЯНИЕ НА ТЕМПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И РИСК НЕБЛАГОПРЯТНЫХ ИСХОДОВ

Некрасов А.А., Мельниченко О.В., Кузнецов А.Н.
НГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель: исследовать влияние активации цитокинов и РААС на темпы ремоделирования миокарда и риск неблагоприятных исходов по результатам двухлетнего наблюдения за пациентами с легочным сердцем.

Материалы и методы: в динамике (исходно и через 22±1,34 месяца) обследовано 115 больных с ХОБЛ и формирующимся легочным сердцем (ср. возраст 59,7±1,16 года, 68 мужчин и 47 женщин). Изучены взаимосвязи между состоянием миокарда правого и левого желудочков (ПЖ и ЛЖ) по ЭХОКГ, и уровнями NT-pro-BNP, эндотелина, ФНО, ИЛ6, альдостерона и ренина по данным иммуноферментного анализа. Конечными точками были: сердечно-сосудистые события (инфаркт миокарда (ИМ)) и смерть от любых причин. Для выявления факторов, ускоряющих перестройку ПЖ, сопоставили 2 группы с разной выраженностью изменений толщины передней стенки и/или размера ПЖ: 1-я — с минимальным (n=30), 2-я — с существенным приростом показателей (N=22). Применяли методы Спирмена, Манна-Уитни, регрессионный анализ.

Результаты: выявлены корреляционные взаимосвязи между уровнями цитокинов, компонентов РААС и ЭХОКГ показателями сердца (исходные, конечные данные и их прирост). Уровень ренина взаимосвязан с состоянием диастолической функции ПЖ по Е/Атк (обратная корреляция с исходным значением, R=-0,34; p=0,036, прямая — с приростом, R=0,38; p=0,025), с систолической функцией ЛЖ (обратная корреляция с ФВ ЛЖ в начале, в конце наблюдения и с ее приростом, R1=-0,35; p=0,023; R2=-0,37; p=0,015; R3=-0,31; p=0,042). Уровень альдостерона прямо коррелировал с ростом правого предсердия (R=0,35; p=0,046) и среднего давления в легочной артерии (R=0,32; p=0,037) в динамике, NT-pro-BNP — с размерами предсердий в разные сроки (исходно для ЛП — R=0,72; p=0,002, для ПП — R=0,50; p=0,011), ИЛ6 — с исходными КДО ПЖ (R=0,59; p=0,006) и КДО ЛЖ (R=0,42; p=0,037). При сравнении 1-й и 2-й групп у лиц с высокими темпами ремоделирования ПЖ были больше исходные значения креатинина (97,8±3,80 и 116,1±5,75 мкмоль/л, p=0,013), ФНО (5,9±3,48 и 8,0±3,26, p=0,034), NT-pro-BNP (47,7±11,1 и 427,7±313,6 пг/мл, p=0,014). При однофакторном регрессионном анализе факторами риска ускоренной перестройки ПЖ оказались исходные уровни креатинина (ОШ 1,07 [1,0; 1,15], p=0,010) и ренина (ОШ 1,13 [0,98; 1,31], p=0,035). От всех причин умерло 4 человека (7,6 %, из них 3 — от сердечно-сосудистых причин), АГ впервые -14 больных (26,9 %), ИБС — у 9 больных (17,3 %), ИМ — 5 (9,6 %), ОНМК — у 3 (5,8 %). Высокий исходный уровень ренина может быть фактором риска ИМ у больных с легочным сердцем (ОШ 1,11 [0,99; 1,25], p=0,048).

Выводы: активация компонентов РААС и провоспалительных цитокинов относится к числу важных патогенетических механизмов при легочном сердце. Нейрогормональные сдвиги ускоряют развитие легочного сердца и способствуют возникновению, прогрессированию патологии ЛЖ. Неблагоприятные исходы часто связаны с присоединением АГ и ИБС. Ценность для прогнозирования темпов ремоделирования ПЖ и риска сердечно-сосудистых событий (прежде всего ИМ) имеет гиперренинемия.

0557 ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ОШИБКИ ПРОФИЛАКТИКИ

Немирова С.В., Медведев А.П., Железнов Ю.Б.*, Чехов О.Н.*, Курникова А.А.
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия; Городская клиническая больница № 5*, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования — выявить наиболее часто встречаемые фатальные ошибки в профилактике тромбоэмболии легочных артерий в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы. Проведен анализ 3907 историй болезней пациентов, погибших в многопрофильном стационаре за четырехлетний период. В 281 случае (7,19 %) диагностирована тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА), в госпитальном периоде ТЭЛА развилась у 47 пациентов (16,73 %). Выполнено ретроспективное выявление факторов риска госпитального развития ТЭЛА и проведена оценка ее профилактики.

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе мужчин было 19, женщин — 28 %; средний возраст составил 62,43±6,71 год (от 44 до 88 лет). Во всех случаях тромбомболия легочных артерий была гемодинамически значимой, и ее эпизод резко ухудшал состояние пациента, приводя к "срыву" компенсаторных механизмов и летальному исходу. Прижизненно ТЭЛА не была выявлена у 11 больных, которым диагностировались либо острый инфаркт миокарда, либо повторное ОНМК. Причинами госпитализации были: ОНМК — 19, острый коронарный синдром и ОИМ — 6, язвенная болезнь или рак желудка и синдром Мелори-Вейса — 5, рак легкого — 5, острая кишечная непроходимость — 5, тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей — 3, атеросклеротическая гангрена нижней конечности — 2, острый гангренозных аппендицит, острый гангренозный холецистит и бронхоэктатическая болезнь легких — по 1 случаю соответственно. Основными факторами риска развития ТЭЛА были длительная гиподинамия (47), ИБС (38), тромбоз глубоких вен нижних конечностей (20), длительная травматичная операция (15), ожирение (11), онкологическое заболевание (8), эпизод ТЭЛА в анамнезе (7), гемостатическая терапия (6); у 11 пациентов диагностирована ХОБЛ, у 5 — сахарный диабет в стадии суб- и декомпенсации. У всех больных риск развития ВТЭ оценивался как высокий.

Немедикаментозная профилактика ТЭЛА проводилась в 24 случаях, включая преимущественно эластическое бинтование нижних конечностей. "Пассивная гимнастика" не выполнялась ни одному пациенту. Нефракционированный гепарин был назначен 8 больным в дозе 2500 ЕД подкожно 4 раза в день, низкомолекулярный (клексан 0,3) применялся у 4 пациентов, варфарин — у 1 больного. Во всех случаях дозировки препаратов были недостаточны для эффективной профилактики, что и подтверждается низким значением МНО. Обоим больным с исходным ТГВ не было выполнено УЗИ, что стало причиной гиподиагностики флотирующего характера тромбоза. Хирургическая профилактика не проводилась, что мотивировано тяжестью состояния больного.

Выводы. В ходе исследования у пациентов групп высокого риска выявлены недостатки профилактики ТЭЛА, связанные с недооценкой факторов риска, неэффективной терапией и отказом от таких оперативных методов профилактики, как имплантация кава-фильтра, пликация вены и тромбэктомия.

0558 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Никитина Н.М., Ребров А.П.
ГОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Кардиоваскулярные осложнения, в основе которых лежит раннее развитие атеросклероза, являются основной причиной

преждевременной смертности больных ревматоидным артритом (РА). В этой связи представляется актуальным проведение у больных РА методов обследования, направленных на раннее выявление атеросклероза. Среди широкого спектра неинвазивных инструментальных методов особенно информативным считается определение толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) сонных артерий с помощью ультразвукового исследования с высоким разрешением.

Проведена оценка выраженности атеросклеротического поражения сонных артерий у 110 больных ревматоидным артритом (РА) без клинических проявлений атеросклероза по величине ТИМ. Исследование проводилось на аппарате ACUSON 128 XP/10.

Средняя ТИМ левой сонной артерии составила 0,66±0,31 мм у больных РА и 0,39±0,10 мм у лиц группы контроля (p<0,001), средняя ТИМ правой сонной артерии — 0,65±0,31 мм и 0,40±0,12 мм соответственно (p<0,001). Увеличение ТИМ встречалось у 49 (44,6 %) больных, из них у 29 (26,4 %) пациентов ТИМ превышала 1,2 мм, что является абсолютным признаком атеросклеротического поражения сосуда (у лиц группы контроля толщина стенки была в пределах 1,2 мм). Атеросклеротические бляшки, выступающие в просвет артерии, сформированные на исходно не измененной стенке артерии (ТИМ < 0,9 мм), обнаружены у 19 (17,3 %) пациентов, из них у 6 пациентов бляшки располагались в обеих сонных артериях. Наиболее частой локализацией атеросклеротических бляшек, по данным нашего исследования, является бифуркация общей сонной артерии (встречается у 83 % пациентов, имеющих изменения ТИМ). Правая и левая сонные артерии поражались одинаково часто. Пациенты, имеющие атеросклеротические бляшки, были старше пациентов без атеросклеротических изменений в сосудах (средний возраст — 59,2±7,9 и 52,5±8,1 года соответственно, p<0,05), имели достоверно более высокие значения индекса сердечно-сосудистых осложнений — SCORE (1,28±0,46 и 1,09±0,28, p<0,05). Толщина стенки сонной артерии возрастала по мере увеличения SCORE (p<0,05), что отражает взаимосвязь ТИМ и традиционных факторов риска атеросклероза у больных РА. Вместе с тем, изменения ТИМ выявлялись не только у пациентов с высоким расчетным риском развития фатальных сердечно-сосудистых событий, но и у пациентов с умеренным и низким риском. Выявлены взаимосвязи между ТИМ и продолжительностью РА (ρ=0,29, p=0,004), функциональным индексом нетрудоспособности HAQ (ρ=0,24, p<0,05), а также снижением вариабельности сердечного ритма, вазорегулирующей активности эндотелия, жесткостью артерий, уровнем С- реактивного белка.

Таким образом, наличие ревматоидного артрита является самостоятельным фактором риска развития атеросклероза у молодых пациентов, не имеющих традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Измерение ТИМ у пациентов с РА с умеренным риском развития фатальных осложнений может применяться для своевременной диагностики атеросклероза у больных РА.

0559 ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА

Никишин А.Г., Пирназаром М.М., Мамарасулов Т.М., Якуббеков Н.Т., Нурбаев Т.А.
РСЦК, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: сравнение исходов острого коронарного синдрома (ОКС) в группах больных высокого риска по данным 14 региональных клиник.

Материалы и методы. В исследование включено 1100 больных без ограничений в возрасте, поступивших с диагнозами “Острый коронарный синдром” в 14 стационарах региона. Больные разделены на 5 групп: 1 группа — 356 больных пожилого и старческого возраста (от 65 лет и старше), 2 группа 284 больных с сахарным диабетом, 3 группа- 328 больных женского пола, 4 группа — 353 больных с поражением почек (ХБП), 5 группа — 247 больные ОКС с ранней постинфарктной стенокардией (РПС). Группы сравнивались по “жестким” клиническим конечным точкам: летальные исходы, рецидивы, инсульты/ТИА, кровотечения за период 14 дней.

Результаты. Общая летальность составила 4,38 % (45 больных), количество рецидивов ИМ 83 (8,07 %), ОНМК/ТИА отмечались в 73 (7,07 %) случаях, кровотечения были у 14 больных (1,36 %). Наиболее высокими показатели летальности были в группе больных старше 65 лет -7,9 %, а также в группе пациентов с ХБП -9,9 %, в то время как показатель смертности в группе с РПС, а также в группе диабета был парадоксально самым низким 2,8 %и 3,9 %. Летальность у женщин превышала показатель этих групп 4,6 %. Реинфаркт регистрировался в 13,8 % в группе РПС, что и ожидалось, и в 8,7 % в группе больных с ХБП, в то время как в группе старше 65 лет -7,9 %, у женщин 6,4 %, при диабете 4,9 %. Частота кровотечений была наиболее высокой с старшей возрастной группе 2,57 % и у женщин 1,26 %, в то время как в группе ХБП, диабета и РПС он составил 0,82 %, 4,43 % и 0,8 %. Интересные данные получены по нарушениям мозгового кровообращения. Количество ОНМК/ТИА в исследуемых группах было очень высоким, особенно в группах диабета и почечной патологии (2,7и 2,3 %), в группах стариков 1,7 %, у женщин 1,4 %, наименьшими показателями были в группе РПС 0,49 %. Признаки острой сердечной недостаточности (ОСН) 2-3 класса по Киллип также чаще регистрировались у пожилых больных, в то время как показатели остальных групп были сопоставимы. Наименьшее количество больных с ОСН парадоксально было в группе РПС. Сходная картина отмечалась и по частоте развития хронической сердечной недостаточности 33,5 % больных старше 65 лет при выписке имели признаки ХСН, против 26,3 % в группе с наилучшими показателями (группа РПС)

Заключение: на большой когорте больных показано, что женщины и больные с патологией почек имеют худший госпитальный прогноз, чем пациенты с диабетом и наличием ранней постинфарктной стенокардии, относящиеся к “аксиомальным” группам высокого риска. Наиболее опасной категорией по всем показателям продолжает оставаться возраст старше 65 лет.

0560 ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ИБС В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Никулина Н.Н., Бойцов С.А., Якушин С.С., Лиферов Р.А., Акинина С.А., Фурменко Г.И.
Рязанский государственный медицинский университет, Рязань, Россия; Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Москва, Россия; Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия; Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия

Цель: провести анализ показателей заболеваемости и смертности населения при острых формах (ОФ) ИБС с целью определения возрастных групп мужчин и женщин с наибольшим риском летального исхода в случае развития ОФ ИБС.

Методы. В анализ включены все случаи острого коронарного синдрома (в т.ч. инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии) и внезапной коронарной смерти, как официально зарегистрированные, так и выявленные по специально разработанному алгоритму среди изучаемого населения (285 736 человек). Анализ проведен по данным 2007-2008гг, т. е. до системной реорганизации неотложной кардиологической помощи в регионах.

Результаты. Зарегистрированная заболеваемость мужчин ОФ ИБС составила 507,49 случаев на 100 000 мужского населения, смертность — 198,65 случаев на 100 000, летальность — 39,14 %, т. е. выживают лишь 60,86 % мужчин. Пик и заболеваемости, и смертности среди мужчин приходится на возраст 50-69 лет, а с уменьшением и с увеличением возраста эти показатели линейно снижаются. Однако, именно среди муж-

чин 50-69 лет (а также 40-49 лет) отмечены лучшие показатели выживаемости при ОФ ИБС (64,41-65,90 %), тогда как риск летального исхода повышается как в более молодом возрасте (выживаемость 30-39-летних мужчин — 52,40 %), так и в более старших группах: выживаемость 80-89-летних — 34,90 %, а среди лиц ≥ 90 лет все случаи ОФ ИБС оказались фатальными.

Заболеваемость женщин ОФ ИБС по сравнению с мужчинами в 1,99 раза ниже (254,50 случая на 100 000 женского населения), смертность — в 1,79 раза ниже (110,95 на 100 000), тогда как летальность — в 1,11 раза выше (43,60 %), соответственно, выживаемость составляет лишь 56,40 %. Пик заболеваемости и смертности от ОФ ИБС среди женщин приходится на возраст 70-79 лет, а самый высокий показатель выживаемости — на возрастную группу до 49 лет (83,26 %). С увеличением возраста у женщин линейно увеличивается вероятность летального исхода при ОФ ИБС (22,56 % в 50-59 лет, 28,43 % в 60-69 лет, 49,29 % в 70-79 лет, 78,10 % в 80-89 лет, 88,13 % в 90-99 лет, среди женщин старше 100 лет все случаи острых форм ИБС оказались фатальными).

Выводы: 1) Острые формы ИБС у мужчин развиваются в 1,99 раза чаще, однако для женщин характерна большая вероятность летального исхода при развитии острой формы ИБС. 2) Несмотря на пик заболеваемости острыми формами ИБС у мужчин в возрасте 50-69 лет, именно эта возрастная группа имеет самый высокий показатель выживаемости, тогда как к категории наиболее высокого риска летального исхода относятся мужчины <50 лет и >69 лет и, особенно, >79 лет (J-образная кривая зависимости летальности от возраста). 3) Совершенно иная закономерность зарегистрирована для женщин: риск развития летального исхода в случае развития острых форм ИБС повышается пропорционально возрасту (линейный характер зависимости летальности от возраста).

0561 ЧАСТОТА АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СООТВЕТСТВЕННО УРОВНЮ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ

Нилова О.В., Колбасников С.В.
ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Цель: изучить частоту ассоциированных клинических состояний у больных артериальной гипертензией (АГ) соответственно уровню общего холестерина (ОХ) плазмы крови.

Методы исследования: обследовано 130 больных АГ (женщины — 66; мужчины — 64; возраст 50,4 лет) I-III стадии. В зависимости от уровня ОХ пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили 46 больных с оптимальным (≤5,0; 4,5±0,7 ммоль/л) уровнем ОХ (контрольная); 2-ю — 40 человек с умеренно повышенным (от 5,0 до 5,9; 5,9±0,2 ммоль/л); 3-ю — 44 пациента с высоким (≥6,0; 7,2±0,8 ммоль/л).

Полученные результаты. В 1 группе ассоциированные состояния в виде ИБС не выявлялись как у мужчин, так и у женщин. По данным анамнеза транзиторная ишемическая атака (ТИА) встречалась только у 1 (4,3 %) мужчины, а острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) имелось у 1 (4,3 %) женщины; сочетания ИБС и ТИА как у мужчин, так и у женщин не выявлялось. Во 2 группе ИБС в виде стенокардии напряжения I-III функционального класса имелась у 4 (19,0 %) мужчин и у 2 (10,5 %) женщин. ТИА была у 1 (4,8 %) мужчины и у 2 (10,5 %) женщин, а ОНМК — у 2 (10,5 %) женщин. Сочетание ИБС и ТИА регистрировалось только у 2 (9,1 %) женщин. В 3 группе стенокардия напряжения I-III функционального класса имелась у 8 (36,4 %) мужчин и у 2 (9,1 %; p<0,05 между мужчинами и женщинами 3 группы) женщин; ТИА — у 2 (9,1 %) женщин, а у мужчин не регистрировалась; ОНМК имелось у 4 (18,1 %) женщин. Сочетание ТИА и ОНМК — у 2 (9,1 %) женщин.

Выводы. Таким образом, у больных АГ с увеличением уровня ОХ у мужчин из ассоциированных клинических состояний отмечается нарастание частоты ИБС, тогда как у женщин — ИБС, ТИА и ОНМК, так и их сочетания, что необходимо учитывать при разработке индивидуальных планов лечебно-профилактических мероприятий.

0562 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Нилова С.А.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Изучить влияние повышенного потребления поваренной соли (ПС) на риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 320 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с АГ (мужчин — 174 и женщин — 146, средний возраст 57±4 г.). У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), суточная экскреция ионов натрия с мочой (СЭИНМ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование сердца. Низкий ПВЧПС (менее 0,16 % раствора NaCl) имелся у 21 % (67) больных, средний (0,16 %) у 23 % (74), высокий (более 0,16 %) у 56 % (179). В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я — лица с низким ПВЧПС, 2-я — с высоким.

Результаты. СЭИНМ была достоверно больше у больных ПИКС с АГ с высоким ПВЧПС, чем с низким. При проведении корреляционного анализа оказалось, что имеется положительная связь между ПВЧПС и СЭИНМ (r = 0,4; p<0,01). Головные боли беспокоили 18 % больных с низким ПВЧПС и 56 % — с высоким (p<0,01). У больных 1-й группы боли в области сердца и за грудиной встретились в 32 %, а у 2-й в 87 % (p<0,01) случаев, стенокардия напряжения I — III функциональных классов соответственно в 23 % и 76 % случаев (p<0,01). Курящих среди лиц 1-й группы было 27 %, а 2-й — 75 % (p<0,01), уровень холестерина в крови у пациентов 1-й группы был существенно ниже, чем у 2-й (p<0,05). Отягощенная наследственность встретилась соответственно в 28 % и 64 %; p<0,01. У больных 2-й группы тяжелее клинически протекала АГ, заболевание развивалось на 7 лет раньше, чем у 1-й. Так же у больных с высоким ПВЧПС инфаркт миокарда развивался на 6 лет раньше, чем с низким порогом. Течение заболевания у больных 2-й группы в 4 раза чаще осложнялось гипертоническими кризами, чем у больных 1-й группы (соответственно у 52 % и 14 %; p<0,05). У больных 2-й группы во время гипертонических кризов чаще наблюдались нарушения ритма по типу суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол (одиночных и групповых). У лиц с высоким ПВЧПС гипертонические кризы чаще сопровождались приступами тошноты и рвоты, головной болью (p<0,05). У пациентов 2-й группы чаще имелись указания на транзиторные ишемические атаки в анамнезе, чем у пациентов 1-й группы (p<0,05). По данным СМАД в процентном соотношении большая часть дипперов была сосредоточена в 1-й группе больных (p<0,05). Напротив, доля недипперов среди лиц 2-й группы почти в 3 раза была выше, чем среди больных 1-й (p<0,05). При этом овердипперы выявлялись только в 1-й группе больных, тогда как найт-пиккеры только во 2-й. По данным ЭхоКГ оказалось, что КДО, УО, ММЛЖ (p<0,01), ТМЖП и ТЗСЛЖ были существенно больше у пациентов 2-й группы, чем 1-й. ФВ у больных 2-й группы была меньше, чем у 1-й (p<0,05). Практически у всех лиц 2-й группы имелась диастолическая дисфункция ЛЖ (p<0,05).

Вывод. Полученные данные фактически свидетельствуют, что больные ИБС с АГ со сниженной вкусовой чувствительностью к ПС имеют более высокий риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений. Разумеется, указанный аспект

требует проведения специальных исследований, и это, на наш взгляд, является исключительно важным в плане поиска причин высокой заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и разработке организационных лечебно-профилактических мероприятий.

0563 ОТДЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИЯХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ И КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Новгородцева Н.Я., Гоголашвили Н.Г.
Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью исследования было изучение распространенности отдельных факторов риска сердечно — сосудистых заболеваний у лиц с нарушением ритма сердца (НРС) в популяциях сельских жителей Якутии и сельских жителей Красноярского края.

Обследовалось население в возрасте 16 лет и старше. Было обследовано 673 коренных сельских жителя Якутии: 305 мужчин и 368 женщин, 1203 сельских жителя Красноярского края: 474 мужчины и 729 женщин. В популяции жителей Якутии охват составил 81,9 %, в популяции сельских жителей Красноярского края 76,1 % от списочного состава обследуемых поселков. В ходе исследования проводилось анкетирование, клинический осмотр, запись стандартной ЭКГ с непрерывной регистрацией 100 кардиоциклов в одном из отведений.

В популяции жителей Якутии отсутствовали достоверные различия в распространенности злоупотребления алкоголем между лицами с аритмиями и лицами без данных нарушений: 17,7 % и 15,1 % соответственно (p>0,05). В этой популяции у мужчин с аритмиями злоупотребление алкоголем отмечалось в 21,8 %, у мужчин без аритмий в 16,8 % случаев (p>0,05). У женщин с НРС распространенность этого фактора риска составила 14,2 %, у женщин без НРС 13,8 % (p>0,05). В популяции сельского населения Красноярского края злоупотребление алкоголем достоверно чаще наблюдалось в группе лиц с НРС (43 %), чем у лиц без аритмий (35,9 %) (p=0,039). В этой популяции у мужчин с НРС данный фактор риска отмечался достоверно чаще, чем у мужчин без аритмий: 61,4 % и 43,1 % соответственно (p=0,002). У женщин достоверных различий в распространенности злоупотребления алкоголем выявлено не было: 31,4 % и 30,4 % соответственно (p>0,05). В популяции сельских жителей Красноярского края, у мужчин отмечалась достоверная связь между аритмиями и злоупотреблением алкоголем (Хи — квадрат — 8,1, p=0,044). В популяции коренных сельских жителей Якутии наблюдались достоверные различия в распространенности курения у лиц с НРС и без них. В группе лиц с аритмиями курение наблюдалось в 44,5 %, в группе лиц без НРС в 30,8 % случаев (p=0,033). У мужчин с данными нарушениями этот фактор риска был выявлен в 54,1 %, у мужчин без НРС в 34,8 % случаев (p=0,035). У женщин с аритмиями курение выявлялось незначительно чаще, чем у женщин без этих нарушений: 33,7 % и 27,6 % (p>0,05). В популяции сельских жителей Красноярского края не отмечалось достоверных различий в распространенности курения у лиц с НРС и без них: 31 % и 25 % соответственно (p>0,05). В тоже время у мужчин с аритмиями, курение наблюдалось достоверно чаще (57,1 %), чем у мужчин без аритмий (46,3 %) (p=0,048). У женщин с НРС курение наблюдалось в 13,7 %, у женщин без НРС в 11,3 % случаев (p>0,05). В популяции сельских жителей Якутии у лиц с аритмиями избыточная масса тела наблюдалась в 17,8 %, у лиц без аритмий в 20,3 % случаев (p>0,05), в популяции сельских жителей Красноярского края избыточная масса тела отмечалась у 42,2 % лиц с аритмиями и 44,6 % лиц без данных нарушений (p>0,05).

0564 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Новикова О.В., Гольберг Я.С., Воробьева Е.Н.
ГОУ ВПО Алтайский Государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель. Изучение эффективности усиленной наружной контрпульсации в комплексном лечении пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: 30 больным ИБС (4 женщины и 26 мужчин, средний возраст 57,3±3,4 лет) был проведен 35-часовой курс усиленной наружной контрпульсации (УНКП) на первом отечественном комплексе для наружной контрпульсации CardioPULSAR, включающий 35 часовых процедур в течение 7 недель. У всех пациентов было документированное по данным коронарографии гемодинамически значимое поражение коронарных артерий (80 % имели трехсосудистое поражение). Кроме того, 53 % пациентов имели гипертоническую болезнь 1-3 степени, сердечную недостаточность I-III функционального класса по NYHA (10 %), инфаркт миокарда в анамнезе (40 %). 3,4 % пациентов имели возобновление клиники стенокардии после проведенной операции реваскуляризации (аортокоронарное шунтирование), у 96,6 % пациентов шунтирование коронарных артерий технически не представлялось возможным, либо пациенты отказались от проведения операции. Все пациенты получали идентичную медикаментозную терапию. Для определения показаний и противопоказаний пациентам проводилось: клиническое обследование, биохимическое исследование крови, электрокардиография, велоэргометрия, эхокардиография, коронароангиография или мультисерийная компьютерная томография, сцинтиграфия миокарда. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию. Для определения качества жизни использовался универсальный опросник SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

Результаты. После полного курса УНКП почти у всех пациентов (93,4 %) отмечено достоверное (p<0,01) уменьшение функционального класса стенокардии более чем на один — уменьшение количества и продолжительности приступов стенокардии, потребности в нитратах. У пациентов с гипертонической болезнью отмечено уменьшение систолического давления на 12,3 %, диастолического — на 7,8 % уже к 20-й процедуре УНКП.

Улучшение электрокардиографических показателей удалось добиться у 6,6 % пациентов — снижение частоты сердечных сокращений, улучшение процессов реполяризации. По данным велоэргометрии повысилась толерантность к физической нагрузке и общая продолжительность пробы у 33,3 %. Отмечено уменьшение площади и выраженности гипоперфузируемых участков миокарда по данным сцинтиграфии у 20 % пациентов. По данным эхокардиографического исследования произошло достоверное увеличение фракции выброса ЛЖ у трети пациентов. У всех пациентов отмечено субъективное улучшение самочувствия, что подтверждается данными опросника качества жизни как по общему баллу, так и по шкалам — физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье.

Выводы. Применение УНКП вызывает уменьшение количества приступов стенокардии, потребности в нитратах, улучшение качества жизни и переносимости физической нагрузки, улучшает перфузию миокарда; снижает функциональный класс стенокардии, прогрессирование сердечной недостаточности, степень артериальной гипертензии. Усиленная наружная контрпульсация является современным эффективным высокотехнологичным немедикаментозным методом, повышающим качество лечения пациентов с ИБС.

0565 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Новиков Р.А.*, Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф.
ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия; ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Цель: изучение распространенности тревожно-депрессивных расстройств у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материалы и методы. Обследовано 153 больных ССН II-III функционального класса [ФК] (70 % мужчины, 30 % женщины, средний возраст 57,2±3,8 г.) Психологический статус исследовался с использованием госпитальной шкалы депрессии Гамильтона (HDRS), опросника Спилбергера-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности, сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (В.П. Зайцев, 1981). Для сравнения использовали показатели группы из 50 клинически здоровых доноров крови, по возрасту и полу сопоставимых с основным массивом больных.

Результаты. По классу стенокардии больные были разделены на 2 группы: 1-ая группа — ССН IIФК (51 больных), 2-ая группа — ССН III ФК (103 больных). В первой группе ранее перенесли неQ-инфаркт миокарда 16 больных, во второй -39.

У 52 больных был обнаружен сформировавшийся депрессивный синдром (12-15 баллов по HDRS). Выраженность депрессии нарастала параллельно утяжелению клинического течения ИБС: при ССНII ФК 14,48±2,74 балла, при ССНIIФК и постинфарктном кардиосклерозе (ПИКС) 16,76±2,2 балла, при СНIIIФК 15,79±4,9 балла, при ССНIIIФК+ ПИКС 17,94±1,76 балла. Анализ профилей СМОЛ показал, что больные склонны к фиксации на соматическом дискомфорте, более конвенциальны и пессимистичны по сравнению с клинически здоровыми донорами ($p<0,05$), обеспокоены не только состоянием своего здоровья, но и мнением окружающих о них, эгоцентричны — исподволь, но настойчиво, добиваются внимания к себе, в то же время пассивны и зависимы как от врача, так и от окружающих, придают большое значение социальным нормам и запретам. Самыми высокими точками психологического профиля были шкалы ипохондрии, депрессии и истерии (количество Т-баллов по СМОЛ соответственно 62, 58, 55, различия с показателями больных без депрессии достоверны, $p<0,05$). Показатели личностной тревожности также были существенно выше, чем у лиц контрольной группы (38 и 26 баллов, соответственно, $p<0,05$). У оставшейся части пациентов фиксировались лишь отдельные признаки депрессии (10 и менее баллов по HDRS). Для данных больных был характерен интрапсихический конфликт между высоким уровнем требований к себе и низкой самооценкой, между эгоцентричными проявлениями и недовольством собой, что может стать основой депрессивных тенденций, усиливающихся вследствие болезни.

Выводы. У 34 % больных ССН наблюдается выраженная депрессия, усугубляющаяся с нарастанием тяжести ИБС. Основную массу больных со стабильно протекающей ИБС характеризует высокая степень невротизации и тревожности.

0566 СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИИ

Новиков Р.А.*, Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф.
ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия; ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Цель: оценить частоту и структуру нарушения ритма сердца (НРС) у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) в зависимости от наличия депрессии.

Материалы и методы. В исследование было включено 273 пациента ССН II-IV ФК (средний возраст 54,6±7,23, женщин 22 %). Контрольную группу составили 66 клинически здоровых доноров крови, по полу и возрасту сопоставимых с больными стенокардией. Критериями исключения являлись: ХОБЛ (по данным спирографии), любые продольные или поперечные блокады сердца, фибрилляция предсердий, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда (< 6 мес.), сахарный диабет, ХСН > 2 ФК по NYHA, нарушения функции печени и почек, синдром WPW, имплантированный ЭКС, непереносимость β-адреноблокаторов. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Н. Холтеру на аппарате "Кардиотехника-4000 АД" (АОЗТ "Инкарт", СПб). Верификация депрессии проводилась с использованием госпитальной шкалы депрессии Гамильтона с последующей консультацией психиатра.

Результаты. В зависимости от выраженности депрессии больные ССН были разделены на 2 группы: основную группу составили больные со сформировавшимся депрессивным синдромом (n=143, 16,94±3,18 балла) и группу сравнения-больные, имеющие отдельные его признаки (n=130, 5,72±0,74 балла). В контрольной группе показатель шкалы Гамильтона составил 2,06±0,08 балла. Различия между группами достоверны ($p<0,01$).

Число НРС у лиц основной группы и группы сравнения было достоверно больше, чем у доноров крови ($p<0,01$). НРС отсутствовали в 9 %, 20 % и 68 % случаев, соответственно. У больных с депрессии суправентрикулярная экстрасистолия (СВЭ) встречалась на 17 % чаще, чем у больных группы сравнения ($p<0,05$). Редкая монотопная желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) имела сходный паттерн распределения: 64 % vs 42 % ($p<0,05$). Наиболее выраженные отличия между сопоставляемыми группами касаются пароксизмов суправентрикулярной тахикардии (ПСВТ) и желудочковой тахикардии (ПЖТ). У больных основной группы ПСВТ зафиксирована у 8 % больных по сравнению с 4 % группы больных, не имеющих депрессию ($p<0,02$), ПЖТ более чем в 3 раза чаще регистрировались у больных с депрессией, чем у больных без признаков последней (9 % и 2,4 %, соответственно, $p<0,01$). ЖЭ "высоких градаций" (3-5 класса по Lown-Wolf) встречалась в основной группе на 13 % чаще, чем в группе сравнения (65 % и 52 %, соответственно, $p<0,05$).

Выводы. Полученные предварительные результаты позволяют сделать вывод о том, что при ССН возникновение и/или усугубление депрессии может ухудшать жизненный прогноз больных, так как у данных пациентов значительно чаще наблюдаются прогностически неблагоприятные НРС.

0567 О ВЛИЯНИИ ИВАБРАДИНА И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Новиков Р.А.*, Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф.
ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия; ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Цель: оценка влияния комбинации ивабрадина с бета-адреноблокаторами (БАБ) на показатели ишемии миокарда и вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материалы и методы. В течение года наблюдались 75 мужчин, возраст 54,2±4,0 г, со ССН II-III ФК. Диагноз верифицировался клинически и по данным ВЭМ-пробы, проводившейся на фоне отсутствия приема БАБ в течение 48 часов. До включения в исследование у всех пациентов фиксировалась синусовая

тахикардия (>80 ударов в минуту). Критерий включения в исследование — невозможность увеличения суточной дозы БАБ из-за снижения систолического АД менее 100 мм рт.ст. Критерии исключения — непереносимость препаратов, перенесенный инфаркт миокарда, ХСН > 2 ФК по классификации NYHA. Систолическая дисфункция исключалась по данным ДоппЭхоКГ. Всем больным до включения в исследование и через 12 месяцев проводили суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ). Больные рандомизировались на 2 группы. Пациенты 1-й группы (43 человек) на фоне терапии аспирином, аторвастатином, периндоприлом получали комбинацию бисопролола (2,5 мг 2 р/с) с ивабрадином (5-7,5 мг 2 р/с). У пациентов 2-й группы (42 человека) указанная терапия комбинировалась с метопрололом тартратом (12,5-25 мг 2 р/с) и ивабрадином в описанной суточной дозировке. Доза ивабрадина титровалась до достижения ЧСС 50-60 в состоянии покоя. Для обработки данных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты. В 1-й группе больных суммарное время ишемии миокарда (СВИМ) исходно и через 12 месяцев составило 32,6±6,1 мин и 12,1±5,5 мин, SDNN — 88,8 и 106,4 мс, LF/HF — 4,4 и 2,2, соответственно (p<0,05). Во 2-й группе пациентов аналогичные показатели составили: СВИМ -34,4±7,2мин и 12,9±2,8 мин, SDNN — 87,6 и 104,9 мс, LF/HF — 4,6 и 2,0, соответственно (p<0,05). При сравнении указанных показателей между группами больных в динамике статистически достоверных различий получено не было.

Выводы. Комбинация ивабрадина с бисопрололом или метопрололом тартратом на фоне стандартной терапии у мужчин со ССН в равной степени влияет на динамику показателей ишемии миокарда и ВРС.

0568 О ВЛИЯНИИ ЛОЗАРТАНА И ТЕЛМИСАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК

Новиков Р.А.*, Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф.
ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия; ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Цель: сравнительное исследование влияния антагонистов АТ1-рецепторов лозартана и телмисартана на гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) в зависимости от показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Включенные в исследование 75 гипертоников (все мужчины, возраст 30-60 лет) были распределены на 2 группы в зависимости от уровня АД: ГБ I степени и II степени (25 и 50 человек, соответственно). Диагноз ГБ устанавливался согласно рекомендациям ВНОК (2008 г.) По исходным клинико-демографическим показателям (возраст, рост, вес, курение, длительность АГ, уровень систолического и диастолического АД по даным СМАД, результаты ДопЭхоКГ) группы были сопоставимы. После рандомизации 35 пациентам назначался лозартан в дозе 50-100 мг/сутки, 35 больным — телмисартан в дозе 40-80 мг/сутки. Период наблюдения составил 6 месяцев. Обработка результатов исследования проводились с использованием методов параметрической и непараметрической статистики с критерием достоверности p<0,05.

Результаты. При сравнительном анализе препаратов получено достоверное преимущество телмисартана над лозартаном. Так, по данным ДопЭхоКГ в группе телмисартана наблюдалось уменьшение ИММЛЖ на 15,5 %, в группе лозаратана — на 9,4 % (p<0,05), ТМЖП уменьшилась на 9,2 % в группе телмисартана и на 5,0 % в группе лозартана (p<0,05), ТЗСЛЖ в группе телмисартана уменьшилась на 14,4 %, тогда как в группе лозаратана — на 7,4 % (p<0,05). ИММЛЖ фоне приема лозартана регрессировал преимущественно у нон-дипперов, тогда как на фоне приема телмисаратана — у нон-дипперов, найт-пикеров и овер-дипперов.

Выводы. Полученные предварительные результаты показывают, что телмисартан по сравнению с лозаратаном более достоверно влияет на динамику показателей ГЛЖ у больных ГБ, особенно у лиц с ночной гипертонией и, напротив, с чрезмерным снижением АД во время ночного сна.

0569 К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ РЕГУЛЯЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Новиков Р.А.*, Лукьянов В.Ф., Головачева Т.В., Скворцов К.Ю.
ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия; ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Цель исследования. Оценить функциональное состояние артериолярного и капиллярного отдела сосудистого русла (АОСР и КОСР) кожи у здоровых добровольцев, больных артериальной гипертензией (АГ) 2 степени, а также у пациентов, страдающих АГ 2 степени в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа; охарактеризовать взаимосвязи нейрогенного и эндотелиального компонентов регуляции микроциркуляции в указанных группах обследованных лиц.

Материалы и методы. В исследование включили 88 человек в возрасте от 30 до 69 лет, которые были распределены на 3 группы. I группу составили добровольцы с нормальным АД (28 человек), II группу — 30 больных АГ 2 степени, III группу — 30 больных АГ 2 степени в сочетании с СД 2 типа. Всем участникам исследования проводили лазерную допплеровскую флоуметрию подушечек пальцев кистей. Анализ амплитудно-частотного спектра (АЧС) отраженного сигнала проводили с помощью вейвлет-преобразования. Вклад АОСР и КОСР в общую спектральную мощность отраженного сигнала оценивали по амплитуде ритма в диапазонах частот 0,007-0.017 Гц и 0,023-0,046 Гц, соответственно. Для оценки функционального состояния АОСР и КОСР проводили пробу с реактивной гиперемией с созданием манжетой тонометра артериальной окклюзии (АО) в течение 1 минуты на уровне плеча и последующей регистрацией и оценкой записи на протяжении 6 минут декомпрессии. Обработку данных проводили с помощью пакета программ Statsoft 5.0.

Результаты. В I группе выявлена корреляционная зависимость между исходными и посткомпрессионными значениями амплитуды КОСР и АОСР (R=0,68, R=0,86, соответственно, p<0,01). Во II группе отмечена отрицательная корреляционная связь КОСР и АОСР до (R=-0,65 p<0,01) и после АО (R=0.45 p=0,01). В группе III до и после АО получены следующие коэффициенты корреляции (-0,88; -0,84, соответственно, p<0,01). Также в III группе отмечалось и максимальное снижение амплитуды 0,23±0,08 пф.ед. в КОСР и 0,19±0,07 пф. ед. в АОСР при сравнении с аналогичными показателями I и II групп (различия статистически достоверны).

Выводы. АГ 2 степени приводит к изменению реактивности микроциркуляторного русла в капиллярном отделе при сохраняющемся нейрогенной регуляции в артериолярном отделе. При сочетании АГ с СД 2 типа выявляются более грубые нарушения регуляции, что свидетельствует о более глубоком функциональном их нарушении и, по всей видимости, их органическом происхождении.

0570 ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗНАНИЯХ О ФАКТОРАХ РИСКА ДО ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ

Нуриллаева Н.М.
ТМА, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить степень осведомленности пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) об основных факторах риска (ФР) заболевания до обучения в школе здоровья в условиях первичного звена здравоохранения.

Методы исследования: было опрошено 18 больных ИБС перед началом обучения по борьбе с факторами риска в школе здоровья. Из них мужчины составили 11 человек, а женщины 7 человек, средний возраст больных составил 56,5±4,8 лет.

Результаты: данные анкетирования показали, что частично знают и не знают о ФР ИБС, способствующих развитию и прогрессированию заболевания 11 (61,1 %) из 18 пациентов. Термин "здоровый образ жизни" смогли объяснить всего лишь 4 (22,2 %) человека из состава опрошенных. Несмотря на, огромное значение физической активности в снижении риска ИБС, количество пациентов, проводящих больше 50 % активного времени сидя и проходящих за день меньше 1 км составило 11 (61,1 %) и 16 (88,8 %) больных соответственно. Так как, низкая физическая активность коррелирует с принципами здорового сбалансированного питания, то не соблюдают диетических рекомендаций 10 (56 %) больных из опрошенных 18 пациентов с ИБС. В подтверждении вышесказанному, низкая физическая активность и отсутствие знаний о правильном питании среди начинающих слушателей школы здоровья подтверждают высокий процент избыточной массы тела, т. е. 83,3 % (15 человек). Нарушение липидного обмена, в частности уровень холестерина крови, как один из важных ФР ИБС среди пациентов, приступивших к обучению, в среднем составил 6,8 ммоль/л. Данные о прямопропорциональном воздействии психоэмоциональных перегрузок на развитие, течение и прогрессирование ИБС, в нашем исследовании подтвердили 14 (77,8 %) пациентов из 18 опрошенных. Оказалось, что они страдают клинически выраженной тревожно-депрессивной симптоматикой и не в состоянии самостоятельно ей управлять. Риск преждевременной смерти от осложнений ИБС у курящих мужчин необходимо предотвратить в нашей группе больных путем выработки мотивации по отказу от курения, в связи с высоким и средним уровнем никотиновой зависимости у 8 (72,7 %) пациентов из 11 опрошенных мужчин. Рассматривая многообразие управляемых ФР у пациентов с ИБС в данной группе, наследственная предрасположенность, как неуправляемый ФР составил 61,1 % от числа опрошенных больных.

Вывод: изучив степень осведомленности пациентов с ИБС об основных ФР неотъемлемой частью профилактической программы по оздоровлению данной группы больных выступает такая медицинская профилактическая услуга, как школа здоровья. Она позволит на основе организационно-функционального подхода информировать, мотивировать пациентов к борьбе с поведенческими факторами риска, улучшить качество и продолжительность жизни больных ИБС, оптимизировать медикаментозную терапию.

0571 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИЛДРОНАТА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Нуркина Д.А., Мукатова А.М.
АГИУВ кафедра терапии, Алматы, Казахстан

Известно, что в основе патогенеза ИБС лежит несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, обусловленное на молекулярном уровне изменением метаболических процессов, что приводит к локальному нарушению сократимости левого желудочка при котором фракция выброса снижается до 40-30 %. Причем, восстановление сократительной функции может происходить на протяжении 1 года. Согласно, концепции патогенеза "обратимых дисфункций миокарда" кальциевой и "свободнорадикальной" гипотезам, происходит перегрузка кальцием и изменение проницаемости мембран, что приводит к ионному дисбалансу.

Целью работы было применение Милдроната у больных с ИБС со стабильной стенокардией, ФК 2-3 в сочетании с СД для повышения энергетического статуса миокардиоцитов, так как согласно теории "глюкозо-жирнокислотного цикла" их окисление сопряжено между собой. Учитывая влияние Милдроната на защиту клеток в условиях ишемии, включаем его в состав комплексной терапии ИБС и СД. В исследование были включены 20 больных обоего пола, в возрасте с 52 до 75 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения 2 и 3 ФК и СД 2 типа средней степени тяжести. В клинической картине заболевания у больных ведущими были субьективные симптомы, данные ЭКГ, ЭхоКГ и лабораторные данные- гликемия, холестерин, липиды. Курс лечения — 21 день Милдронат (Гриндекс, Латвия) вводили внутривенно струйно в суточной зоне 500 мкг, затем перорально по 500 мг *2 раза в день. В качестве фоновой терапии все больные получали, соответственно клинике антиангинальные, сахароснижающие, При необходимости назначались ИАПФ, гипотензивные и другие сердечно-сосудистые препараты. Оценка клинической эффективности лечения проводилась на основании общего обследования (измерения АД и пульса), субьективной оценки основных симптомов (кардиального, церебрального, астенического), данных ЭКГ, ЭхоКГ, уровня сахара, липидов крови. Эффект лечения субьективно оценивали по 5-ступенчатой шкале: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", нет эффекта. По ЭхоКГ-увеличилась фракция выброса, на ЭКГ-положительная динамика ST, а снижение у всех больных уровня сахара в крови, позволило уменьшить дозу сахароснижающих препаратов.

Результаты исследования позволяют считать, применение в комплексной терапии Милдроната, способствует уменьшению обратимых повреждений органов без существенного влияния на гемодинамику.

Заключение: изменение метаболизма кардиомиоцитов у больных ИБС и СД может рассматриваться, как точка приложения медикаментозного воздействия кардиометаболиков, в частности Милдроната.

0572 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА

Нуртдинова Г.М., Гумерова О.Н., Галимова Е.С., Сахибгареева Л.Н., Биккинина Л.Б.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет", Уфа, Россия

Цель. Изучить распространенность ожирения и метаболического синдрома, провести сравнительный анализ его структуры в зависимости от пола и индекса массы тела, исследовать показатели углеводного и липидного обмена у больных.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в терапевтическом отделении ГКБ№ 21 г. Уфы находилось 90 больных в возрасте от 17 до 64 лет; среди которых было 52 женщины и 38 мужчин. Больным проводили: антропометрическое обследование; биохимическое обследование — определение уровней глюкозы, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ).

Результаты и обсуждение. Обследованная группа женщин характеризовалась высокой частотой избыточной массы тела и ожирения (71,2 %), встречаемость абдоминального ожирения (АО) среди женщин с избыточной массой тела и ожирением составила 43,0 %. Обследованная группа мужчин также характеризовалась высокой частотой избыточной массы тела и ожирения (68,4 %), встречаемость АО среди мужчин с избыточной массой тела и ожирением составила 72,8 %, что было выше, чем у женщин аналогичной группы в 1,7 раза.

При анализе величин биохимических показателей сыворотки крови было показано, что в группе женщин с нормальной массой тела все биохимические показатели находились в пределах референсных значений. С увеличением индекса массы тела (ИМТ) была отмечена тенденция к повышению содержания ОХС, ТГ, глюкозы и снижению концентрации ХС ЛПВП в сыворотке крови. Так, в группе женщин с избыточной массой тела отмечали повышенное содержание ОХС в сыворотке крови; в группе женщин с ожирением, помимо

ОХС, содержание глюкозы превышало допустимые значения. В группе мужчин с нормальной массой тела все биохимические показатели также находились в пределах референсных значений. С увеличением ИМТ в группах обследованных мужчин статистически значимо повышалось содержание в сыворотке крови ТГ. Содержание в сыворотке крови ОХС и глюкозы было значимо выше, а ХС ЛПВП – ниже в группах мужчин, как с избыточной массой тела, так и с ожирением, по сравнению с обследованными мужчинами с нормальной массой тела.

Среди обследованных женщин и мужчин распространенность абдоминального ожирения составила 29,9 % и 56,0 %; артериальной гипертензии — 48,9 % и 29,7 %; дислипидемии — 27,2 % и 26,6 %, нарушений углеводного обмена — 35,8 % и 28,2 % соответственно.

Выводы: проведенное обследование показывает, что для обследованной группы больных наиболее характерен вариант метаболического синдрома, включающий нарушения углеводного обмена. В группах женщин и мужчин с абдоминальным типом жироотложения (АТЖ) частота компонентов метаболического синдрома была значимо выше, чем в группах лиц с подкожным типом жироотложения (ПТЖ). В среднем встречаемость компонентов метаболического синдрома среди женщин с АТЖ была в 2,5 раза выше, чем среди женщин с ПТЖ, а среди мужчин – в 3,3 раза соответственно.

0573 МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Огарков М.Ю., Индукаева Е.В., Шаповалова Э.Б., Макаров С.А., Скрипченко А.Е., Артамонова Г.В.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Росия

В длительных проспективных наблюдениях были выявлены факторы, влияющие на развитие, прогрессирование и преждевременную смерть от ССЗ. Из модифицируемых ФР наиболее важны: злоупотребление алкоголем, курение, нерациональное питание и недостаточная физическая активность. Изучение модифицируемых ФР остаётся одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения.

Цель — изучить распространенность модифицируемых ФР и артериальной гипертензии (АГ) у работников угольных предприятий.

Материалы и методы. В исследование включено 822 работника угольного предприятия с открытой разработкой угля. Из них 599 мужчин (72,87 %) и 223 женщины (27,13 %) в возрасте: до 40 лет — 38,7 %, в возрастных группах 40-50 лет и 50-60 лет и старше 60 лет — 34,1 %, 25,3 % и 1,9 % соответственно. Программа исследования включала: социально — демографические данные (пол, возраст, уровень образования), антропометрические (рост, вес, с вычислением индекса Кетле), сбор сведений о табакокурении и употреблении алкоголя, а также осведомлённость о наличии АГ.

Результаты. Среди обследованных лиц о наличии АГ знали 23,9 % мужчин и 33,6 % женщин ($p<0,0001$). Впервые узнали о наличии АГ 43,4 % мужчин и 13,3 % женщин ($p<0,0001$). Основная доля респондентов имела избыточную массу тела (41,5 %), нормальная масса тела выявлена у трети обследованных (35 %); ожирение I-й степени — у 16,7 %, ожирение II и III степени — у 3,4 % и 1,06 % соответственно. Установлено, что среднее значение индекса Кетле (ИК) у мужчин с АГ составило 27,5±0,5 кг/м^2, что достоверно больше значения ИК у мужчин без АГ (25,7±0,25 кг/м^2). У женщин наблюдалась аналогичная взаимосвязь: значение ИК у лиц с АГ и без таковой составили 29,7±0,6 и 25,09±0,66 кг/м^2 соответственно ($p<0,001$). Результаты исследования показали, что курят 50,8 % мужчин и 11 % женщин. Среди мужчин гипертоников курили — 13,4 %, среди мужчин с нормальным АД — 51,7 %,($p<0,01$). У курящих и некурящих женщин с АГ и без нее различий не выявлено. Выявлено, что потребление алкоголя не оказывало значимого влияния на частоту развития АГ среди лиц обоего пола. В группе женщин, не употребляющих алкоголь, АГ встречалась чаще в 1.3 раза ($p<0,05$).

Заключение. Среди работников угольной промышленности выявлена высокая распространённость АГ. Курит каждый второй мужчина и каждая десятая женщина. Обращает внимание высокая распространенность избыточной массы тела у лиц обоего пола и ожирения всех степеней среди лиц, страдающих АГ. Не выявлено влияния употребления алкоголя на распространенность АГ.

0574 ИЗМЕНЕНИЯ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И АЛЬТЕРНАЦИИ ЗУБЦА Т У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Окишева Е.А., Царегородцев Д.А., Сулимов В.А.
ММА им. И.М.Сеченова, Москва, россия

Цель. Изучить изменения турбулентности ритма сердца (ТРС) и альтернации зубца Т (TWA) и их взаимосвязь с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ), видом инфаркта миокарда (ИМ), а также влияние на данные показатели β-адреноблокаторов и амиодарона у больных, перенесших ИМ.

Материалы и методы. Основная группа включала 111 пациентов, перенесших ИМ за 60 и более дней до включения в исследование (77 мужчин и 34 женщины, средний возраст 64,1±10,5 лет). Сопоставимая по возрасту и полу контрольная группа включала 56 лиц без сердечно-сосудистых заболеваний. Всем участникам проводилось суточное мониторирование ЭКГ с оценкой ТРС и TWA (максимальных значений, значений при максимальной частоте сердечных сокращений (ЧСС), ЧСС 100 уд/мин и в 05.00 часов); ФВЛЖ оценивали с помощью ЭхоКГ.

Результаты. ФВЛЖ после ИМ была достоверно ниже, чем в группе контроля (46,64±12,24 % против 62,2±10,04 %, $p<0,001$). Максимальные значения TWA были в среднем выше у больных, перенесших ИМ (107,31±92,67 мкВ при факторе актуализации (ФА) 1/8), чем в группе контроля (83,05±36,91 мкВ, $p=0,004$), как и значения TWA в 05.00 часов (18,38±16,37 мкВ при ИМ против 11,18±9,54 мкВ при ФА 1/8, $p=0,007$ и 7,23±5,21 мкВ против 3,68±2,71 мкВ при ФА 1/32, $p<0,001$). Отклонение от нормы значений ТРС достоверно чаще встречалось у пациентов, перенесших ИМ, чем у здоровых лиц (TO: 59,9 % против 33,3 %, $p=0,003$; TS: 48,6 % против 13,6 %, $p<0,001$; нарушения TO и TS: 42,3 % против 19,6 %, $p=0,01$). Максимальные значения TWA в 05.00 часов у больных, перенесших ИМ, достоверно коррелировали с ФВЛЖ ($r=0,403$, $p<0,001$), как и значения TO ($r=-0,427$, $p<0,001$). У пациентов с ФВЛЖ <50 % отклонение от нормы значений TO наблюдалось достоверно чаще, чем у пациентов с ФВЛЖ >50 % (56 % против 25 %, $p=0,005$). У пациентов с нарушениями ТРС ФВЛЖ была достоверно ниже (38 % против 53 % у здоровых лиц, $p<0,05$). Все измеренные значения TWA не коррелировали с видом ИМ (Q/не-Q), но отклонения от нормы значений TS чаще встречались при ИМ с Q-зубцом (39,7 % против 13,6 % у здоровых лиц, $p=0,006$). Временная отмена β-адреноблокаторов (62 пациента) не приводила к достоверным изменениям ТРС и TWA, тогда как назначение амиодарона (19 пациентов) достоверно увеличивало значения TWA (114,2±78,28 мкВ против 72,79±27,59 мкВ при ФА 1/8, $p<0,02$).

Заключение. У больных, перенесших ИМ, чаще наблюдается отклонение от нормы как одного, так и обоих показателей ТРС, а также более высокие значения TWA, чем у здоровых лиц, при этом выраженность нарушений различных параметров ТРС зависит от ФВЛЖ и вида ИМ. β-блокаторы и амиодарон достоверно не влияют на значения ТРС, но значения TWA на фоне приема амиодарона достоверно возрастают.

0575 РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ОСНОВАННОЙ НА ТЕХНОЛОГИИ X-STRAIN

Олейников В.Э., Буданова В.А., Донченко И.А.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель. Оценить показатели продольной и циркулярной деформации и скорости деформации миокарда у здоровых людей при проведении трансторакальной эхокардиографии, основанной на технологии двухмерной визуализации X-Strain.

Методы исследования. В исследование было включено 45 человек, 27 женщин и 18 мужчин, средний возраст составил 33,5±12,5 года, со средней ЧСС 71,6±10,2 в минуту. Все субъекты подвергались клиническому обследованию, регистрации электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 отведениях, офисному измерению АД. Критериями исключения были: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, инфаркт миокарда и инсульт в анамнезе, врожденные и приобретенные пороки сердца, любое нарушение сердечного ритма, плохая визуализация эхограммы. Всем субъектам проводилось трансторакальное эхокардиографическое исследование на ультразвуковом сканере My Lab 90 (Esaote, Италия), синхронизированное с ЭКГ от конечностей. Регистрировали видеоклипы 2-х, 4-х, 5-камерных изображений сердца в апикальных и парастернальных позициях по короткой оси на уровне митрального клапана и папиллярных мышц ЛЖ. Для анализа использовалось программное обеспечение X-Strain (Esaote). Оценивали показатели циркулярной и продольной деформации миокарда в (%) по отношению к его начальной форме и скорость деформации (s-1) миокарда во всех сегментах.

Полученные результаты. Значения циркулярной деформации в базальных и средних сегментах составили -23,7±2,9 % и -24,48±1,62 % (p>0,05), и скорости деформации, соответственно, -1,68±0,21 s-1 и -1,57±0,14 s-1 (p<0,05). Показатели продольной деформации в базальных, средних и апикальных сегментах -20,07±1,40 %, -19,43±0,36 %, 20,91±0,66 % (p>0,05), и скорости деформации -1,41±0,10 s -1, -1,30±0,08 s -1, -1,32±0,06 (p>0,05) соответственно.

Выводы. Показатели циркулярной, продольной деформации у здоровых лиц недостоверно отличаются от базальных отделов к апикальным. Скорость циркулярной и продольной деформации больше в базальных отделах, чем в средних отделах левого желудочка. Технология двухмерной визуализации X-Strain позволяет получить количественные показатели деформации и скорости деформации миокарда, с помощью которых возможна объективная оценка локальной сократимости левого желудочка.

0576 ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Олейников В.Э., Гусаковская Л.И., Сергацкая Н.В.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель. провести сравнительную оценку сосудистой ригидности у лиц старше 60 лет с нормальным уровнем артериального давления (АД) и у больных систоло-диастолической артериальной гипертонией (АГ) 1-2 степени.

Методы исследования. В исследование было включено 61 человек пожилого возраста (средний возраст 65,8±4,7 лет). Из них 16 мужчин и 45 женщин. Первую группу составили 36 больных АГ 1-2 степени, вторую — 25 лиц с нормальным уровнем АД. Пациенты сравниваемых групп не имели достоверных отличий по возрасту, полу, антропометрическим показателям. АГ верифицировали трехкратным измерением АД аускультативным методом (ВНОК, 2007). Артериальную ригидность оценивали методом бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ прибором "BpLab" МнСДП-3 ("Петр Телегин", Россия). Определяли время распространения пульсовой волны (PTT), максимальную скорость нарастания артериального давления (dP/dtmax), индекс ригидности артерий (ASI), индекс аугментации (Aix), систолический индекс площади (Ssys). За PTT принимали время с момента открытия аортального клапана (от максимума зубца R на ЭКГ) до заметного начала пульсовой волны на сфигмограмме, усредненное по всем кардиоциклам в пределах одного измерения АД. Показатель dP/dtmax отражает максимальную скорость нарастания АД. Индекс Aix характеризует соотношение амплитуд прямой и отраженной пульсовых волн. Ssys вычисляли как площадь под кривой пульсации, соответствующую сосудистой систоле, по отношению к полной площади сердечного цикла. У больных СДАГ измерения проводили через 2 недели после отмены антигипертензивной терапии.

Полученные результаты. Показатель PTT в группе больных СДАГ был достоверно ниже (120,2±9,3мс), чем в группе лиц с нормальным АД (124,9±5,4мс) (p=0,04). dP/dtmax был выше в группе 1 — 578,0±144,9мм рт.ст., в группе 2 — 485,3±76,2мм рт.ст. (p=0,01). Наблюдалось статистически значимое различие Aix в исследуемых группах (-6,1±21,3 % и -18,1±17,9 % соответственно, p=0,04). Индекс ригидности артерий ASI был достоверно выше в группе больных СДАГ — 181,8±36,4, в группе с нормальным АД — 138,1±18,9 мм рт.ст. (p<0,001). У пациентов первой группы отмечалось статистически значимое увеличение Ssys по сравнению с контрольной группой (58,6±3,8 % и 55,2±4,1 % соответственно, p=0,002).

Выводы. При оценке показателей суточного мониторирования АД и ЭКГ у больных СДАГ и здоровых лиц старше 60 лет выявлено достоверное отличие по сравниваемым параметрам, что, предположительно, связано не только с повышенным уровнем САД, но и структурными изменениями магистральных сосудов. Таким образом, уменьшение ВРПВ является маркером степени выраженности атеросклероза артерий.

0577 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИЗУАЛЬНОЙ ШКАЛЫ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ АКЦИИ ПО ИЗМЕРЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Оленская Т.Л.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель работы: изучение возможности применение визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) самооценки здоровья в период проведения массовой медико-профилактической акции по измерению артериального давления (АД).

Материалы и методы. Витебский государственный медицинский университет в период международного фестиваля искусств "Славянский базар в Витебске" провел акцию по измерению АД. Респонденты отвечали на 26 вопросов анкеты, включающие ВАШ. Данные были обработаны с помощью пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты. Было проведено 7121 измерений. 5532 респондента ответили на вопросы анкеты. Средний возраст составил 46,4±15,0 лет. Измерили уровень АД 29,7 % мужчин и 71,3 % женщин. Средний уровень систолического АД составил 134,3±19,8 мм рт.ст.; диастолического АД — 85,7±11,6 мм рт. ст.

Средний уровень самооценки здоровья, отмеченный респондентами, составил 70,2±16,2 %. Уровень ВАШ, отмеченный мужчинами, был достоверно ниже, по сравнению с результатами женщин (68,5±15,8 % и 74,4±16,5 %, соответственно; p<0,05). Наиболее низкий показатель ВАШ был зафиксирован у людей пожилого возраста — 63,1±16,1 %.

У респондентов с повышенным уровнем АД уровень ВАШ был достоверно ниже, по сравнению с людьми, с зафиксированными нормальными цифрами АД (68,2±16,4 % и 71,9±15,9 %, соответственно; p<0,05). У респондентов, принимающих гипотензивные препараты, уровень ВАШ был достоверно ниже, по сравнению с людьми, страдающими АГ и не осуществляющих медикаментозную терапию (65,7±14,8 и 71,6±17,4 %, соответственно; p<0,05).

Выводы. Впервые во время проведения акции по измерению АД была применена ВАШ самооценки здоровья. Средний уровень самооценки здоровья составил 70,2±16,2 %. У респондентов с повышенным уровнем АД уровень самооценки

здоровья был достоверно ниже, по сравнению с людьми, у которых зафиксировано нормальное АД.

0578 ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: СРАВНЕНИЕ СТРАТЕГИИ СОХРАНЕНИЯ И КОНТРОЛЯ СИНУСОВОГО РИТМА С КОНТРОЛЕМ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Олесин А.И., Смолин З.Ю., Шабров А.В.
Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — сравнение стратегии контроля синусового ритма (КСР) с контролем частоты сердечных сокращений (КЧСС) впервые выявленной фибрилляции предсердий (ФП) у больных ИБС среднего и пожилого возраста при проспективном исследовании.

С 1994 по 2010гг наблюдалось 446 больных ИБС с первые выявленной ФП в возрасте от 40 до 76 лет. Тактика КСР была выбрана у 151(64,53 %) и у 97(45,75 %) больных до 60 и старше 60 лет соответственно, а у остальных — КЧСС. Продолжительность наблюдения больных составила от 4 до 10 лет.

Результаты исследования показали, что выбор стратегии КСР у больных ИБС среднего возраста позволило в три раза снизить развитие инсульта, тромбоэмболий, в четыре — общей смертности и сердечной недостаточности в сравнении с КЧСС, в то время как достоверных различий при использовании этих стратегий у больных пожилого возраста выявлено не было.

0579 ЗНАЧЕНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Олимов Н.Х., Вохидов Х.Р. Юлдошев Э.Ч.
Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценить степень изменений показателей калликреин-кининовой системы крови (ККС) у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы исследований. Группу больных ИМ составили 55 пациентов, в том числе 22 пациентов с неосложнённым не Q-ИМ, 18 с крупноочаговым Q-ИМ и 15 больных с осложнениями ИМ в виде отёка легких, кардиогенного шока. Средний возраст обследованных пациентов составил 64,0+5,2 года. В качестве контрольной группы обследовано 25 практически здоровых лиц в возрасте от 38 до 67 лет.

Состояние ККС крови оценивали по содержанию калликреина (КК), прекалликреина (ПКК), А1-антитрипсина, А-2 макроглобулина биологическим методом (Суровикина М.С., 2005). Исследование показателей ККС проводилось в динамике стационарного лечения (при поступлении на 1-3 сутки; и на 15 сутки пребывания в стационаре).

Результаты и обсуждение. У больных ИМ регистрировался почти двухкратное увеличение КК (23,5±1,24 нмоль/л и 28,34±1,32 нмоль/л) по сравнению с контрольными показателями. Уровень кининобразующего фактора (ПКК) снижается соответственно при мелкоочаговом и крупноочаговом ИМ до 25,61±0,4 нмоль/л и 21,23±0,2 нмоль/мл. Аналогичная картина наблюдается по отношению к ингибиторной ёмкости, которая выражается в снижении А-1 антирипсина 16,45±0,31 ие/мл и А2 -макроглобулина 3,3±0,12 ие\мл.

Обращает внимание состояние ККС у больных ИМ с осложнённым течением, у которых содержание КК превышает контрольные показатели почти в 3 раза, составляя 32,74±1,2 нмоль/мл на фоне снижения активности ингибиторов КК в 2 раза — 2,7±0,31 ие/мл. В данном случае состояние ККС в первые сутки ИМ можно охарактеризовать как состояние “активации кининовой системы крови”, о чем свидетельствуют повышенные концентрации КК, повышенное расходование ПКК и снижении ингибиторной емкости кининов, причем максимальная активация наблюдается в группе больных ИМ с осложнённым течением.

На фоне проводимой адекватной терапии положительная динамика отмечалась как со стороны клинической картины, так и показателей ККС. Показатели ККС у больных с мелкоочаговым и крупноочаговым ИМ значительно улучшились и приближались к контрольным значениям. Так, концентрация КК к 15-17 суткам составила 15,42±1,6 нмоль/мл. Концентрация ПКК достигла контрольных значений и составила 46,1±0,4 нмоль\мл. Показатели ингибиторной емкости также находились в пределах контрольных показателей и составили соответственно 22,5±0,21 и 4,9±0,23 ие/мл.

Анализ состояния ККС на 15-17 дни болезни показал, что к этому времени у больных ИМ, осложнившимся кардиогенным шоком нормализации в состоянии ККС не наблюдается и продолжает оставаться повышенным содержание КК составляя 30,45±1,3 нмоль/мл. Содержание кининобразующего фактора ПКК хотя и повышается, но продолжает оставаться пониженным в 2 раза по сравнению с лицами контрольной группы и составляет 23,1±0,5 нмоль/мл. Активность ингибиторов КК не претерпевает изменений и составляет 13,97±0,67 ие/мл и 2,9±0,22 ие/мл. Со стороны клинической картины у данной группы больных также не отмечалось улучшения клинической симптоматики, а в отдельных случаях наблюдалось прогрессирование заболевания. Подтверждением этому и служат показатели ККС системы крови.

Заключение. Активацию ККС при ИМ можно оценить как компенсаторную реакцию организма, направленную на регуляцию гемодинамики, микроциркуляции, реологии крови, транскапиллярного обмена и других функций. Однако, такое длительное состояние ККС, что наблюдается у группы больных с осложнёнными формами ИМ в конечном итоге переходит в “хроническую” форму и истощение, что особенно четко прослеживается у больных с осложнёнными формами ИМ. При этом нарушается универсальный механизм функционирования кининовой системы крови и многосторонняя взаимосвязанность с физиологическими функциями организма, что должно быть строго регламентировано. В таком случае не исключена вероятность нарушений системы гемодинамики, микроциркуляторного русла, транскапиллярного обмена, изменения баланса свёртывания и фибринолиза и следовательно формирование серьёзных осложнений.

0580 “ДЕМАСКИРОВАНИЕ” БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ополонский Д.В., Максимов Н.И., Соловьева А.А.
ГОУ ВПО “Ижевская государственная медицинская академия”, Ижевск, Россия

Цель. Стабильная стенокардия напряжения (ССН) — наиболее распространенная форма ишемической болезни сердца, которая часто сочетается с метаболическим синдромом (МС). Проводящая система сердца и большинство внутрисердечных нейронов являются конечным звеном парасимпатической нервной системы, обеспечивающей афферентацию “ишемической” боли. С вегетативной дисфункцией, возможно, связана безболевая ишемия миокарда (ББИМ), которая встречается у 40 % больных ССН. “Демаскирование” ББИМ является одним из направлений реабилитации больных ССН с МС, позволяющим своевременно оказать им кардиологическую помощь. С этой целью мы использовали препарат нейротропного действия бенфотиамин.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 168 больных ССН (ФК 2,76±0,03, возраст 52,33±0,38 года, ИМТ 40,04±0,43 кг/м^2) без инфаркта миокарда и сахарного диабета второго типа в анамнезе с признаками МС IDF-2005. Больных разделили на 2 группы: группу сравнения (n=66; получали стандартную терапию) и группу наблюдения (n=102; в дополнение к стандартной терапии получали бен-

фотиамин 300 мг/сутки); продолжительность исследования — 6 месяцев. В зависимости от сопровождения эпизодов ишемии миокарда субъективными жалобами мы выделяли 3 типа больных: больных только с ББИМ (I тип), больных с ББИМ и болевой ишемией миокарда (II тип), больных только с болевой ишемией миокарда (III тип). Суточное мониторирование ЭКГ (смЭКГ) проводили исходно и в конце исследования.

Полученные результаты. При смЭКГ у 117 больных (69,64 %) выявлены эпизоды ББИМ, из них у 13,69 % — только ББИМ (I тип больных), у 55,95 % — сочетание ББИМ с болевой ишемией миокарда (II тип больных); только болевая ишемия миокарда (III тип больных) отмечена у 30,36 % больных. Среди мужчин 18,67 % больных относились к I типу, 57,83 % — к II типу, 25,30 % — к III типу; среди женщин 10,59 % больных относились к I типу, 54,12 % — к II типу, 35,29 % — к III типу; различия между мужчинами и женщинами недостоверны (p>0,05). К 6-му месяцу исследования в группе наблюдения отмечены 26 положительных смен (от "безболевой" к "болевой" ишемии миокарда) типов больных: из 14 больных I типа 6 больных перешли во II тип и 3 больных — в III тип, из 57 больных II типа 17 больных перешли в III тип, из 31 больного III типа переходов в другие группы не было, в итоге I тип составили 4,90 % больных, II тип — 45,10 % и III тип — 50,00 %, описанные изменения в группе наблюдения были высоко достоверны (p<0,001). В группе сравнения отмечены 5 положительных и 3 отрицательных смен (от "болевой" к "безболевой" ишемии миокарда) типов больных: из 9 больных I типа 1 больной перешел во II тип, из 37 больных II типа 4 больных перешли в III тип и 1 больной в I тип, из 20 больных III типа 2 больных перешли во II тип, в итоге I тип составили 13,64 % больных, II тип — 53,03 %, III тип — 33,33 %, описанные изменения в группе сравнения были недостоверны (p>0,05); результаты лечения в сравниваемых группах достоверно различались (p<0,05).

Выводы. Применение бенфотиамина у больных ССН с МС с целью "демаскирования" ББИМ является эффективным и патогенетически обоснованным методом.

0581 ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Осадчий В.А., Сергеев А.Н.
ГОУ ВПО "Тверская государственная медицинская академия", Тверь, Россия

Цель. Оценка эффективности комплексной противоязвенной терапии, включающей Н2-блокаторы, гастроцитопротекторы, микровазомодуляторы и антигипоксанты, у больных инфарктом миокарда (ИМ) с гастродуоденальными язвами (ГДЯ).

Материал и методы. Обследовано 57 больных ИМ с ГДЯ, которые в зависимости от особенностей противоязвенной терапии были разделены на 2 группы. Первую (контрольную) составили 27 пациентов, которым назначалось традиционное лечение в соответствии со стандартами Маастрихт (2005), включавшее фамотидин по 20 мг 2 раза в сутки в течение 23-25 дней, амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки и кларитромицин по 500 мг в сутки — в течение 14 дней. Во вторую группу вошло 30 больных, получавших фамотидин по 20 мг 2 раза в сутки, де-нол — по 240 мг 2 раза в сутки, лизиноприл — по 2,5-10 мг в сутки и актовегин — по 600 мг внутривенно капельно. Фамотидин, де-нол и лизиноприл назначались сроком на 23-25 дней, а актовегин — на 10 дней. Об эффективности лечения судили по срокам ликвидации симптомов ГДЯ, их эндоскопическим особенностям, состоянию микроциркуляции в слизистой оболочке периульцерозной зоны и функций желудка.

Полученные результаты. Установлено, что у больных ИМ с ГДЯ, получавших комплексную противоязвенную терапию, сроки ликвидации абдоминальных болей и диспептических расстройств были существенно (P<0,05) меньшими, чем у пациентов, которым назначалось традиционное лечение.

По данным фиброгастроскопии, после традиционного лечения язвы имели вид глубоких нередко множественных дефектов средней величины, приводивших к деформации стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, за счет роста грубой соединительной ткани. После комплексной терапии выявлялись небольшие одиночные плоские изъязвления, выполненные грануляциями.

Изучение состояния микроциркуляции показало, что у лиц, которым назначалось традиционное лечение, в слизистой оболочке вблизи язв сохранялись ее тяжелые расстройства по тромбогеморрагическому или тромбоишемическому типу. Первый характеризовался микротромбозом капилляров и венул, их расширением и полнокровием, отеком и кровоизлияниями в периваскулярные ткани, а второй — нарушением проходимости артериол, связанным со спазмом, микротромбозом и продуктивным эндартериитом, запустеванием капилляров и венул. Нарушения конечного кровотока у больных, получавших комплексную терапию, проявлялись небольшим расширением капилляров и посткапиллярных венул, слабым отеком по их периферии и нерезко выраженной агрегацией форменных элементов крови.

Оценкой функций желудка установлено, что после традиционного лечения продукция соляной кислоты, пепсиногена и гастромукопротеидов была значительно (P<0,05) сниженной. Одновременно имело место отчетливое угнетение перистальтической активности желудка. На фоне комплексной терапии выработка всех компонентов желудочного сока нормализовалась, а нарушения моторики желудка сохранили характер нерезко выраженного гипомоторного дискинеза.

Заключение. Включение в комплекс терапии ГДЯ у больных ИМ Н2-блокаторов, гастроцитопротекторов, микровазомодуляторов и антигипоксантов является патогенетически оправданным и клинически эффективным.

0582 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКРЫТОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Осипова И.В., Антропова О.Н., Зальцман А.Г.*, Щербинина Н.А., Маркина И.Л.
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; НУЗ ОКБ ст. Барнаул*, Барнаул, Россия

В настоящее время признана необходимость измерения АД вне кабинета врача с целью точной оценки тяжести АГ и идентификации более высокого риска у некоторых пациентов с нормальным АД. В связи с этим был введен термин "амбулаторная гипертония" или "скрытая гипертония", информация о которой весьма ограничена.

Нами были обследованы 197 пациентов с АГрм и 132 больных с эссенциальной гипертонией. У пациентов с впервые выявленной, нелеченной АГрм офисное АД и среднее АД при мониторировании в выходные часы не превышает нормальные значения. В рабочие часы по сравнению с часами отдыха у этих лиц увеличивается среднее систолическое АД и диастолическое АД на 6,9 % (p<0,001) и 9,6 % (p<0,001) соответственно. Таким образом, имеет место "скрытая, маскированная" гипертония, выявление которой возможно только при оценке АД на рабочем месте.

Одним из основных механизмов развития артериальной гипертонии на рабочем месте (АГрм) является активация при стрессе симпатической нервной системы. По нашим данным у больных со скрытой АГрм по сравнению с пациентами с нелеченной эссенциальной гипертонией имеется повышенная реактивность на стресс-тест "математический счет", проявляющаяся 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 (больший 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).

При формировании АГрм присутствует и еще один механизм — вазоконстрикция, что подтверждается выявленными особенностями. У больных с АГрм среднее САД в рабочие часы было сопоставимо, а среднее ДАД больше на 4,1 %, чем у пациентов с нелеченной эссенциальной АГ. Кроме того, при оценке эпизодов повышения офисного АД в течение месяца нами была выявлена большая (в 2 раза, p=0,001) частота повышения ДАД, по сравнению с САД. У пациентов со скрытой АГрм по сравнению с больными с нелеченной эссенциальной гипертонией имеется меньший ранний пик Е на 22,4 % (p=0,001), больший пик А на 37,1 % (p=0,001), меньшее отношение Е/А на 50 % (p=0,001), диастолическая дисфункция I типа у них возникает чаще на 24,1 % (χ^2=6,3, p=0,01), нормальная эндотелиальная функция (ЭФ) имеется реже на 26,1 % (χ^2=8,0, p=0,005), а вазоконстрикторная реакция эндотелия плечевой артерии на временную окклюзию чаще на 30,3 % (χ^2=15,8, p=0,001) Эти данные можно рассматривать как единый патогенетический механизм, лежащий в основе формирования скрытой артериальной гипертонии.

Таким образом, у пациентов со скрытой артериальной гипертонией на рабочем месте имеется повышенная стресс-реактивность и вазоконстрикция, которые, по-видимому, лежат в основе формирования стабильной гипертонии.

0583 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Осипова И.В., Пырикова Н.В.*, Антропова О.Н, Зальцман А.Г.*, Воробьева Е.Н., Щербинина Н.А.
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; НУЗ ОКБ ст. Барнаул*, Барнаул, Россия

Работники локомотивных бригад являются образцом модели рабочего напряжения по R. Karasek, приводящей к негативному воздействию на сердечно-сосудистую систему. У данной профессии показана высокая распространенность артериальной гипертонии (АГ) и других сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Актуальность исследования этого контингента определяется и большой социальной ролью: высокий риск развития ССЗ и пароксизмальных событий у этих пациентов создает реальную угрозу безопасности движения на железнодорожном транспорте. В связи с этим важнейшей задачей медицинского обеспечения на транспорте является своевременное проведение профилактических мероприятий. Однако при их организации возникают трудности, связанные с особенностями труда: скользящий меняющийся график работы.

Нами была разработана и апробирована на базе НУЗ ОКБ на станции Барнаул организационная модель профилактики ССЗ, максимально учитывающая профессиональные особенности и приближенная к рабочему месту. В качестве обучающей программы проводилась школа здоровья ("ШЗ") на рабочем месте. Занятия в "ШЗ" проводились один раз в неделю на базе депо, перед проведением инструктажа. Полный курс "ШЗ" состоял из 15 занятий продолжительностью 15-20 минут на протяжении 3,5 месяцев. Число слушателей, присутствующих на каждом занятии в "ШЗ" составляло от 70 до 100 человек еженедельно. Лекции сопровождались показом слайдов, наглядного материала, важной составляющей занятий было обучение самоконтролю артериального давления (АД) и оказанию помощи при неотложных состояниях. По окончании занятий всем слушателям выдавали подготовленные нами методические рекомендации с дневником самоконтроля (ежедневное измерение АД, частоты сердечных сокращений, контроль факторов риска). Полученные результаты показали эффективность данной организационной модели, пациенты улучшили контроль за факторами риска, значительно увеличилась приверженность к терапии у пациентов с АГ.

Для оценки факторов риска ССЗ и суммарного коронарного риска нами проводились профилактические акции на территории локомотивного депо. Проведение данных выездных осмотров позволило провести одномоментное обследование более 200 работников локомотивных бригад, выявить факторы риска и в последующем составить и выдать каждому пациенту карту прогнозирования риска сердечно-сосудистых событий, содержащую все необходимые индивидуальные рекомендации по коррекции образа жизни и мониторинга за факторами риска. Проведение акции позволило выявить группу лиц с высоким риском ишемических событий с целью более детального обследования и назначения своевременной немедикаментозной и медикаментозной терапии.

Таким образом, проведение обучающих программ и выездных акций непосредственно на рабочем месте операторов позволяет эффективно организовать профилактику ССЗ у лиц операторской профессии.

0584 СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УСТАНОВЛЕННОЙ ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Осипов Д.А., Кром И.Л., Ребров А.П.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, Центр медико-социологических исследований, Саратов, Россия

Данное исследование посвящено анализу причин безработицы инвалидов вследствие ИБС с перенесённым инфарктом миокарда. Выборочная совокупность составила 196 пациентов.

В последние годы профессиональная и социальная реабилитация рассматривается как самостоятельный аспект реабилитации, как условие эффективной социализации инвалидов. С 2004г в проводимой в России патерналистской социальной политике в отношении инвалидов отмечены элементы инновационного подхода: значительно расширены показания к определению трудовых рекомендаций при установлении инвалидности. Количество инвалидов, которые могли бы работать, увеличилось многократно. Однако для большинства из них возможность трудоустройства лишь декларируется.

Одной из причин длительной безработицы инвалидов, страдающих ИБС с перенесённым инфарктом миокарда, является нестабильность соматического состояния, прогрессирование основного заболевания и возникновение осложнений — соматических предикторов клинического прогноза у данной категории больных.

Как известно, трудовые рекомендации инвалидам устанавливают при проведении медико-социальной экспертизы в соответствии с определяемой группой инвалидности. Неблагоприятные тенденции в функционировании Медико-социальной экспертизы, связанные с необъективной экспертной оценкой (недооценкой) тяжести состояния инвалидов, несоответствие группы инвалидности соматическим и социальным ресурсам, имеющимся у инвалидов, является одной из причин их нерационального трудоустройства, либо отказа от трудоустройства, снижают эффективность возрастной социализации, медико-социальной реабилитации и качества жизни инвалидов, страдающих ИБС.

При трудоустройстве инвалидов, наряду с психосоматическими барьерами, связанными с основным заболеванием, возникают социальные: низкая оплата труда, отсутствие шансов равного доступа к престижным и высокооплачиваемым рабочим местам, сокращение рабочих мест для инвалидов, безработица. Больным, страдающим ИБС с установленной группой инвалидности, могут отказать в трудоустройстве из-за наличия инвалидности, возраста (старше 40 лет).

Современные достижения в лечении больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, определяют перспективность медико-социальной реабилитации и возможность смягчения для общества социально-экономических

последствий инвалидизации наиболее многочисленной категории инвалидов при условии создания безбарьерной среды: обеспечение доступности квалифицированного медицинского обслуживания, государственной поддержки при трудоустройстве инвалидов в соответствии с состоянием здоровья, профессиональной подготовкой и образованием, предоставление многовариантности профессионального выбора.

0585 УМЕНЬШЕНИЕ ЧИСЛА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВЕРАПАМИЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН

Ослопова Ю.В., Ослопов В.Н., Галимзянова Л.А., Яруллина Л.И.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования: изучить эффективность применения антиаритмического препарата IV класса верапамила у больных с суправентрикулярной экстрасистолией (СВЭ) на фоне органического поражения сердца в зависимости от функционального состояния клеточных мембран, определяемого по величине скорости Na+-Li+-противотранспорта (Na+-Li+-ПТ) в мембране эритроцита.

Материал и методы: обследовано 28 больных (Б) в возрасте от 33 до 76 лет (средний возраст 62,4±1,5 лет). Гипертоническая болезнь (ГБ) диагностирована у 13 Б, ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 3 Б, сочетание ИБС с ГБ — у 8 Б, идиопатическое нарушение ритма диагностировано у 4 больных. Всем больным определялась скорость Na+-Li+-ПТ в мембране эритроцита по M. Canessa (1980). Исследование проводилось в квартилях (КВ) Na+-Li+-ПТ, границы которых составили: I КВ 38-203; II КВ 204-271; III КВ 272-345, IV КВ 346-730 мкмоль Li на литр клеток в час (В.Н. Ослопов 2006). До назначения и через 4 дня от начала приема верапамила в дозе 120 мг в сутки проводилось суточное мониторирование ЭКГ. Эффективность антиаритмической терапии оценивалась путем подсчета общего количества СВЭ за сутки до лечения и на фоне приема препарата.

Полученные результаты: распределение больных по КВ Na+-Li+-ПТ выявило следующие особенности: сочетание ИБС и ГБ выявляется преимущественно у пациентов II и III КВ, ИБС максимально представлена в I КВ, ГБ чаще встречается у больных IV КВ, идиопатическое нарушение ритма выявляется у больных, носителей величин II КВ скорости Na+-Li+-ПТ. Снижение количества СВЭ на фоне лечения составило: в I КВ- 68,1 % ($p<0,05$), в III КВ-17,3 % ($p>0,05$), в IV КВ-36,8 %($p>0,05$). У больных II КВ, обнаружено увеличение числа СВЭ на 51,1 % во время приема верапамила.

Выводы. У больных, носителей малых величин скорости Na+-Li+-ПТ выявляется достоверное снижение количества СВЭ на фоне приема верапамила. У носителей других КВ достоверного снижения количества СВЭ не выявлено, а у больных, носителей величин II КВ скорости Na+-Li+-ПТ выявляется его проаритмогенное действие.

0586 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН С ВЕЛИЧИНОЙ СКОРОСТИ Na+-Li+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ КОГОРТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Ослопов В.Н., Макаров М.А.
ГОУ ВПО “Казанский ГМУ Росздрава”, Казань, Россия

Цель исследования. Исследовать возможную взаимосвязь смертности и заболеваемости АГ и другой патологией внутренних органов в мужской когорте, наблюдаемой в течение 20 лет, со скоростью Na+-Li+-противотранспорта (Na+-Li+-ПТ) в мембране эритроцита, являющейся маркером структурно-функционального состояния клеточной мембраны.

Методы исследования. 1. Изучение функционального состояния клеточных мембран путем определения максимальной скорости Na+-Li+-ПТ в мембране эритроцита по методу M.Canessa et. al. (1980) в модификации В.А.Люсова, И.Ю.Постнова и др. (1989) с последующим квартильным и децильным анализом распределения величины скорости Na+-Li+-ПТ. 2. Проспективное клиническое обследование в условиях амбулатории и стационара в 2001г и в 2005г. Обязательное обследование включало в себя анкетирование, измерение АД в соответствии с рекомендациями ДАГ-1, антропометрию, регистрацию ЭКГ, исследование липидного спектра крови, ЭхоКГ, при необходимости исследование глазного дна и электролитного состава крови. Параллельно изучалась имеющаяся медицинская документация: амбулаторные карты, истории болезней, выписки из историй болезней. В отношении умерших проводилось изучение амбулаторных карт, историй болезней, заключений о смерти. 3. Ретроспективное исследование. Проводилось изучение состояния когорты за период с 1993г по 2001г путем анализа медицинской документации (амбулаторных карт, историй болезней, выписок из историй болезней, заключений о смерти).

Результаты исследования. Обследовано 414 человек, из них 69 — умерших за период наблюдения. Оценка состояния когорты проводилась в статике на 1993г, 1997г, 2001г, 2005г и 2009г где были зафиксированы изменения состояния здоровья мужчин в когорте, включая появление всех инцидентов так называемых дополнительных заболеваний (ДЗ) у больных АГ с учетом их квартильной и децильной принадлежности по величине скорости Na+-Li+-ПТ, инцидентов ДЗ у лиц без АГ с учетом их квартильной и децильной принадлежности по величине скорости Na+-Li+-ПТ, инцидентов АГ у лиц, ранее не страдавших данным заболеванием, также с учетом их квартильной и децильной принадлежности по величине скорости Na+-Li+-ПТ. Был проведен анализ общей смертности и смертности больных АГ с учетом квартильной и децильной принадлежности умерших

Выводы: 1) Ожидаемая взаимосвязь смертности от АГ и мембранных нарушений, определяемых по высокой скорости Na+-Li+-ПТ, не выявилась.

2) Общая смертность в когорте по результатам длительного наблюдения достоверно ассоциирована с принадлежностью к VII децилю скорости Na+-Li+-ПТ в мембране эритроцита.

3) Умершие мужчины, принадлежавшие по скорости Na+-Li+-ПТ к IV квартилю скорости Na+-Li+- ПТ, достоверно чаще имели коморбидность злокачественной онкопатологии и АГ.

0587 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНДЕКСА GRACE У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Осмоловская В.С., Затейщиков Д.А., Минушкина Л.О., Евдокимова М.А., от лица коллектива авторов
ФГУ “Учебно-научный медицинский центр” УД Президента РФ, кафедра кардиологии и общей терапии, Москва, Россия; Москва, Челябинск, Казань, Пермь, Ставрополь, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Проанализировать диагностическую значимость индекса GRACE в определении риска смертности в течение 6 месяцев у больных, перенесших острый коронарный синдром.

Методы исследования. Данное исследование явилось частью многоцентрового проспективного исследования по изучению факторов риска неблагоприятного исхода у больных, перенесших обострение ИБС. Начато в 2004г, включено 1237 больных, проводится по настоящее время в Москве, Санкт-Петербурге, Ставрополе, Ростове-на-Дону, Перми, Казани, Челябинске. В данной работе представлены результаты наблюдения за больными в течении первых 6 месяцев после включения в исследование. Включались больные, пос-

тупившие в стационар по поводу острого коронарного синдрома (ОКС). Обязательным критерием включения, наряду с клиническими данными, было наличие повышения уровня тропонина Т, тропонина I или КФК-МВ выше верхней границы нормы и/или ишемические изменения на ЭКГ. Включение в исследование проводилось на 10-й день от момента развития ОКС при условии стабильного течения заболевания. Использовался индекс GRACE, предназначенный для оценки риска полугодовой смертности после выписки из стационара, включающий ЧСС, САД, возраст больных, наличие депрессии ST на ЭКГ, повышение уровня кардиоспецифических ферментов, наличие инфаркта миокарда и сердечной недостаточности в анамнезе, уровень креатинина крови и проведение вмешательства на коронарных артериях в связи с данным эпизодом ОКС.

Результаты исследования. В исследование было включено 1237 больных (771 мужчина и 446 женщин). Средний возраст составил 61,4±11,70 лет. 31,9 % больных имели в анамнезе инфаркт миокарда, 80,2 % — артериальную гипертонию, 14,6 % — сахарный диабет, 54,1 % — недостаточность кровообращения, 12,1 % — атеросклероз периферических артерий. В течении первых 6 месяцев после включения больных в исследование было зарегистрировано 45 смертей от ИМ, 5 смертей от инсульта и 4 смерти от других причин. 72 больных были потеряны для наблюдения. Уровень смертности в первые 6 месяцев составил 4,63 %. В исследовании GRACE уровень общей смертности в первые 6 месяцев после выписки из стационара составил 4,8 %. Оценку индекса GRACE оказалось возможно провести у 916 (74,1 %) больных из обследованной группы. У 25,9 % больных не было данных об уровне кардиоспецифических ферментов или креатинина крови. Диагностическую значимость индекса GRACE оценивали по характеристической кривой. Площадь под ROC-кривой для индекса GRACE составила 0,676±0,055, p=0,003.

Таким образом, индекс GRACE можно использовать для оценки риска 6-месячной выживаемости после эпизода ОКС, однако его диагностическая ценность в российской популяции не высока.

0588 НЕОПТЕРИН В РОЛИ МАРКЕРА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Осокина А.В., Ардашова Н.Ю., Никонорова Н.Г., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель. Определить значимость неоптерина в прогнозировании неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение года у пациентов с инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST в зависимости от наличия и отсутствия сахарного диабета 2 типа.

Методы исследования. В исследование включено 104 пациента с инфарктом миокарда (ИМ) и подъемом сегмента ST. Средний возраст составил 66,5 лет. Из всей выборки пациентов были сформированы две группы по принципу случай-контроль, в результате чего в каждой группе было одинаковое число мужчин и женщин, 17 и 35 человек соответственно. Основным отличительным признаком было наличие или отсутствие СД. На 14 сутки определялся уровень неоптерина (НП). Наблюдение составило один год. Под неблагоприятным прогнозом понимали развитие в течение года повторных ИМ, ОНМК, проявлений стенокардии и/или хронической сердечной недостаточности (ХСН) высоких функциональных классов, летального исхода.

Результаты: При сравнении клинических характеристик пациентов с наличием и отсутствием СД 2 типа по таким показателям как возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), частоте выявления артериальной гипертензии достоверных различий не выявлено. Однако среди пациентов с СД у 21 % пациентов в анамнезе был ИМ, в то время как у пациентов без СД всего у 12 % (p=0,18). Статистически значимые различия были получены при анализе классов сердечной недостаточности (СН): в группе пациентов с СД 2 типа большую часть составили пациенты с III классом НК по Killip (p=0,003), а в группе без СД — со II (p = 0,03). Достоверных различий по количеству пациентов с I и IV классами СН не было. Анализ маркеров воспаления показал, что у пациентов с СД в целом показатели воспаления имеют более высокие значения, однако в связи с большой разнородностью значений не удалось выявить статистически значимых различий. Фактор тяжести ИМ, оцененный классом СН оказался важным для определения степени активности воспалительного процесса. Так, разделение пациентов на две группы в зависимости от класса выраженности СН по Killip, без учета наличия СД выявило, что у пациентов с III-IV классом тяжести, по сравнению с пациентами I-II классом выявлено практически трехкратное увеличение концентрации неоптерина. При делении групп пациентов с СД и без него по прогнозу, оказалось, что в группе с неблагоприятным течением постгоспитального периода значение НП достоверно выше, чем в группе с благоприятным исходом. В этой же группе достоверно чаще регистрировались пациенты с III классом СН по Killip, в то время как в группе с благоприятным течением большая часть пациентов была отнесена к I классу.

Выводы: Полученные нами данные позволяют утверждать, что повышенная концентрация такого маркера воспаления как НП, определяемая в подострый период ИМ, является ценным прогностическим критерием в прогнозировании возникновения неблагоприятных исходов в течение года с момента развития ИМ у пациентов, как с наличием, так и отсутствием сахарного диабета 2 типа.

0589 ФАКТОРЫ, ПРОГНОЗИРУЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА

Осокина А.В., Ардашова Н.Ю., Никонорова Н.Г., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель. Оценить влияние некоторых лабораторных, инструментальных и анамнестических факторов, способных негативно влиять на течение постинфарктного периода в течение года наблюдения.

Методы исследования. В исследование включено 104 пациента с инфарктом миокарда (ИМ) и подъемом сегмента ST, как с наличием, так и отсутствием сахарного диабета (СД) 2 типа. Средний возраст составил 66,5 (от 50 до 79) лет. Женщины составили 70 человек (67,3 %), мужчины — 34 человека (32,7 %). На 10-14 сутки определялись концентрации таких маркеров субклинического воспаления, как неоптерина (НП), растворимого CD40 лиганда (sCD40L), интерлейкина-6 (ИЛ-6), С-реактивного белка (СРБ), определяемых иммуноферментным методом. Из анамнестических и инструментальных данных учитывались возраст, индекс массы тела (ИМТ) и фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Выбор факторов был обусловлен значимостью их влияния на прогноз развития неблагоприятного течения постгоспитального периода по результатам однофакторного анализа. Наблюдение составило один год. Под неблагоприятным прогнозом понимали развитие в течение года повторных ИМ, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), проявлений стенокардии и/или хронической сердечной недостаточности (ХСН) высоких функциональных классов, летального исхода по причине сердечно-сосудистой патологии.

Результаты. В конечную дискриминантную функцию было включено 5 параметров. Наибольшее влияние на развитие неблагоприятного прогноза у изучаемой группы пациентов оказывает высокое значение НП, определяемый на 10-14 сутки с момента развития ИМ. Сохраняющийся высокий уровень этого маркера способен достоверно ухудшать прогноз пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST по результатам однофакторного и многофакторного анализов, p=0,009. Следующим по значимости влияния на прогноз у больных с ИМ и подъемом сегмента ST оказался sCD40L, p=0,024, определяемый в тех же временных рамках, что и НП.

Немаловажным остается значение возраста пациента и сократительной способности миокарда. По результатам дискриминантного анализа, пожилой возраст и сниженная фракция изгнания миокарда способны достоверно ухудшать прогноз больных ИМ и подъемом сегмента ST. Последним показателем, влияющим на прогноз постгоспитального периода в течение года у изучаемой группы пациентов, явился СРБ. Значения этого маркера воспаления определялись так же на 10-14 сутки. Изучаемые ИЛ-6, ИМТ оказались вне модели, так как не показали своего влияния на развитие неблагоприятного исхода у больных ИМ с подъемом сегмента ST. Вероятность правильной классификации модели составила 84,4 %.

Выводы. На основании полученных нами данных, следует, что неоптерин явился самым важным маркером неблагоприятного прогноза. Его прогностическая роль важна для пациентов независимо от наличия либо отсутствия сахарного диабета. В совокупности с такими показателями как sCD40L, СРБ, ФВ ЛЖ и возраст пациентов возможно более точное прогнозирование возникновения сердечно-сосудистых событий у пациентов, как с наличием, так и отсутствием сахарного диабета 2 типа.

0590 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST, С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Осокина А.В., Никонорова Н.Г., Ардашова Н.Ю., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель. Оценить прогностическую важность современного маркера субклинического воспаления — неоптерина, в прогнозировании неблагоприятного течения постгоспитального периода у пациентов с острым коронарным синдромом и элевацией сегмента ST, страдающих сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования. В исследование включено 52 пациента с острым коронарным синдромом (ОКС) и элевацией сегмента ST, ассоциированным с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Средний возраст составил 66,5 лет. Из всей выборки пациентов были сформированы две группы в зависимости от течения постгоспитального периода в течение года. Под неблагоприятным прогнозом понимали развитие в течение года повторных инфарктов миокарда (ИМ), ОНМК, клинических проявлений стенокардии и хронической сердечной недостаточности (ХСН) высоких функциональных классов, повторные госпитализации, а так же летальный исход вследствие коронарной патологии. Таким образом, 1-ю группу составили пациенты с неблагоприятным течением постгоспитального периода — 30 (57,6 %); во 2-ю группу вошли пациенты с благоприятным течением постгоспитального периода — 21 (40,3 %). На 14 сутки определялся уровень неоптерина (НП). Наблюдение составило один год.

Результаты. При сравнении клинических характеристик пациентов обеих групп по таким показателям как возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), частоте выявления артериальной гипертензии достоверных различий не выявлено. Оценивая сократительную способность миокарда ЛЖ, выявлены достоверные различия между анализируемыми группами. Несмотря на то, что сократительная способность миокарда в обеих группах была снижена, в 1-й группе ФВ ЛЖ составила 43 %, во 2-й — 46 %, p=0,03. Статистически значимые различия были получены так же при анализе классов сердечной недостаточности: в 1-й группе пациентов большую часть составили пациенты с III классом НК по Killip (p=0,02), а во 2-й группе — с I (p = 0,006). Достоверных различий по количеству пациентов с II и IV классами СН не было. Анализ содержания данного маркера воспаления показал, что у пациентов с неблагоприятным течением постгоспитального периода концентрация НП имеет более высокие значения, по сравнению с группой благоприятного прогноза.

Выводы. Данные, полученные в нашей работе, позволяют утверждать, что повышенная концентрация такого маркера воспаления как неоптерин, определяемая в подострый период ИМ, является ценным критерием в прогнозировании возникновения неблагоприятных исходов в течение года с момента развития инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

0591 ОЦЕНКА АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ДЖЕНЕРИЧЕСКОГО КЛОПИДОГРЕЛА (ЛОПИРЕЛА) У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЙ

Павлова Т.В., Соснова Ю.Г., Волкова С.Л., Лунин В.В.
ГОУ ВПО “Самарский государственный медицинский университет Росздрава”, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель: оценить эффективность антитромбоцитарного действия дженерического клопидогрела (“Лопирел”, фармацевтическая компания Актавис) у пациентов с нестабильной стенокардией.

Методы исследования. В исследование было включено 30 больных с нестабильной стенокардией, поступивших на лечение в СОККД. Параметры активности кровяных пластинок определялись с использованием морфофункционального метода оценки внутрисосудистой активации тромбоцитов (проф. А.С. Шитикова, 1991). Метод позволяет определить уровень интактных кровяных пластинок — дискоцитов и трех видов активированных форм (дискоэхиноциты, сфероциты, сфероэхиноциты), интегрального показателя общего числа активных форм кровяных пластинок, а также числа тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты и числа агрегатов — малых и больших. Параметры внутрисосудистой активации тромбоцитов оценивались дважды: через 3-4 суток от момента поступления, на фоне приёма ацетилсалициловой кислоты (АСК) в дозе 75 мг/сут. Затем назначался “Лопирел”, 75 мг/сут. Повторное исследование параметров тромбоцитарной активности проводилось ещё через 7 суток.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением дисперсионного анализа и t-критерия Стьюдента.

Полученные результаты. На 3-4 сутки с момента развития нестабильной стенокардии, несмотря на начальную комбинированную антитромбоцитарную терапию и продолжающийся приём АСК, отмечено выраженное повышение внутрисосудистой активности тромбоцитов и их способности к образованию агрегатов. Так, число неактивных тромбоцитов было снижено до 73,6 % (нормальные значения: 81,5-91,9 %); число активных форм повышено до 26,3 % (норма: 7,9-17,7 %); число тромбоцитов, вовлечённых в агрегаты, составило 16,04 % (норма: 6,1-7,4 %); число малых агрегатов увеличено до 8,4 % (норма:2,8- 3,5 %); число больших агрегатов — до 0,37 % (норма: 0,03-0,23 %).

Через неделю после начала комбинированной антитромбоцитарной терапии с использованием АСК и “Лопирела” по результатам морфо-функционального метода отмечено достоверное снижение всех показателей, характеризующих внутрисосудистую активность тромбоцитов ($p<0,01$): число неактивных дискоцитов увеличилось до 85,5 %, число активных форм снизилось до 14,6 %; число тромбоцитов, вовлечённых в агрегаты, составило 8,7 %; число малых агрегатов снизилось до 4,4 %; большие агрегаты на фоне комбинированного антитромбоцитарного лечения не образовывались.

Выводы. 1. У пациентов с нестабильной стенокардией, несмотря на приём АСК в рекомендованных дозах, выявлено повышение внутрисосудистой активации тромбоцитов и их способности к образованию агрегатов.

2. Дженерик клопидогрела Лопирел через неделю приёма достоверно снижает внутрисосудистую активацию тромбоцитов и их способность к агрегатообразованию.

0592 ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС У МУЖЧИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Павлова Я.Р., Кузнецов А.В., Константинов В.О., Барабанова Н.Г.
ГОУВПО Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время проводится множество исследований, посвященных выявлению негативного влияния ожирения на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим, одним из методов первичной профилактики ИБС является снижение веса с помощью умеренных физических нагрузок и диеты. Доказано, что при достаточном уровне физических нагрузок смертность от сердечно-сосудистых причин сокращается вдвое. Кроме того, регулярные физические нагрузки способствуют снижению уровня артериального давления, сокращению риска развития сахарного диабета II типа на 50-60 %. Не менее важны и диетические мероприятия, показано, что каждое увеличение полиненасыщенных жирных кислот в общей калорийности питания на 5 % ассоциировалось со снижением риска ИБС на 10 %.

Целью нашего исследования стала оценка частоты и характера доклинических проявлений атеросклероза у мужчин с абдоминальным типом ожирения и разработка рациональных путей первичной профилактики заболевания. Мы обследовали 100 мужчин с избыточной массой тела от 28 до 58 лет (средний возраст — 46 лет).

Всем обследованным рекомендовали индивидуализированную низкокалорийную, гиполипидемическую и гипогликемическую диету и систематические физические тренировки (ежедневную 40-минутную ходьбу в быстром темпе). При необходимости использовали гипотензивные, гипогликемические и гиполипидемические лекарственные средства.

Избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) = 25,0-29,9 кг/м²) определена у 37 пациентов (37 %), I степень ожирения (ИМТ=30,0-34,9 кг/м²) — у 54 (54 %), II степень ожирения (ИМТ=35,0-39,9 кг/м²) выявлена у 9 пациентов (9 %). Из 100 обследованных только 28 имели нормальное артериальное давление (АД), у 27 отмечалось высоко нормальное АД, 37 пациентов имели АГ I ст., 8 пациентов — II ст. У 17 (17 %) обследованных был ранее диагностирован сахарный диабет (СД) II типа; у 6 (6 %) СД был впервые выявлен нами; 43 пациента имели нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ) и лишь у 34 толерантность к глюкозе оказалась нормальной. Те или иные изменения липидного спектра крови встретились практически в 100 % случаев. Как и следовало ожидать, чаще всего определялись комбинированные дислипидемии в виде гипертриглицеридемии и гипоальфахолестеринемии (55 %). Признаки доклинического атеросклероза по данным дуплексного сканирования общей сонной артерии были найдены у 72 % пациентов (толщина комплекса интима медиа (ТКИМ) >1,0 мм), при этом, ТКИМ имела прямую корреляцию с ИМТ.

На фоне лечения у большинства обследованных отмечено значимое снижение массы тела, снижение уровня артериального давления, нормализация липидного спектра крови и гликемии. Интересно, что у лиц, адекватно ответивших на предложенные мероприятия по снижению массы тела, через 2 года проспективного наблюдения найдено значимое уменьшение ТКИМ сонной артерии.

Полученные данные свидетельствуют о важном значении снижения массы тела у лиц с множественными риск-факторами с целью первичной профилактики атеросклероза.

0593 ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ

Падыганова А.В., Чичерина Е.Н.
Кировская ГМА, Киров, Россия

Актуальность: До настоящего времени оценка функционального состояния почек у беременных с хронической артериальной гипертонией (ХАГ) мало изучена. Известно, что почки — составная и значительная часть микроциркуляторной системы организма, важный орган метаболизма и гуморальной регуляции различных процессов. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривают в качестве маркера неблагоприятного прогноза, прежде всего для сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что вполне соответствует утвердившейся концепции кардиоренальных взаимоотношений (Мухин Н.А., 2007). Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимыми факторами риска ССЗ и смерти (Sarnak M., et al. 2003).

Цель: Изучить особенности функционального состояния почек у беременных с хронической артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование функционального состояния почек у 20 пациенток с ХАГ во втором триместре беременности. Данное иссследование включало оценку уровня креатинина крови, СКФ по формуле Кокрофта-Гаулта, MDRD, CKD-EPI (A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate в Ann Intern Med. 2009), пробе Реберга, микроальбуминурии (МАУ) с использованием тест-полосок и ультразвуковое исследование (УЗИ) почек.

Результаты исследования. Средний возраст женщин составил 33,15±1,44 лет. Срок беременности составил 13,5±0,31 недель гестации. Среднее систолическое артериальное давление (АД) — 140±7,0 мм рт.ст., среднее диастолическое АД — 90±5,0 мм рт.ст. По результатам, полученным с помощью формулы MDRD СКФ составила 85,8±2,84 mL/min/1.73m^2, что соответствует по классификации хроничесчкой болезни почек, принятой в 2005 году на съезде нефрологов, артериальной гипертонии со сниженной СКФ, по формуле CKD-EPI — 88,9±2,05 mL/min/1,73m^2. Отмечено, что формула MDRD может быть неточна при нормальных или незначительно сниженных значениях СКФ. Поэтому нефрологи вывели формулу для оценки СКФ, формулу. Результаты оценки СКФ по новой формуле совпадают с результатами MDRD при низких значениях, но дают более точную оценку при высоких значениях СКФ. По данным формулы Кокрофта-Гаулта — 109,8±4,99 мл/мин. По результатам пробы Реберга, рекомендованной для оценки СКФ при беременности ВНОК (2008), средняя СКФ составила 90,87±5,3 мл/мин. При этом значения МАУ — 42±4,02 мг/дл, что по диагностическим критериям соответствует стадии МАУ. Структурных изменений по результатам УЗИ почек выявлено не было.

Выводы. Выявлена микроальбуминурия, снижение СКФ по данным MDRD, CKD-EPI у беременных с ХАГ. Проба Реберга дала пограничное значение. Таким образом, своевременное выявление нарушения функционального состояния почек у беременных с ХАГ необходимо для коррекции гипотензивной терапии, а следовательно для снижения одного из основных факторов прогрессирования ХПБ — повышенного артериального давления.

0594 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ, ШЕСТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИМАЕМОСТИ И ДАННЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Пак Ю.А., Лыкасова Е.А., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель. В последние годы дискутируется вопрос о благоприятном влиянии предынфарктной стенокардии (ПС), как клинической модели феномена ишемического прекондиционирования (ИП), на течение и исход госпитального периода инфаркта миокарда (ИМ). Однако вопрос о возможной взаимосвязи ПС, выживаемости больных ИМ и данных эхокардиографии (Эхо-КГ) в отдаленном периоде ИМ остается открытым.

Материал и методы исследования. Всего в исследование было включено 145 пациентов. Все исследуемые были разделены на две группы: группа I — 72 пациента с наличием одного или нескольких приступов стенокардии в течение 48 часов до развития ИМ и группа II — 73 пациента с отсутствием приступов стенокардии в указанный период времени. В первые сутки ИМ и через 6 лет наблюдения (в среднем 71,0±4,2 месяца) больным было выполнено стандартное эхокардиографическое обследование. Проведен сравнительный анализ данных Эхо-КГ и частоты летальных исходов на госпитальном этапе и в отдаленном периоде ИМ.

Результаты. Сформированные группы не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, локализации и глубине (Q/не-Q) ИМ, наличию факторов риска и частоте проведения тромболизиса. В отдаленном периоде наблюдения показатели, характеризующие размеры ЛЖ имели достоверные различия среди пациентов исследуемых групп. Так, конечный диастолический размер ЛЖ возрос у пациентов с отсутствием ПС (с 50,6±0,6 мм до 55,4±2,1 мм) и не изменился у больных с ПС в анамнезе (50,4±0,6 мм и 49.6±1.4 мм) (p=0,01). Достоверных различий в динамике фракции выброса ЛЖ выявлено не было. Методом регрессионного анализа установлено, что ПС не оказывала какого-либо влияния на выживаемость больных в отдаленном периоде ИМ (отношение рисков 1,22, 95 % доверительный интервал 0,49-3,03; p=0,7). С использованием мультивариантного анализа было установлено, что наличие острой сердечной недостаточности на госпитальном этапе являлось независимым предиктором неблагоприятного отдаленного прогноза у больных ИМ (отношение рисков 3,38, 95 % доверительный интервал 1,15-9,88; p=0.02). Необходимо отметить, что на госпитальном этапе среди больных группы I статистически значимо реже наблюдался отек легких (p=0,01) и была выявлена тенденция к более низкой частоте летальных исходов (p=0,07).

Выводы. Таким образом, ПС не ассоциируется с улучшением выживаемости больных в отдаленном периоде ИМ, но, возможно, оказывает благоприятное влияние на процессы ремоделирования миокарда ЛЖ

0595 ДИНАМИКА ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРЕТРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Пальшина А.М., Баннаев И.Ф.
Северо-восточный федеральный университет, Якутск, Россия

Цель: изучить течение изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости на фоне тяжелого остеопороза.

Объект и методы исследования: основную группу исследования составили 89 пациентов артериальной гипертензией (АГ) (66 женщин, средний возраст 75,4±7,0 лет и 23 мужчины, средний возраст 73,2±6,6 лет) с переломом проксимального отдела бедренной кости на фоне сенильного остеопороза.

Пациенты находились на стационарном лечении в травматологическом отделении РБ № 2 — ЦЭМП. Диагноз АГ ставили в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению АГ 2008 г.

Пациентам назначалась комбинированная гипотензивная терапия: лизиноприл 5 мг/сут + индапамид — ретард 1,5 мг/сут. Из 89 пациентов ИСАГ оперативное лечение перелома проксимального отдела бедренной кости было проведено 84 пациентам (94,4 %), 5 пациентов получили консервативное лечение. В первые сутки госпитализации были прооперированы 15 пациентов (16,7 %), остальные пациенты в течение 4,9±0,4 сут после проведения предоперационной подготовки, стабилизации уровня систолического АД.

Результаты исследования: при госпитализации в стационар у всех пациентов с переломом проксимального отдела бедренной кости регистрировалось повышение систолического артериального давления (САД) до цифр 162±1,7 мм рт.ст. при уровне пульсового давления 82,3 мм рт.ст.. В течение первых 2-х суток стационарного лечения регистрировались значения САД 159,1±2,3 мм рт.ст. с уровнем пульсового давления 71,3 мм рт.ст. Начиная с 3-х суток у пациентов на фоне комбинированной гипотензивной терапии наблюдалась постепенная нормализация уровня САД со средними значениями

147,3±2,6 мм рт.ст. с уровнем пульсового давления 64,8 мм рт.ст. К выписке из стационара у пациентов ИСАГ был достигнут целевой уровень САД до цифр 130,1±1,3 мм рт. ст. с уровнем пульсового давления 53,7 мм рт.ст. В день оперативного вмешательства наблюдалось повышение САД до цифр 157,8±2,2 мм рт.ст. с уровнем пульсового давления 72,5 мм рт. ст.

Клинически ИСАГ проявлялась головными болями, головокружением, появлением шума, ощущением пульсации в голове, бессонницей.

По данным СМАД у пациентов ИСАГ выявлены повышенная вариабельность САД (ВСАД день 18,5±0,7 мм рт.ст., ВСАД ночь 15,2±0,9 мм рт.ст.) и повышенные уровни пульсового давления за сутки.

Выводы: ИСАГ у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости на фоне тяжелого остеопороза характеризуется значительным повышением систолического АД в первые сутки стационарного лечения и в день оперативного вмешательства. У больных ИСАГ с тяжелым остеопорозом повышенная вариабельность систолического АД и повышенные уровни пульсового давления являются неблагоприятным предиктором развития сердечно-сосудистых осложнений. Эффективной гипотензивной терапией ИСАГ на фоне тяжелого остеопороза является комбинация ингибитора АПФ лизиноприла и диуретика индапамида.

0596 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Пальшина А. М., Ощепкова Т. П.
Северо — Восточный Федеральный Университет, Якутск, Россия

Цель исследования: оценка фармакоэкономической эффективности антигипертензивной терапии у лиц пожилого и старческого возраста.

Объект и методы исследования: Исследование проводилось на базе терапевтического стационара № 1 РБ № 3 г. Якутска. В исследование включены 65 больных пожилого и старческого возраста (средний возраст 68±3) с артериальной гипертензией (АГ). Из всех исследованных пациентов: мужчин — 31 (48 %), женщин — 34 (62 %).

Методы исследования: сбор жалоб, анамнеза заболевания, жизни, физикальные данные, результаты лабораторно — инструментальных исследований: СМАД, трансторакальная ЭхоКГ с допплерографией. Постановка диагноза АГ по пересмотру ВНОК 2008г.

Результаты исследования. По распределению АГ мягкой и тяжелой степени у больных не наблюдались. Больные поступали с АГ умеренной степени. Длительность течения АГ составила от 3 лет до 40 лет (в среднем 14 лет±3). У всех пациентов выявлялись осложнения АГ: стенокардия напряжения ФК II — в 56 случаях (86,1 %); стенокардия напряжения ФК III — у 9 (13,8 %); ПИКС — у 24 (36,9 %); СН у всех боль-

ных: ФК I — 0, ФК II — 45 (69,2 %), ФК III — 17(26,2 %), ФК IV — 3(4,6 %); нарушение ритма и проводимости: фибрилляция предсердий — 5(7,7 %), экстрасистолия — 12(18,5 %), гипертоническая энцефалопатия наблюдалась у 38 (58,4 %) больных; остаточные явления мозгового инсульта — у 27 (42,5 %) больных; кровоизлияния в сетчатку в анамнезе у 1 больного (1,5 %); сахарный диабет — у 8 больных (12,31 %), хроническая почечная недостаточность — у 4 (6,1 %) больных.

Больным назначались антигипертензивные препараты в зависимости от сопутствующих заболеваний, осложнений АГ и индивидуальной переносимости: ингибиторы АПФ: "энап" 10 — 20 мг/сутки, "диротон" 5-10 мг/сутки, бета — адреноблокаторы: конкор 5 мг/сутки, антагонисты кальция: "нормодипин" 5- 10мг/сутки, диуретики: индапамид — ретард 1.5 мг/сутки. У 54 (83,1 %) больных проводилась комбинированная терапия 2 препаратами — диротон + конкор, энап + нормодипин, нормодипин + индапамид, нормодпин + конкор; 4 пациента — 3 препаратами — диротон + нормодипин + гипотиазид,, конкор + нормодипин + диротон; 7 больных получали монотерапию.

По результатам исследования целевые уровни АД достигнуты по уровню систолического АД на 5-7 сутки стационарного лечения. По уровню диастолического АД на 3-4 сутки.

Фармакоэкономический анализ проведенной гипотензивной терапии выявил, что более эффективными и безопасными являются комбинации: нормодипин + индапамид, диротон + конкор.

Заключение: проведенный фармакоэкономический анализ антигипертензивной терапии выявил, что наиболее эффективным, экономически целесообразным пациентам пожилого и старческого возраста является рациональная комбинация ИАПФ с бета — адреноблокатором ("диротон" + "конкор").

0597 БИОМАРКЕР ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ЦИСТАТИН АССОЦИИРОВАН С ТЯЖЕСТЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Панфилова Е.Ю.[1], Резниченко Н.Е.[1], Данковцева Е.Н.[2], Баринов В.Г.[2], Затейщиков Д.А.[2]
Городская больница № 17[1], Москва, Россия; ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" Управления делами Президента РФ[2], Москва, Россия

Цель. Изучение уровней креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и нового биомаркера поражения почек — цистатина С — у больных с хронической систолической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. Обследованы 82 больных, госпитализированных в связи с декомпенсацией хронической систолической сердечной недостаточности (СН) различной этиологии и имеющих фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≤40 %. После стабилизации СН производился сбор анамнеза, тест с 6-минутной ходьбой для определения класса сердечной недостаточности и забор крови для определения уровней биомаркеров. Исследование креатинина проводилось кинетическим методом, цистатина С — иммуноферментным методом, определение СКФ — расчетным методом с использованием формулы MDRD.

Результаты. Средний возраст больных составил 63,7 года. 59 (72 %) были мужского пола. Среднее значение ФВ ЛЖ составило 30,1 %. Среднее значение креатинина в обследованной группе было 102,5±4,12 мкмоль/л, СКФ — 67,9±3,15 мл/мин/1,73 м^2, цистатина С — 1743,3±51,13 нг/мл. Уровень цистатина С был значимо выше у больных старше 55 лет (1799,7±57,14 и 1530,6±101,46, соответственно), в также у больных с неоднократными госпитализациями по поводу декомпенсации СН в анамнезе (1907,1±110,30 и 1799,7±57,14, p=-0,037). Уровень СКФ был значимо ниже в группе больных с АГ. У больных, принимавших до настоящей госпитализации спиронолакон, фуросемид и сердечные гликозиды, были выявлены более высокие средние показатели креатинина. По другим показателям (пол, наличие сахарного диабета, мерцательной аритмии, ожирения, значение ФВ ЛЖ) различий в уровнях ни одного из биомаркеров не выявлено. В отличие от креатинина и СКФ, уровень цистатина С был существенно выше у больных с СН IV ф.кл., чем у больных с СН I-III ф.кл. (1936,2±95,88 нг/мл против 1709,7±56,92 нг/мл, соответственно, p=0,039). Выявлена слабая статистически значимая положительная корреляция между уровнем цистатина С и классом СН по NYHA по методу Spearman (коэффициент корреляции 0,278, p=0,012).

Выводы. Получены данные о более высоком среднем значении уровня цистатина С у больных с хронической систолической СН старше 55 лет, а также у больных с неоднократными госпитализациями по поводу декомпенсации СН в анамнезе, что, вероятно, может послужить основанием для использования этого показателя в качестве дополнительного маркера тяжести сердечной недостаточности.

0598 СЦИНТИГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Панькова А.Н.
Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы — выявить наиболее информативные показатели перфузионной пульмоносцинтиграфии и радионуклидной томовентрикулографии при тромбоэмболии ветвей легочной артерии.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 72 пациентов: 57 (основная группа) — с тромбоэмболией ветвей легочной артерии и 15 (группа сравнения) — с ишемической болезнью сердца и недостаточностью кровообращения ФК I-II по NYHA. Средний возраст больных в группах составил 60,3±10,4 и 59,0±9,0 лет соответственно. Все пациенты прошли полное клинико-инструментальное обследование в клиниках НИИ кардиологии СО РАМН. Радионуклидные исследования включали вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию легких и радионуклидную равновесную томовентрикулографию. В процессе обработки изображений вычисляли основные гемодинамические показатели: фракцию выброса (ФВ), конечный систолический (КСО) и диастолический объемы (КДО) правого желудочка, ударный (УО) объем; максимальную скорость изгнания (МСИ) и наполнения (МСН), среднюю скорость наполнения за 1/3 диастолы (ССН/3).

Полученные результаты: Фракции выброса и ударный объем ПЖ у пациентов с ТЭЛА были достоверно меньшими, а значения КСО ПЖ значимо большими, по отношению к группе сравнения. По величине конечно-диастолического объема ПЖ группы достоверно не различались, на наш взгляд это связано с тем, что малый круг кровообращения, обладающий большими резервными возможностями, позволяет довольно долго компенсировать повышенное давление в легочной артерии, предотвращая дилатацию камер правого сердца. Наиболее значимые межгрупповые различия были выявлены по скоростным показателям. Так, значения МСН, ССН/3 в группе пациентов с ТЭЛА были достоверно более низкими, а МСИ и ВМН, наоборот, более высокими, что является проявлением дисфункции правого желудочка.

Количество гипоперфузируемых легочных сегментов в основной группе больных составило от 1 до 10 (в среднем 3,1±2,3). В этой группе встречались пациенты как без признаков контрактильной дисфункции ПЖ, так и с наличием таковой.

Выводы: Анализ результатов томовентрикулографии позволяет считать, что признаками дисфункции правого желудочка при тромбоэмболии ветвей легочной артерии являются: уменьшение его ударного объема, а также снижение максимальной скорости изгнания и наполнения. Указанные изме-

нения выявляются даже при незначительном объеме эмболизации сосудов малого круга кровообращения.

Сохраненную функциональную способность правых отделов сердца у пациентов с небольшим объемом поражения сосудистого русла легких можно считать признаком острой тромбоэмболии, а систоло-диастолическую дисфункцию правого желудочка — одним из показателей хронической посттромбоэмболической легочной гипертензии.

0599 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА КВИНАПРИЛОМ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Партигулова А.С., Наумов В.Г, Масенко В.П., Казначеева Е.И., Кухарчук В.В.
ФГУ "РКНПК Росмедтехнологий", Москва, Россия

Цель исследования. Изучить влияние терапии квинаприлом на уровни провоспалительных цитокинов (интерлейкина-6, ФНО-α и вч-СРБ) в крови больных ишемической болезнью сердца после коронарного стентирования.

Материалы и методы. В исследование включен 31 пациент обоего пола в возрасте от 38 до 65 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II-III ФК. Все пациенты получали стандартную терапию БАБ, статинами, аспирином, клопидогрелем. Определяли концентрацию в сыворотке крови СРБ, ФНО-α и интерлейкина-6 (ИЛ-6) исходно, на вторые сутки после коронарного стентирования (стенты, покрытые сиролимусом) и через 6 месяцев терапии квинаприлом 20 мг.

Результаты. У включенных в исследование больных концентрация вч-СРБ исходно составляла 3,79±5,24 мг/мл, после проведения стентирования увеличивалась до 6,31±7,52 мг/мл ($p<0,05$), через 6 месяцев терапии квинаприлом происходило ее уменьшение до 1,81±2,01 мг/мл, по сравнению с данными после стентирования и с исходным уровнем ($p=0,07$).

Концентрация ИЛ-6 исходно составляла 3,35±2,9 пг/мл, после проведения стентирования увеличивалась до 4,9±4,7 ($p=0,16$) пг/мл, через 6 месяцев терапии квинаприлом происходило ее уменьшение до 2,00±1,5 по сравнению с исходной ($p=0,05$).

Концентрация ФНО-α исходно составляла 11,41±7,4 пг/мл, после проведения стентирования уменьшалась до 10,95±3,95 ($p=0,7$) пг/мл, через 6 месяцев терапии квинаприлом увеличивалсь до 12,19±7,49 ($p=0,69$).

Выводы. Таким образом, терапия ингибитором ангиотензинпревращающего фермента квинаприлом приводит к уменьшению содержания в крови больных ИБС таких провоспалительных цитокинов, как вч-СРБ, ИЛ-6 как по сравнению с данными после коронарного стентирования, так и по сравнению с исходными значениями.

0600 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРОМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ТЕЛМИСАРТАНОМ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Партигулова А.С., Наумов В.Г, Масенко В.П., Косенков Е.И., Кухарчук В.В.
ФГУ "РКНПК Росмедтехнологий", Москва, Россия

Цель исследования. Изучить влияние терапии телмисартаном на уровни провоспалительных цитокинов (интерлейкин-6, ФНО-α и вч-СРБ) в крови больных ишемической болезнью сердца после коронарного стентирования.

Материалы и методы. В исследование включено 18 пациентов обоего пола в возрасте от 35 до 68 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II-III ФК. Все пациенты получали стандартную терапию БАБ, статинами, аспирином, клопидогрелем. Определяли концентрацию в сыворотке крови СРБ, ФНО-α и интерлейкина-6 (ИЛ-6) исходно, на вторые сутки после коронарного стентирования (стенты, покрытые сиролимусом) и через 6 месяцев терапии телмисартаном 40 мг.

Результаты. У включенных в исследование больных концентрация вч-СРБ исходно составляла 3,44±3,78 мг/мл, после проведения стентирования увеличивалась до 4,09±3,93 мг/мл ($p=0,6$), через 6 месяцев терапии телмисартаном происходило ее уменьшение до 1,58±1,99 мг/мл по сравнению с данными после стентирования $p=0,022$, по сравнению с исходным $p=0,06$.

Концентрация ИЛ-6 исходно составляла 3,35±2,65 пг/мл, после проведения стентирования уменьшалась до 2,73±2,39 пг/мл ($p=0,49$), через 6 месяцев терапии телмисартаном уменьшалась до 2,02±1,4 пг/мл по сравнению с исходной ($p=0,07$).

Концентрация ФНО-α исходно составляла 11,08±5,4 пг/мл, после проведения стентирования 11,34±4,7 пг/мл ($p=0,7$), через 6 месяцев терапии телмисартаном уменьшалась до 8,35±5,6 пг/мл по сравнению с исходной ($p=0,13$).

Выводы. Таким образом, терапия блокатором рецепторов ангиотензина II телмисартаном приводит к уменьшению содержания в крови больных ИБС таких провоспалительных цитокинов, как вч-СРБ, ИЛ-6 как по сравнению с данными после коронарного стентирования, так и по сравнению с исходными значениями.

0601 ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Пархоменко В.В.
ГВКГ ВВ МВД России, Балашиха, Россия

Аортокоронарное шунтирование все шире используется для лечения и профилактики осложнений коронарной недостаточности у больных ИБС.

Цель. Сравнительная оценка внутрисердечной гемодинамики после операций аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения и без него в раннем реабилитационном периоде.

Методы исследования. 50 пациентов распределены на две группы: 23 больным выполнена операция АКШ в условиях ИК и 27 больным — на работающем сердце. Большинство пациентов — мужчины, средний возраст которых около 50 лет. До и после операции реваскуляризации миокарда определялся ряд клинико-инструментальных показателей. Инструментальные методы исследования включали: ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХОКГ, ВЭМ, селективную коронарную ангиографию, дуплексное исследование брахиоцефальных сосудов и сосудов нижних конечностей, лабораторные показатели, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, оценку функции внешнего дыхания. При эхокардиографическом исследовании оценивалось: функциональная способность левого желудочка (ЛЖ), геометрия сердца, внутрисердечная гемодинамика. Определялись следующие показатели: конечный диастолический и систолический объемы левого желудочка, минутный и ударный объёмы, фракция изгнания, масса и толщина стенок миокарда, сердечный индекс, оценка общей и изменение локальной сократимости миокарда, трансмитральный диастолический поток.

Полученные результаты. Достоверных изменений локальной сократимости миокарда в раннем послеоперационном периоде не было отмечено. В первую очередь, в этот период изменялось диастолическое наполнение левого желудочка. Достоверно наблюдалось снижение времени изометрического расслабления, что свидетельствует об улучшении расслабле-

ния миокарда ЛЖ и уменьшении его жесткости. Скоростные показатели трансмитрального кровотока существенно не изменялись. По данным ЭКГ исследования во всех случаях было отмечено ухудшение реполяризации миокарда в зоне реваскуляризации. Оценка клинического состояния свидетельствовала о том, что после АКШ в раннем послеоперационном периоде исчезали симптомы стенокардии, повышалась толерантность к физическим нагрузкам. В ряде случаев в послеоперационном периоде не было отмечено улучшения насосной функции сердца, что, по-видимому, связано с обширным поражением коронарного русла, наличием зон "нежизнеспособного миокарда", послеоперационными осложнениями.

Выводы. Сравнительный анализ гемодинамики показал, что у больных с исходно лучшим функциональным состоянием миокарда операция улучшает функцию ЛЖ, повышает толерантность к физической нагрузке и улучшает качество жизни. У пациентов с исходно более низким миокардиальным резервом, несмотря на реваскуляризацию миокарда, перестройка кардиогемодинамики в раннем послеоперационном периоде незначительна.

0602 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ОЦЕНКОЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАСТИКУ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Паскарь Н.С.
ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова", Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: проанализировать динамику сердечной недостаточности (СН) и оценить уровень качества жизни (КЖ) у пациентов, перенесших пластику аневризмы левого желудочка (АЛЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургической пластики АЛЖ у 89 пациентов. Длительность наблюдения в среднем составила 2,4±0,6 лет. Функциональный класс СН оценивался по классификации NYHA, толерантность к ФН определялась с помощью теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ). Проведена оценка уровня КЖ с помощью Миннесотского опросника (MLHFQ). Выделены две группы пациентов в зависимости от вида пластики ЛЖ: 1 группа (n=71), которым выполнена линейная пластика, 2 группа (n=18)- внутрижелудочковая (в/ж) пластика АЛЖ. Пациенты 2-й группы имели достоверно увеличенные размеры полости ЛЖ (КДО=254,7±38,5мл) и более выраженное снижение фракции выброса (ФВ =33,5±7,2 %) ЛЖ по сравнению с первой группой. Так, в 74 % случаях пациенты второй группы имели СН высокого функционального класса и сниженную толерантность к ФН, что подтверждено результатами ТШХ: средняя дистанция составила 344,3±42,7м по сравнению с пациентами 1 группы (382,7±93,5 м).

Результаты: Всем пациентам был выполнен полный объем реваскуляризации. В ближайшем послеоперационном периоде среди пациентов обеих групп отсутствовала клиника стенокардии и уменьшились проявления сердечной недостаточности. Достигнутый первоначальный результат операций сохранялся в отдаленном периоде в обеих группах больных. Имелась тенденция к увеличению оцениваемых показателей по сравнению с послеоперационным. Большинство пациентов имели невысокий функциональный класс СН, удовлетворительную толерантность к ФН. Пациентов с СН IVф.кл. в обеих группах не было. Так, в отдаленном периоде большинство пациентов 2-х групп смогли пройти более 450 м за 6 минут. Уровень КЖ по данным MLHFQ составил в среднем 23,9±13,1 (исходно 47,4±19,3). Выявлена прямая корреляционная зависимость между фракцией выброса ЛЖ и ТШХ и обратная корреляционная зависимость между ФВ ЛЖ и суммарным показателем Миннесотского опросника.

Выводы: для полной оценки эффективности хирургического лечения необходим комплексный подход к изучению клинического статуса, состояния сократительной функции ЛЖ и аспекта качества жизни.

0603 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Паскарь Н.С., Сухова И.В., Недошивин А.О., Гордеев М.Л., Карпенко М.А.
ФГУ "ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова", Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: оценить уровень качества жизни (КЖ) пациентов после хирургической пластики аневризмы ЛЖ (АЛЖ).

Материалы и методы. Обследовано 74 мужчин, страдающих ишемической болезнью сердца, осложненной постинфарктной аневризмой ЛЖ. Средний возраст пациентов на момент операции составил- 55,7±7,7лет. Изучение КЖ проводилось с применением Миннесотского опросника (MLHFQ), рекомендуемого для пациентов, страдающих сердечной недостаточностью (СН). Функциональный класс СН оценивался по классификации NYHA, толерантность к ФН определялась с помощью теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ), показатели сократительной функции миокарда ЛЖ оценивались по данным ЭхоКГ.

Результаты. До операции у 51(69 %) пациента наблюдалась СН III-IVф.к., дистанция ТШХ по группе составила 362,6±85,4м. Исходно суммарный балл MLHFQ составил 51,3±16,4. Всем пациентам выполнена пластика АЛЖ и реваскуляризация миокарда в полном объеме. В результате операции уменьшились размеры ЛЖ (исходно КДР составлял 6,13±2,3см, после операции — 5,8±1,9см; КДО — 234,7±35,2мл и 172,5±36,7мл, соответственно), улучшилась сократительная функция левого желудочка (ФВs возросла от 36,8±6,2 % до 42,9±7,6 %), уменьшились проявления СН. В ближайшем послеоперационном периоде отсутствовала клиника стенокардии. Получены корреляционные зависимости: обратные между функциональным классом СН и ФВ ($r=-0,47$, $p<0,002$) и между функциональным классом СН и ТШХ ($r= -0,58$, $p<0,005$); с увеличением ФВ ЛЖ наблюдается улучшение уровня КЖ по данным Миннесотского опросника

($r=-0,57$, $p<0,027$). Выявлена прямая корреляционная зависимость между ФВ ЛЖ и ТШХ ($r=0,53$, $p<0,028$). В отдаленном периоде у 53 (72 %) пациентов сохранялся невысокий функциональный класс СН, отмечалась удовлетворительная переносимость физических нагрузок — дистанция ТШХ превышала 450 м у большинства пациентов, что нашло отражение в уровне КЖ: суммарный балл у большинства пациентов составил 19,4±11,6 по данным MLHFQ.

Выводы. Изучение КЖ с помощью современных методик является неотъемлемой частью рутинного обследования больных СН. Сопоставление объективных клинико-функциональных показателей и данных субъективной оценки качества жизни отражает необходимость комплексного мультидисциплинарного подхода к анализу отдаленных результатов вмешательства.

0604 ИНТЕГРАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С УРОВНЕМ КРЕАТИНИНА В ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Пелло Е.В., Малютина С.К., Симонова Г.И., Никитин Ю.П.
Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования. В последние десятилетия проблема кардиоренального континуума позиционирует сопряженной детерминацией кардиоваскулярных заболеваний и почечной дисфункции, подчеркивая несомненную актуальность изучения ассоциаций составляющих суточного профиля артериального давления (СПАД) с креатинином сыворотки и его экскрецией.

Материал и методы. В настоящем исследовании оценивали данные пациентов, обследованных в рамках проекта

EPOGH (n=300), средний возраст составил 39,1±14,8 лет, уровень сывороточного креатинина — 86,1±13,0 ммоль/л и экскреции креатинина — 9,1±4,0 ммоль/л, соответственно. Проводили суточное мониторирование АД, использовали "часовой-зависимый" метод, "узкий" подход, применяли математическое моделирование СПАД.

Результаты. Многогранность симптомокомплекса нарушений взаимодействия двух систем обусловлена дисбалансом полиморфных регуляторных механизмов, включая изменения метаболических и гемодинамических компартментов, активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, оксидативный стресс и другие патогенетические звенья контаминационного процесса. В контексте рассматриваемой темы установлена положительная ассоциация конвенционного ДАД (r=0,165, p=0,004), "домашнего" САД (r=0,163, p=0,005) и ДАД (r=0,202, p<0,001), 24-часового САД (r=0,133, p=0,021) и дневного САД (r=0,145, p=0,012) с креатинином сыворотки. В соответствии с детализированным моделированием СПАД выявлена наиболее информативная позитивная корреляция компонентов СПАД, отражающих уровень АД, в частности дневного САД (r=0,142, p=0,024) и ДАД (r=0,125, p=0,047), волны высокого САД (r=0,130, p=0,040), с сывороточным креатинином. Приобретает особое значение прямая взаимосвязь составляющих СПАД, определяющих экспрессию вариабельности АД, в том числе величины ночного снижения САД (r=0,175, p=0,008) и ДАД (r=0,163, p=0,013), разницы волн высокого и низкого САД (r=0,154, p=0,019) и ДАД (r=0,159, p=0,016), с экскрецией креатинина. Подтверждает существующие взгляды по поводу обсуждаемого порочного круга и обратная ассоциация параметров СПАД, ответственных за суточные вариации АД, соотношения ночного и дневного САД (r=-0,171, p=0,009) и ДАД (r=-0,171, p=0,009), с экскрецией креатинина. Согласно парциальному корреляционному анализу с учетом возраста найдена соизмеримая положительная взаимосвязь конвенционного ДАД, "домашнего" САД и ДАД, 24-часового САД, дневного САД с креатинином сыворотки, позитивная интеграция "домашнего" САД и ДАД, дневного САД, величины ночного снижения САД и ДАД, разницы волн высокого и низкого САД и ДАД и отрицательная ассоциация соотношения ночного и дневного САД и ДАД с уровнем его экскреции.

Заключение. Обобщая вышеизложенные сведения, констатирующие комбинирование сдвигов в сердечно-сосудистой системе и почках, и конкретизируя сущность полемики относительно кумуляции основополагающих ориентиров, реализующихся в причинно-следственных связях формирования сочетанной патологии, необходимо отметить значимость перспективы первичного и вторичного контроля разнонаправленных воздействий факторов риска в превентивной кардиологии и нефрологии.

0605 ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ

Перевалова Е.Б., Говорин А.В., Муха Н.В.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель: оценить спонтанную агрегационную способность тромбоцитов и активность фактора Виллебранда у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа при кетоацидозе.

Методы исследования: обследовано 2 группы больных: 1-я группа — 14 пациентов (средний возраст — 25±5,2 лет) с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа, осложнённым кетоацидозом; 2-я группа — 15 больных сахарным диабетом 1 типа (средний возраст — 31±6,7 год) в стадию субкомпенсации; стаж заболевания у последних составил, в среднем 5,5±3,1 лет. У пациентов 1-й группы исследование проводили сразу при госпитализации в стационар, до купирования метаболических нарушений. Группа контроля состояла из 10 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Спонтанную агрегацию тромбоцитов и активность фактора Виллебранда исследовали с помощью двуканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов "Биола" (модель LA230, Россия).

Результаты. У пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом, отмечалось усиление спонтанной агрегации тромбоцитов по отношению к группе контроля, в среднем, в 3 раза (p<0,001), но при этом не было различий по сравнению со 2-й группой. Активность фактора Виллебранда в крови больных с впервые установленным сахарным диабетом 1 типа, осложнённым кетоацидозом, была выше, в среднем, в 1,7 (p<0,001) и 1,3 (p<0,04) раза, чем у здоровых лиц и у пациентов 2-й группы, соответственно. При этом имела место прямая корреляционная связь средней силы между изученными показателями у пациентов 1-й группы (r=0,5, p<0,05).

Выводы. При впервые выявленном сахарном диабете 1 типа, осложнённым кетоацидозом, до купирования острых метаболических нарушений отмечается высокий риск тромбообразования вследствие повышенной активности фактора Виллебранда и усиления спонтанной агрегации кровяных пластинок.

0606 ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КРОВИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Петелина Т.И., Авдеева К.С., Гапон Л.И., Журавлева Т.Д., Савчук Т.Е., Петрашевская Т.Г.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель работы: исследовать параметры, характеризующие эластические свойства артерий и их взаимосвязь с состоянием биохимических параметров крови у пациенток с артериальной гипертонией (АГ) и ожирением в период менопаузы.

Материал и методы. В исследование включено 35 пациенток с АГ I и II стадией, в возрасте от 48 до 60 лет (средний возраст 52,65± 8,1 года), с индексом массы тела (ИМТ) 32,18±4,6 кг/м^2. Контрольная группа 15 пациенток без АГ и ожирения, соответствующего возраста. Оценивались состояние и взаимосвязь УЗИ признаков поражения стенки артерий (КИМ ОСА, диаметр ОБА), параметров скорости пульсовой волны и лодыжечно/плечевого индекса (R/L-PWV по артериям эластического типа, B-RWV-по артериям мышечного типа, R/L Cavi), показателя потокзависимой вазодилатации плечевой артерии (ПЗВД), параметров липидограммы (ОХ, ХС ЛПНП, ТГ), параметров перекисного окисления липидов (ПОЛ) по уровню церулоплазмина в плазме крови, параметров уровня кортизола, эстрадиола и С- пептида.

Результаты. В основной группе больных отмечалась тенденция к увеличению КИМ ОСА (с обеих сторон) и уменьшению диаметра ОБА справа, увеличению параметров R/L-PWV и лодыжечно/плечевого индекса по сравнению с пациентками в контрольной группе. В основной группе выявлена отрицательная корреляционная взаимосвязь уровня кортизола и эстрадиола (p=0,042). Состояние КИМ ОСА и диаметра ОБА характеризовалось разнонаправленной достоверной взаимосвязью с уровнем ОХ, ХС ЛПНП, С- пептида (p<0,05). Параметр ОБА был положительно взаимосвязан с показателем ПЗВД (p<0,05). Параметры R/L-PWV, B-PWV, L/R Cavi положительно взаимосвязаны с возрастом, ИМТ, уровнем ТГ и ХС ЛПНП (p<0,05). Выявлены достоверные взаимосвязи ИМТ со стажем АГ, Cavi L, уровнем церулоплазмина (p<0,05).

Выводы. Выявленные корреляционные взаимосвязи состояния сосудистой стенки с метаболическими и биохимическими параметрами характеризуют возможные механизмы развития сосудистого ремоделирования у пациенток с АГ и ожирением в период менопаузы, определяя предпосылки для прогрессирования процесса поражения органов-мише-

ней. Пациентки с подобной патологией требуют терапии с учетом патогенетической обоснованности действия лекарственных препаратов.

0607 ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Петина М.М., Гороховская Г.Н.
ГОУ ВПО "МГМСУ" Росздрава РФ, Москва, Россия

Цель: изучить изменения реологических свойств крови у больных сахарным диабетом 2 типа с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца по сравнению с больными СД 2 типа без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: обследовано 35 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и клиническими проявлениями ИБС и 35 пациентов с СД 2 типа без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Всем пациентам проводились клинико-лабораторные исследования (время свертывания нестабилизированной крови, силиконовое время свертывания крови, протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген), определение антитромбогенных ствойств стенки сосудов (антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности); для оценки реологических свойств крови проведено гистохимическое исследование мазков периферической крови, окраска методом ОКГ.

Результаты: при гистохимическом исследовании плотность мазка у больных СД 2 типа и ИБС составляла 1200±49,2 эритроцитов в поле зрения микроскопа, в группе контроля 300±23,2 ($p<0,001$). При СД 2 типа эритроциты не всегда четко окрашивались в оранжевый цвет. Агрегация эритроцитов выявлена в виде "монетных" столбиков, "петель", "гирлянд", крупных конгломератов и агглютинации эритроцитов. В локусах контактных эритроцитов, соединяющих "гирлянды", "петли" и другие фигуры агрегации, выявлялись тончайшие голубые зоны. Это явление расценивают как коагуляцию фибриногена, адсорбированного на эритроцитах. При проведении корреляционного анализа выявлена средней силы отрицательная связь ($r=-0,56$) между антиагрегационной активностью стенки сосудов и агрегацией эритроцитов, значимые отрицательные корреляционные связи между антикоагуляционной и фибринолитической активностью стенки сосудов и способностью эритроцитов к агрегации ($r=-0,68$). Отмечается сильная положительная корреляционная связь ($r=0,86$) между агрегацией тромбоцитов и уровнем агрегации эритроцитов, сильная положительная корреляционная связь между уровнем фибриногена крови и агрегации эритроцитов ($r=0,89$).

Выводы: при сахарном диабете 2 типа и ИБС имеют место значительные нарушения реологических свойств крови, выявляемые по мазкам периферической крови, которые коррелируют с изменениями антитромбогенной активности сосудистой стенки.

0608 ИЗМЕНЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Петина М.М., Гороховская Г.Н.
ГОУ ВПО "МГМСУ" Росздрава РФ, Москва, Россия

Цель: изучить изменения реологических свойств крови у больных сахарным диабетом 2 типа с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы: обследовано 30 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и клиническими проявлениями ИБС. В зависимости от тяжести заболевания пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 (14 человек) с относительно благоприятным течением заболевания и группа 2 (16 человек) с тяжелым течением заболевания, т. е. повторными инфарктами миокарда, нарушениями ритма, диабетическими микроангиопатиями. реологические свойства крови оценивались при помощи гистохимического исследования мазков периферической крови, окраска методом ОКГ.

Результаты: при гистохимическом исследовании плотность мазка у больных СД 2 типа и ИБС составляла 1200±49,2 эритроцитов в поле зрения микроскопа. При СД 2 типа эритроциты не всегда четко окрашивались в оранжевый цвета, а приобретали насыщенно красный цвет, имело место явление метахромазии. Агрегация эритроцитов выявлена в виде "монетных" столбиков, "петель", "гирлянд", крупных конгломератов и агглютинации эритроцитов. В локусах контактных эритроцитов, соединяющих "гирлянды", "петли" и другие фигуры агрегации, выявлялись тончайшие голубые зоны. Это явление расценивают как коагуляцию фибриногена, адсорбированного на эритроцитах. Фибриноген способствует повышению агрегационной способности эритроцитов, создает благоприятные условия для свертывания крови. С увеличением концентрации фибриногена происходит ускорение процессов образования агрегатов и их упрочнение. Проведен анализ реологических свойств крови у больных с различной клинической картиной заболеваний. При клинически тяжело протекающем заболевании достоверно увеличивалась плотность мазка ($p<0,01$), количество гемолизированных эритроцитов, "монетных" столбиков, "гирлянд" эритроцитов, были выявлены агглютинаты, появлялись фибриново-эритроцитарные и чисто эритроцитарные тромбы, нити фибрина разного "возраста".

Выводы: при сахарном диабете 2 типа и ИБС при более тяжелом течении заболевания имеют место значительные нарушения реологических свойств крови, выявляемые по мазкам периферической крови, по сравнению с группой пациентов, у которых заболевание протекает относительно благоприятно.

0609 СРАВНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ КАРДИОРИСКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И БЕЗ НЕГО

Петрищева А.В., Петрищева Г.П.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Широкая распространенность сердечно-сосудистой патологии ставит вопросы профилактики одним из основных направлений практической медицины. Использование образовательных программ занимает достойное место в профилактической кардиологии.

Цель работы: оценить основные параметры кардиориска, психологического статуса и сравнить их у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и без него.

Методы исследования: в кардиологическом отделении муниципальной больницы сотрудниками кафедры организована Школа для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среди слушателей выделили две группы: 1-я — пациенты с ИБС без ИМ — 78 человек, 2-я — 32 человека, перенесших ИМ. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Кроме клинического обследования пациентам проводилось эхокардиографическое исследование с оценкой фракции выброса (ФВ), тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), оценка психологического статуса с использованием анкет (госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS), опросник депрессии Бека (BDI), Миннесотский опросник качества жизни больных с ХСН (MLHFQ).

Результаты: у пациентов 1 группы средние показатели общего холестерина (О-ХС) значительно превышали целевой

уровень и составили 5,72±1,28 ммоль/л. Сократительная способность миокарда была вполне достаточной: ФВ — 60,12±8,49 %, дистанция, пройденная в ТШХ, составила 455,38±92,68м. Удовлетворительный показатель качества жизни по опроснику MLHFO — 33,11±18,02 балла соответствовал отсутствию клинически выраженных проявлений тревоги и депрессии по анкете HADS — 7,66±3,95 и 5,99±3,32 балла соответственно. Была выявлена достоверная (p<0,01) отрицательная корреляция между дистанцией, пройденной в ТШХ, и выраженностью тревоги по анкете HADS.

У пациентов 2-й группы (с ИМ в анамнезе) ФВ была достоверно ниже (p<0,004), чем в 1-й группе — 51,11±11,3 %; достоверно меньше оказалась и пройденная дистанция в ТШХ — 399,03±108,57 м (p<0,008). Однако содержание О-ХС было достоверно ниже, чем в 1-й группе — 4,98±1,20 (p<0,01), хотя и не достигло целевого уровня. В этой группе была выявлена достоверная положительная корреляция (p<0,03) между пройденной дистанцией и ФВ по эхокардиографическому исследованию. Обнаружена отрицательная корреляция между дистанцией, пройденной в ТШХ, и 1) показателем качества жизни, оцениваемому по опроснику MLHFO (p<0,007), и 2) выраженностью депрессии по анкете HADS (p<0,0003). Показатели психологического статуса во 2-й группе при сравнении с 1-й имели тенденцию к увеличению.

Выводы. 1. У пациентов с ИМ в анамнезе определенно снижаются показатели фракции выброса и пройденная дистанция в тесте шестиминутной ходьбы в сравнении с пациентами с ИБС без инфаркта.

2. Высокие показатели О-ХС у пациентов с ИБС связаны с недостаточным использованием гиполипидемической терапии.

0610 БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Петров В.С., Якушин С.С., Радченко Е.Н., Кургузикова Е.П., Савкина Н.П., Фадкина М.В.
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, ГУЗ РОККД, Рязань, Россия

Цель нашей работы был анализ ведения больных с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС).

Обследовано 198 человек с диагнозом ХРБС, проходивших лечение в ревматологическом отделении. Женщины составили 77,3 %, мужчины 22,7 %; средний возраст пациентов 54,3±0,72 года. В анамнезе клиника острой ревматической лихорадки выявлена у 37,0±5,6 % пациентов, бициллино профилактика проводилась у 35,2±5,3 %, частые ангины в анамнезе отметили 54,6±5,7 % больных.

Наиболее частыми жалобами пациентов были: кардиалгии 57,4±5,7 %, одышка 71,3±5,2 %, сердцебиение 60,2±5,6 %, перебои в работе сердца 58,3±5,7 %, головные боли 57,4±5,7 %, головокружение 52,8±5,8 %. Загрудинная боль отмечалась только у 15,7±4,2 % больных.

При объективном обследовании: ИМТ 29,86±1,84кг/см^2, систолическое АД 136,78±1,4 mmHg, диастолическое АД 83,45±0,84 mmHg, ЧСС 77,6±1,04 в мин.

Лабораторные анализы: гемоглобин 133,9±1,3г/л, СОЭ 12,2±0,65мм/ч, глюкоза крови 5,2±0,11мм/л, креатинин 77,01±1,67мкм/л, об.билирубин 13,8±0,64мкм/л, об.холестерин 4,85±0,07мм/л.

При проведении теста 6 мин ходьбы частота функциональных классов ХСН составила: I — 16,6 %, II — 38,5 %, III — 42,85 %, IV — 2,4 %.

По данным ЭхоКГ стеноз левого AV отверстия выявлен у 61,1±5,6 % пациентов, недостаточность митрального клапана у 87,9±3,8 %, аортального клапана у 77,8±4,8 %, стеноз устья аорты у 39,8±5,7 %. Средний размер аорты 3,3±0,05см, уплотнение (атеросклероз) аорты в 84,4 % случаев; левое предсердие дилатировано 4,64±0,06см, конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) 5,5±0,07см, конечный систолический размер ЛЖ 3,58±0,04см, ТМЖП 1,15±0,026см, ТЗСЛЖ 1,08±0,02; Частота легочной гипертензии составила 31,5±5,4 %, давление на ТК 31,9±1,26mmHg. У больных со стенозом: площадь митрального отверстия по допплеру составила 1,9±0,09см; давление ЛЖ-Аорта 37,02±3,06mmHg. Диагноз дегенеративный аортальный стеноз пациентам не выставлялся, даже при наличии поражения только аортального клапана.

Частота перманентной фибрилляции предсердий (ФП) 28,8±5,4 %, пациентов, пароксизмальная ФП 10,6±2,8 %. Диагноз ИБС: стенокардия напряжения установлен у 18,5±4,4 %, частота ОНМК составила 4,6±2,4 %. Диагноз артериальной гипертензии установлен у 56 % больных, сахарный диабет у 8,5 %.

Оперативная активность: частота выполнения коммисуротомий составила 11,1 %, протезирование клапанов выполнено у 13,1 % пациентов с ХРБС.

Проводимая медикаментозная терапия в стационаре состояла из иАПФ 73,3 %, βАБ 60,0 %, дигоксина 62,7 %, спиронолактона 73,3 %, петлевых диуретиков (фуросемид) 32 %, аспирина 63 %, амиодарона 7,4 %, верапамила 4,6 %.

Таким образом, отмечается низкая оперативная активность у пациентов с ХРБС и недостаточная частота назначения непрямых антикоагулянтов для профилактики системной эмболии.

0611 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИРБЕСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Петров И.М., Коваленко Е.В.
ГОУ ВПО "ТюмГМА" Росздрава, Тюмень, Россия; Тюменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюмень, Россия

Цель: дать сравнительную характеристику влияния антигипертензивной медикаментозной терапии с использованием ингибитора АПФ в сочетании с диуретиком и блокатора рецепторов к ангиотензину в сочетании с диуретиком на метаболические параметры у жителей Крайнего Севера с артериальной гипертензией (АГ), имеющих высокий добавочный риск.

Материалы и методы: группу медикаментозной коррекции составили 80 больных АГ (САД — <180 мм рт.ст. и ДАД — <110 мм рт.ст.), имеющих высокий добавочный риск, из которых после рандомизации 40 человек получали индапамид 2,5 мг/сут. в сочетании с лизиноприлом в суточной дозе по 5 мг 1 раз в сутки. 40 человек получали индапамид 2,5 мг/сут. в сочетании с ирбесартаном (Апровель) в суточной дозе 150 мг 1 раз в сутки. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Специальные методы исследования включали: определение концентрации маркеров системного воспаления — С-реактивный белок (СРБ-hs), фактор неклроза опухолиальфа (ФНО-α,), исследование некоторых параметров гемостаза — ингибитор активатора плазминогена-1 (и-ТАП-1), Д-димера, оценку параметров углеводного обмена и ИР (инсулин с расчетом индекса HOMA).

Результаты. При сравнительном анализе липидного профиля пациентов установлено, что в группе больных АГ, получавшей в качестве одного из антигипертензивных препаратов лизиноприл, статистически значимо уменьшилось содержание ОХС (p<0,05), значимой динамики липидного профиля по другим параметрам не отмечено. В группе с назначением ирбесарта, статистически значимо уменьшилось содержание ОХС (p<0,01) и ЛПНП (p<0,05), что привело к достоверному уменьшению КА (p<0,05), относительно исходных данных, при этом концентрация ОХС и ЛПНП снизилась и относительно группы, получавшей лизиноприл (p1-2<0,05). У данной категории пациентов отмечено достоверное уменьшение концентрации инсулина, как относительно исходных данных (p<0,05), так и относительно группы сравнения (p1-2<0,05), что привело к снижению индекса HOMA на 24,7 % (p<0,05). Повторный анализ концентрации маркеров системного воспаления и некоторых параметров гемостаза в динамике проводился с использованием критерия Wilcoxon. Обнаружено,

что у пациентов, получавших в составе антигипертензивной терапии ирбесартан, отмечено достоверное уменьшение концентрации СРБ-hs и ФНО-α, как относительно исходных данных (p<0,05), так и относительно группы сравнения (p1-2<0,05).

Выводы. Комбинированная терапия ирбесартаном в дозе 150-300 мг/сут. и индапамидом в дозе 2,5 мг/сут. у больных АГ, проживающих в условиях Крайнего Севера, в течение 3 месяцев на фоне немедикаментозных мероприятий, помимо достижения целевых цифр артериального давления, сопровождается достоверным снижением содержания общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, СРБ, ФНО-α и значимым снижением индекса HOMA на 24,7 %.

0612 АССОЦИАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Петров И.М., Коваленко Е.В.
ГОУ ВПО "ТюмГМА" Росздрава, Тюмень, Россия; Тюменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюмень, Россия

Цель: охарактеризовать особенности ассоциации АГ с другими факторами сердечно-сосудистого риска (ФР.) среди организованного контингента трудоспособного возраста с артериальной гипертензией (АГ), проживающего в условиях Крайнего Севера.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования явились 148 больных АГ I-III степени, проживающих в условиях Крайнего Севера (г. Новый Уренгой) не менее 5 лет с преимущественно умственным характером трудовой деятельности (банковская сфера, здравоохранение, образование). Медиана "северного стажа" — 15 лет (интерквартильный размах от 9 до 18 лет), в возрасте от 27 до 60 лет — медиана 49 лет, женщин — 83,79 % и мужчин — 16,21 %. Пациенты с АГ были разделены на три группы сопоставимые по полу и возрасту: 1 группа (n=69) с САД — 140-159 мм рт.ст. и ДАД — 90-99 мм рт.ст., 2 группа (n=51) с САД — 160-179 мм рт.ст. и ДАД — 100-109 мм рт.ст., 3 группа (n=28) с САД ≥180 мм рт. ст. и ДАД ≥ 110 мм рт.ст.).

Результаты. В обследуемой группе пациентов с АГ нормальную массу тела имели 14,19 %, избыточная масса тела отмечена у 27,7 % и у 58,1 % зафиксировано наличие ожирения I-III степени. Наличие абдоминального ожирения (АО) по критериям IDF 2005 отмечено у 83,11 % больных АГ, в 1 группе — 78,26 %, во второй — 84,31 % и в 3-ей группе АО было зафиксировано у 92,86 %. При анализе липидного профиля максимальное содержание ОХС отмечено у пациентов 1-ой группы — медиана концентрации составила 5,98 ммоль/л, что статистически значимо выше, чем у пациентов контрольной группы и больных 2-ой группы. На фоне этого, достоверное увеличение ОХС, относительно группы практически здоровых лиц отмечено у всех пациентов с АГ. Частота ассоциации АГ у обследуемых жителей Крайнего Севера с гиперхолестеринемией составила 78,1 %, со снижением ЛПВП отмечено у 43,8 %, увеличением концентрации ЛПНП у 63 % и сочетание АГ с гипертриглицеридемией у 28,1 %. Максимальная частота увеличения концентрации ОХС отмечена у больных 3-ей группы — 92,86 %. Частота курения определялась на уровне 39,2 %, количество курящих мужчин составило 71,4 % и — 31,7 %, что статистически значимо ниже. НФА отмечали 87,98 % респондентов, в группе мужчин — 78,18 % и в группе женщин — 91,01 %, различия между группами статистически значимы. Наличие изолированно 1 ФР отмечено в 1-ой группе у 5,8 %, во 2-ой группе у 5,88 % и в 3-ей группе у 7,14 %. Наличие двух ФР отмечено у 23,19 %, 15,7 % и 0 % соответственно, у остальных больных АГ одновременно присутствует 3, 4, 5 и более ФР.

Выводы. У больных трудоспособного возраста, проживающих на Крайнем Севере, наиболее часто АГ ассоциируется с абдоминальным ожирением (83,1 %), гиперхолестеринемией (77,7 %), увеличением концентрации холестерина липопротеидов низкой плотности (62,8 %), семейным анамнезом ранних ССЗ (51,3 %) и курением (39,2 %). При этом у больных с артериальным давлением 180/110 и более мм рт.ст. значимо чаще регистрируется курение (53,6 %) и нарушения углеводного обмена (36,7 %).

0613 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГИСТРОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В Г. КЕМЕРОВО И ОБЩЕРОССИЙСКОГО "РЕКОРД"

Печерина Т.Б., Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Барбараш Л.С.
Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цели исследования: провести сравнительный анализ результатов Общероссийского регистра РЕКОРД (ОРР) (период деятельности: 01.11.07г — 10.02.08г) и регистра острых коронарных синдромов г.Кемерово (функционирует с 10.2009г).

Материал и методы. В рамках проспективного когортного исследования, организованного на базе Кузбасского кардиологического центра (ККЦ) (регистр ОКС), обследовано 150 пациентов с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST. Результаты исследования. Из 150 пациентов — 99 (66 %; ОРР — 31 %) больных доставлялись с предварительным диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST. Половое распределение: 100 человек мужского пола (67 %; ОРР — 57 %) и 50 — женского (33 %; ОРР — 43 %). Средний возраст для общей группы составил 63,0±1,0 года.

Клинико-анамнестическая характеристика. Менее 1/3 пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда, а 57 % (ОРР 64 %) больных имели стенокардию и признаки хронической сердечной недостаточности в анамнезе. Среди факторов риска наибольшую долю занимает артериальная гипертензия (АГ) 81 % (ОРР — 85 %) случаев; 57 % (ОРР — 37 %) пациентов курили, либо курят в настоящий момент; отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца выявлена у половины больных. 22 (15 %; ОРР — 16 %) пациента характеризуются наличием сахарного диабета в анамнезе.

Данные инструментально-лабораторного обследования. У 52 % (ОРР — 48 %) пациентов выявлена передняя локализация ишемии миокарда по ЭКГ. Нарушение локальной сократимости по данным ультразвукового исследования выявлено у 83 % пациентов. Распределение по классу Killip составило: Killip I — у 80 % (ОРР — 71 %) пациентов, класс II — у 14 % (ОРР — 15 %) больных, класс III в 4 % (ОРР — 6 %) случаев, а класс IV — у 2 % (ОРР — 8 %) больных. Гипергликемия была диагностирована у 67 % больных (12 % из них с диагнозом сахарный диабет) ОКС г. Кемерово. Средний уровень холестерина при поступлении составил 5,6±0,1 (ОРР — 5,7±1,3) ммоль/л; креатинина — 104,3±3,1 (ОРР — 108,2±39,5) ммоль/л; уровень гемоглобина составил 140,6±1,5 (ОРР — 137,3±20,6) ммоль/л. Коронарография (КГ) была проведена в экстренном и отсроченном порядке 118 (79 %) пациентам. По результатам КГ ЧКВ проведено 93 больным (62 %; ОРР — 46 %, p=0,003).

Выводы. По данным регистра ОКС г. Кемерово у пациентов достоверно чаще регистрируется инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, чем у больных ОРР. У пациентов с ОКС г. Кемерово выявлена большая распространенность факторов сердечно-сосудистого риска: курение, наследственная отягощенность по ИБС, чем у больных ОКС в регистре РЕКОРД. Клиническая тяжесть пациентов двух регистров, оцененная по шкале Killip, сравнима. В тоже время, пациентам с ОКС г. Кемерово достоверно чаще проводятся экстренные эндоваскулярные вмешательства на коронарных артериях.

0614 ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА

Пешкова Н.С.[1], Чумакова Г.А.[2,3], Веселовская Н.Г.[1,3]
Алтайский краевой кардиологический диспансер[1], Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет[2], Барнаул, Россия; НИИ КПССЗ СО РАМН[3], Кемерово, Россия

Цель исследования. Изучить возможности сохранения сократимости миокарда после острого инфаркта миокарда (ОИМ) и чрескожного коронарного вмешательства на инфаркт-зависимой коронарной артерии (ЧКВ ИЗКА)

Материалы и методы. В исследование было включено 97 пациентов мужского пола в возрасте 53,5±8,4 года, с диагнозом Q-инфаркт миокарда на 14-18 сутки с начала заболевания. В группе 1 — 52 больных- была проведено ЧКВ ИЗКА в сроки от 2 до 6 часов от ОИМ, после которого сохранялась динамика течения Q-ИМ. В группе 2 — 45 больных — велись без применения агрессивных методик. Все пациенты имели дисфункцию 4-6 сегментов левого желудочка. Именно при данном количестве пораженных сегментов имеется риск развития постинфарктного ремоделирования ЛЖ. Пациенты обследовались трижды: через 14-18 дней после ОИМ, через 6 и 12 месяцев.

Результаты. В группе 1 исходная общая сократимость 16 сегментов миокарда ЛЖ составила 22,4±0,4 балла (из 16 в норме). При этом в 11,2±0,38 сегментах сократимость была нормальной, а в 4,9±0,01 сегментах выявлялись разные степени сократительной дисфункции миокарда с общей локальной сократимостью пораженных сегментов 12,4±0,2 баллов. Через 6 месяцев после ОИМ количество сегментов с нарушениями сократимости уменьшилось до 3,8±0,08 (p=0,003) с сократимостью 9,1±0,3 баллов (p=0,002). При этом увеличилось количество сегментов с нормальной сократимостью до 12,4±0,49 сегментов с соответствующим уменьшением нарушения общей сократимости ЛЖ до 20,4±0,2 баллов. К концу года локальной сократимости пораженного миокарда уменьшилась до 7,6±0,1 балла (p=0,044).

В группе 2 исходная общая сократимость 16 сегментов миокарда ЛЖ составляла 22,8±0,8 балла, в 11,8±0,3 сегментах сократимость была нормальной, а в 5,1±0,2 сегментах выявлялись разные степени сократительной дисфункции миокарда с локальной сократимостью 12,9±0,3 баллов. Через 6 месяцев после инфаркта миокарда общая локальная сократимость увеличивается до 24,1±0,7, но статистически не значимо. При этом количество сегментов с нормальной сократимостью достоверно снижается до 9,0±0,4 (p=0,36), а количество сегментов с систолической дисфункцией увеличивается до 6,9±0,3 (p=0,003) с увеличением локальной сократимости до 16,4±0,6 (p=0,001). Через год общая локальная сократимость увеличилась до 24,9±0,7 баллов, количество сегментов с нормальной сократимостью при этом снизилось до 8,5±0,8, а количество сегментов с систолической дисфункцией возросло до 7,4±0,1 с локальной сократимостью в данных сегментах 18,1±0,5 баллов.

Таким образом, ЧКВ ИЗКА способствует сохранению жизнеспособного миокарда в периинфарктной зоне и восстановлению его функций в течение первых 6 месяцев после Q-ИМ. Сохранение окклюзии ИЗКА приводит к апоптозу миоцитов периинфарктной зоны и ухудшение функций миокарда ЛЖ.

0615 ГОДИЧНЫЙ ПРОГНОЗ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА

Пирназаров М.М., Никишин А.Г., Мамарасулов Т.М., Якуббеков Н.Т., Нурбаев Т.А.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан; РСЦК, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить годичный прогноз у больных инфарктом миокарда с различным уровнем маркера воспаления — С-реактивного белка (СРБ).

Методы исследования. В исследование было включены 64 больных обоего пола поступивших в отделение кардиореанимации в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ). Всем больным обследовано СРБ крови исходно (1-3 сутки) и на 4-10 сутки. В соответствии с показателем СРБ пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа- пациенты с СРБ>20 мг/л (44 больных) и 2 группа- пациенты с СРБ <20 мг/л (20 больных). Больные обеих групп получали стандартную терапию ОИМ, включающую антиагреганты, антикоагулянты, статины, бета-блокаторы, иАПФ, нитраты и метаболические препараты по показаниям. Наблюдение продолжалось в течение 1 года после выписке из стационара. Оценивались: развития постинфарктной стенокардии, сердечной недостаточности (СН), случаи повторного инфаркта, повторные госпитализации, смертность.

Результаты. За время наблюдения признаки постинфарктной стенокардии сохранялись у 18 (40,1±4,5 %) больных в 1 группе и 5 (25,0±2,4 %) больных во 2 группе (p=0,3). Развитие признаков СН отмечалось 13(29,5±3,4 %) случаев в 1 группе и 3(15,0±2,5 %) случаев во 2 группе (p=0,3). В течение года в 1 группе 9 (20,4±2,4 %) и во 2 группе 2 (10,0±1,8 %) больных, у которых сохранялись признаки стенокардии и СН, госпитализированы повторно. Повторный инфаркт развился у 2 (4,5±1,4 %) и 1 (5,0±1,0 %) больного в 1 и 2 группе, соответственно. Смертельные исходы наблюдались 3 (6,8±1,6 %) в 1 группе и 2 (10,0±2,6 %) случаев во 2 группе. Как видно, данные различия из-за небольшого числа наблюдений не имеют статистически значимой достоверности, кроме того, повышение СРБ выше 20 мл/л не влияло на частоту повторного ИМ и смертность в течение года.

Заключение. В течение 1 года после развития острого инфаркта миокарда отмечается отчетливая тенденция к увеличению количества больных с хронической сердечной недостаточностью и возвратной стенокардией при уровне СРБ>20 мг/л, при отсутствии влияния на летальность.

0616 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Писарев В.В., Смирнова Л.Б., Сардарова Г.М., Уляшова М.М., Белолипецкая В.Г., Благодатских С.В, Меркулова Е.В., Катикова О.Ю.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии", НПЦ "Пробиотек", ЗАО "ФП Оболенское", Москва, Россия

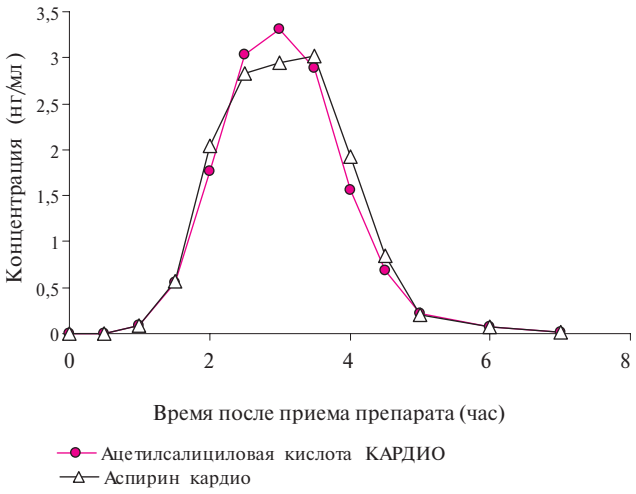
Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов ацетилсалициловой кислоты — таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, Ацетилсалициловая кислота КАРДИО (ЗАО "ФП Оболенское", Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом — таблетками, покрытыми кишечнорастворимой оболочкой, Аспирин кардио ("Байер АГ", Германия).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили открытым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием (ионизация методом распыления в электростатическом поле при атмосферном давлении ИРЭП).

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

Значения фармакокинетических параметров ацетилсалициловой кислоты, полученные при изучении

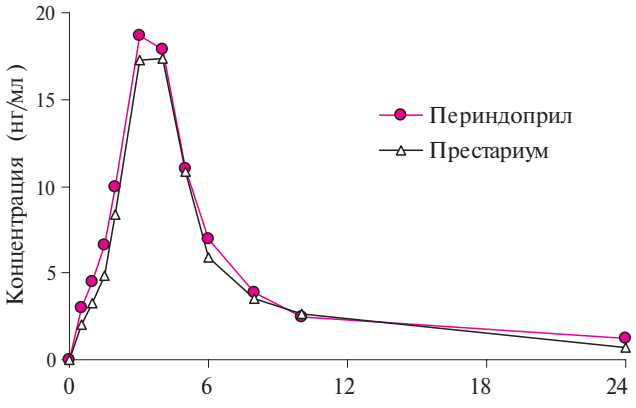
Ацетилсалициловой кислоты КАРДИО и Аспирина кардио хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация ацетилсалициловой кислоты в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Ацетилсалициловой кислоты КАРДИО в среднем через 2,81±0,60 ч, а Аспирина кардио — через 2,86±0,66 ч и составила 4,92±1,05 мкг/мл и 5,01±1,68 мкг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-8 при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: 7,20±1,64 мкг*ч/мл и 7,37±2,29 мкг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f ацетилсалициловой кислоты при приеме таблеток Ацекардол по отношению к таблеткам Аспирин кардио составила в среднем 110±48,5 % (C.I.: 83,2-120,2 %).



0617 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ ПЕРИНДОПРИЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Писарев В.В., Сардарова Г.М., Уляшова М.М., Кибальчич Д.А., Жезлова А.В., Белолипецкая В.Г.
НПЦ “Пробиотек”, ФГУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии”, Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов периндоприла — Периндоприл, таблетки по 4 мг (ОАО “Биохимик”, Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом — Престариум, таблетки по 4 мг (“Лаборатория Сервье Индастри”, Франция).



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

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили периндоприла в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема тестируемого и референсного препаратов в дозе 8 мг. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили периндоприла близки.

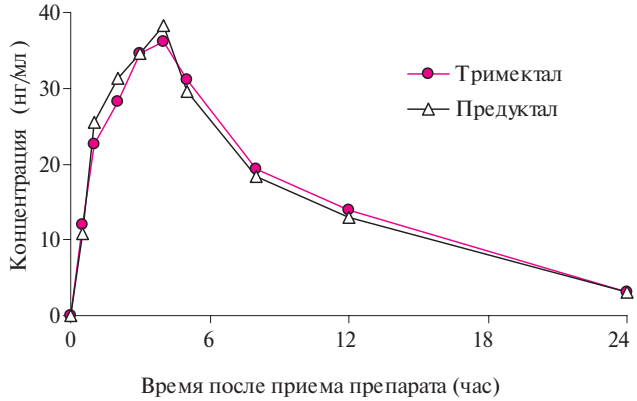
Значения фармакокинетических параметров периндоприла, полученные при изучении Периндоприла и Престариума хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация периндоприла в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Периндоприла в среднем через 3,44±0,51 ч, а Престариума — через 3,56±0,51 ч и составила 20,75±2,72 нг/мл и 19,05±2,12 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-8 при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: 122,72±29,53 нг*ч/мл и 111,44±25,45 нг*ч/мл соответственно. Достоверно значимых различий сравниваемых величин не отмечалось. Степень относительной биологической доступности f периндоприла при приеме таблеток Периндоприл по отношению к таблеткам Престариум составила в среднем 113,5±30,2 % (C.I.: 97,7-122,8).

0618 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ТРИМЕТАЗИДИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Писарев В.В., Сардарова Г.М., Уляшова М.М., Меркулова Е.В., Лобова Д.А., Хамидуллина Г.Ф.
ФГУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии”, НПЦ “Пробиотек”, Москва, Россия

Целью исследованиия было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов триметазидина — таблеток с модифицированным высвобождением Тримектал®МВ (ЗАО “Вертекс”, Россия) и таблеток с модифицированным высвобождением Предуктал®МВ (“Лаборатории Сервье”, Франция) при однократном пероральном приеме в дозе 35 мг (1 таблетка).

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



Средние фармакокинетические профили триметазидина после однократного перорального приема тестируемого и референсного препаратов были очень близки. Достоверных различий концентраций не было выявлено ни в одной временной точке.

Площадь под фармакокинетической кривой (от нуля до последнего определения в крови) триметазидина для тестируемого препарата составляла 485±104 нг×ч/мл, а для препарата сравнения — 478±111 нг×ч/мл. Остальные значения параметров фармакокинетики также были близкими. Так,

максимальные концентрации триметазидина для препаратов Тримектал®МВ и Предуктал®МВ составляли 39,84±8,03 и 40,16±11,34 нг/мл, а время их достижения — 2,92±1,51 и 2,67±0,79 часа соответственно. Достоверно значимых различий сравниваемых величин не отмечалось. Значения фармакокинетических параметров хорошо согласовывались с данными литературы.

Среднее значение степени относительной биологической доступности триметазидина при приеме таблеток Тримектал®МВ по отношению к таблеткам Предуктал®МВ составило в среднем 103,3±17,8 % (C.I.: 95,1 ÷ 109,3 %). Препараты признаны биоэквивалентными.

0619 ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Плесовский П.А.
Коми филиал ГОУ ВПО "Кировская государственная медицинская академия", Сыктывкар, Россия

Цель исследования. Изучить прогностическое значение депрессивного расстройства в развитии внезапной смерти у пожилых пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на этапе стационарного лечения.

Материалы и методы. В исследование было включено 52 пациента (средний возраст 66±2,8 лет; мужчин 53,8 % и 46,2 % женщин), поступивших с ОИМ в Коми республиканский кардиологический диспансер. Пациентов с Q инфарктом миокарда было 43 (82 %), пациентов с не Q инфарктом миокарда 9 (18 %). Диагноз инфаркта миокарда во всех случаях обоснован клиническими данными, показателями исследования маркеров повреждения миокарда (МВ КФК, тропонин Т), электрокардиографическими изменениями. Комплекс исследования психологического статуса пациентов включал опросник депрессии Бека, опросник CES-D, шкалу Гамильтона для оценки депрессии. В дальнейшем учитывалось возникновение или отсутствие фибрилляции желудочков за время стационарного лечения пациента. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Biostatistics 4.03.

Результаты. Депрессивные расстройства выявлены у 31 (59,6 %) пациентов. Из них, легкая депрессия диагностирована у 10 (32,3 %) пациентов, умеренная депрессия у 17 (54,8 %) пациентов, а тяжелая депрессия у 4 (12,9 %) пациентов. Фибрилляция желудочков (ФЖ) зарегистрирована у 5 пациентов, из них, при тяжелой депрессии 1 случай ФЖ, при умеренной депрессии 4 случаев ФЖ. У пациентов с легкой депрессией случаев ФЖ не было. По наличию ФЖ, пациенты были разделены на две группы, сравнимые по полу и возрасту. Первая группа — 21 пациент, с умеренной и тяжелой депрессией, где зафиксировано 5 случаев ФЖ ($p<0,05$) и вторая группа — 31 пациент с наличием легких депрессивных расстройств и без депрессивных расстройств, где не было зафиксировано случаев ФЖ.

Выводы. Данное исследование показало, что у пожилых пациентов с острым инфарктом миокарда имеется зависимость между наличием умеренных и тяжелых депрессивных расстройств и развитием внезапной смерти на госпитальном этапе. Таким образом, наличие выраженного депрессивного расстройства отягощает прогноз ОИМ у пожилых пациентов на стационарном этапе лечения. Представляется важным своевременное выявление и коррекция депрессивного расстройства у данной группы пациентов для оптимизации терапии ОКС и улучшения прогноза больных.

0620 СРАВНЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT И ПИКОБАЗАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА РЕПОЛЯРИЗАЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Плесовский П.А.
Коми филиал ГОУ ВПО "Кировская государственная академия", Сыктывкар, Россия

Цель исследования. Изучить прогностическую значимость апикобазального градиента реполяризации в сравнении с удлиненным интервалом QT для возможности индивидуального прогнозирования внезапной смерти пожилых пациентов с ОКС на госпитальном этапе.

Материалы и методы. В исследование было включено 116 больных (средний возраст 67±3,8 лет; мужчин 51,6 % и 48,4 % женщин), поступивших с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда с или без зубца Q). В дальнейшем учитывалось возникновение/отсутствие фибрилляции желудочков или желудочковой аритмии за время стационарного лечения пациента. Для изучения апикобазального градиента реполяризации всем пациентам регистрировались 6 грудных униполярных отведений: 3 верхних и 3 нижних. В качестве маркера дисперсии реполяризации использовалась разность потенциалов в период пика Т волны между избранными отведениями на поверхности грудной клетки, между верхними и нижними униполярными отведениями. Нормальная продолжительность интервала QT определялась по формуле Базетта. Из исследования исключались пациенты с врожденным синдромом удлинения интервала QT. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Biostatistics 4.03.

Результаты. За период стационарного лечения было зарегистрировано 12 эпизодов возникновения ФЖ или ЖТ. Пациенты были разделены на две группы: по наличию удлиненного интервала QT и по наличию увеличения разности потенциалов в период пика Т-волны в апикобазальном направлении. Указанные группы больных не отличались по возрасту, полу. Первая группа включала в себя 2 случая ФЖ у 16 пациентов с наличием удлиненного интервала QT. Вторая группа включала в себя 10 случаев ФЖ у 21 пациента с наличием увеличения разности потенциалов в период пика Т-волны в апикобазальном направлении ($p=0,0001$).

Выводы. Данное исследование показало, что у группы пожилых пациентов с наличием увеличения разности потенциалов в период пика Т-волны в апикобазальном направлении достоверно чаще встречается развитие фатальной аритмии, чем у пациентов с наличием удлиненного интервала QT. Следовательно, для оценки вероятности возникновения фатальных аритмических осложнений, необходимо использовать оценку апикобазального градиента реполяризации, чем ориентироваться на удлинение интервала QT. Таким образом, предложен технически простой способ оценки неблагоприятного в плане аритмических осложнений дисперсии реполяризации желудочков, на основании, которого возможно индивидуально прогнозировать риск внезапной смерти у пожилых пациентов с наличием острого коронарного синдрома на этапе стационарного лечения.

0621 ИНФАРКТ МИОКАРДА И ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Плоткин В.Я., Тимошина М.А., Азанчевская С.В., Мурина Е.А., Иващенко Т.Э., Хромов-Борисов Н.Н.
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы – определить роль энтеровирусной инфекции (ЭВИ) и полиморфизма генов (TNFA, MMP1, MMP3) в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) и его осложнений. Частота выявления и относительное количество антигенов энтеровирусов (ОКАЭВ) Коксаки B1-B6, ECHO 1-32, Энтеро 68-71 определялись в крови с помощью модифицированной реакции связывания комплемента у 208 больных: 27 пациентов нестабильной стенокардией (НС), 48 пациентов неосложненным инфарктом миокарда (ИМ), 133 пациентов ИМ, осложненным отеком легкого (25 чел.), кардиогенным шоком (64 чел.), разрывом миокарда (30 чел.), нарушени-

ями ритма и проводимости (14 чел), в ткани миокарда (94 пациентов) и коронарных артерий (24 больных) ИМ, умерших от кардиогенного шока и/или разрыва миокарда. Функция эндотелия изучалась по анализу кривой амплитуды пульсовой волны (АПВ) в пробе с реактивной гиперемией после окклюзии плечевой артерии у 46 больных ИМ в зависимости от наличия или отсутствия ЭВИ и/или сердечной недостаточности (II — III степени по Killip). Методом ПЦР-ПДРФ анализа исследованы частоты полиморфных вариантов генов фактора некроза опухоли А TNFA (-238G/A, -308G/A полиморфизмы) у 89 больных ИМ, матриксных протеиназ MMP1 (1G/2G полиморфизм) у 97 пациентов ИМ и MMP3 (5G/6G полиморфизм) у 152 пациентов ИМ. Антигены энтеровирусов в крови были выявлены у 7 % больных НС, 10 % пациентов неосложненным ИМ и 32 % больных осложненным ИМ. ОКАЭВ у больных НС (0,21±0,07 отн. ед.) было значимо ниже чем у больных с неосложненным ИМ (0,29±0,02 отн. ед.; p<0,011). ОКАЭВ в группе больных ИМ, осложненным кардиогенным шоком и разрывом миокарда (0,42±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±0,18 отн. ед; p<0,0001) и/или разрыва миокарда (0,46±0,15 отн. ед.; p<0,0008) значимо превышало ОКАЭВ в интактных зонах миокарда этих же больных (0,30±0,10 и 0,26±0,10 отн. ед. соответственно). ОКАЭВ в коронарных артериях, снабжающих зоны некроза 24 пациентов, умерших от кардиогенного шока 0,44±0,18 отн.ед; p<0,01) было значимо выше, чем в артериях вне зоны некроза (0,29±0,19 отн. ед). Статистический анализ попарных множественных сравнений изменения значений АПВ 46 больных ИМ в зависимости от наличия или отсутствия ЭВИ и/или сердечной недостаточности (II — III степени по Killip) выявил две статистически значимо отличающиеся группы пациентов (точное p=0,003). Эти группы различались только отсутствием (группа А) и наличием (группа Б) у больных вирусной инфекции (p=0,001; “размер эффекта” по показателю Cohen dC =1,1 с 95 %-ДИ от 0,4 до 1,7).

Частоты полиморфных генов фактора некроза опухоли TNFA, матриксных протеиназ MMP1 и MMP3 не были связаны с наличием или отсутствием ИМ, ЭВИ, наличием осложнений ИМ и прогнозом заболевания.

Таким образом, энтеровирусная инфекция принимает участие в патогенезе ИМ, способствует дисфункции эндотелия, развитию кардиогенного шока и разрыва миокарда и не зависит от полиморфных генов TNFA и матриксных протеиназ MMP1 и MMP3.

0622 ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ И ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ В ДИНАМИКЕ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Плотникова О.В., Глотов А.В.
ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Значительная распространенность дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в популяции, особенно среди лиц трудоспособного возраста, обусловливает актуальность изучения адаптационных возможностей кардиореспираторной системы и физической работоспособности у подростков с фенотипическими признаками ДСТ в процессе обучения.

Цель исследования. Изучить адаптационные способности кардиореспираторной системы, физическую работоспособность в динамике у подростков с фенотипическими признаками ДСТ.

Материал и методы. В исследование включили лиц в возрасте 15-16 лет с наличием 6 и более любых внешних признаков ДСТ. Группа сравнения — подростки, не имеющие признаков ДСТ. Всем обследованным лицам дважды с интервалом в 1 год проводилось клиническое обследование; динамометрия; исследование антропометрических показателей; инструментальные исследования. Изучались показатели адаптации сердечно-сосудистой системы, вегетативное обеспечение, физическая работоспособность (статическая и силовая выносливость мышц живота, спины, абсолютные и относительные показатели кистевой динамометрии).

Результаты исследования. У подростков с проявлениями ДСТ выявлены функциональные особенности организма, которые выражаются в неблагоприятной реакции сердечно-сосудистой системы на гипоксию, низких показателях силовой и статической выносливости. В группе лиц с ДСТ чаще, чем в контроле, отмечались неудовлетворительные показатели гемодинамики в ответ на пробу с дозированной физической нагрузкой (χ^2=4,266; p<0,05) и низкие показатели качества реакции, свидетельствующие о недостаточной адаптации сердечно-сосудистой системы к физической нагрузке. В динамике у подростков с ДСТ и в контрольной группе возросла доля неудовлетворительных реакций адаптации кардиореспираторной системы, выявлены статистически значимые различия по сравнению с показателями предыдущего года, более выраженные у подростков с ДСТ. У девушек с ДСТ также ухудшились показатели кардиореспираторного резерва (χ^2=6,723; p<0,05), в остальных группах существенной отрицательной динамики не выявлено. Следует отметить снижение адаптационного потенциала кардиореспираторной системы на фоне стабильных невысоких показателей статической и силовой выносливости.

Выводы. 1. Выполненное физиологическое исследование кардиореспираторной системы и физической работоспособности у подростков с ДСТ в динамике выявило неблагоприятную реакцию сердечно-сосудистой системы на гипоксию, и неудовлетворительные показатели гемодинамики, которые сочетались со стабильными показателями физической работоспособности.

2. Результаты исследования необходимо учитывать при составлении лечебных и реабилитационных программ, а также на уроках физической культуры в учебных заведениях.

0623 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС И БЕЗ ИБС ПРИ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС — ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Плюснин А.В., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Целью настоящей работы было оценить с помощью импульсно-волновой тканевой допплер-эхокардиографии (ТДЭхоКГ) показатели, характеризующие динамику показателей региональной систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ИБС и без ИБС при проведении стресс-допплер-эхокардиографии (стресс-ДЭхоКГ) с добутамином.

Всего был обследовано 116 пациентов (77 мужчин и 39 женщин, средний возраст 53±1,04 года), из них — 48 больных с ИБС и 60 пациентов без ИБС. С помощью ТДЭхоКГ в базальных сегментах миокарда ЛЖ (используя 16 сегментарную схему деления миокарда ЛЖ) оценивали — пиковую систолическую скорость движения миокарда ЛЖ — s, раннюю диастолическую скорость движения миокарда ЛЖ — e, позднюю диастолическую скорость — a, пик диастолической скорости при монофазном движении миокарда ЛЖ (M) на высоких частотах (140 уд.мин) и показатель, характеризующий регионарную функцию расслабления миокарда ЛЖ,- отношение пиков e/a, а также динамику этих показателей (D) по сравнению к исходному уровню. Оценку показателей проводили в покое и во время добутаминовой стресс-ДЭхоКГ при частоте 100 (предпороговая нагрузка) и 140 (пороговая нагрузка) ударов в минуту.

При сравнительном анализе данных пациентов с ИБС и без ИБС были достоверно выявлены различия динамики

показателей пиков е передних сегментов (8,3 м/с) D-4,4 и (9,7 м/с) D-2,5* соответственно; нижних сегментов (7,7 м/с) D-1,7 и (10,1 м/с) D-2,9*** соответственно; пиков s нижних сегментов (9,7 м/с) D-3,1 и (12,5 м/с) D-6,4** соответственно, при ЧСС 100 в мин., а также пиков s нижних сегментов (12.1 м/с) D-2,5 и (14,1 м/с) D-7,5*** при ЧСС 140 в мин.

Достоверных изменений по динамике других показателей выявлено не было.

Таким образом, при проведении добутаминовой стресс-ДЭхоКГ реакция сегментарной систолической и диастолической функции ЛЖ у больных с ИБС и без ИБС были различными, причем достоверные изменения выявлены преимущественно в нижних сегментах ЛЖ.

0624 ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Повасарис Н.С.
ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель: оценить факторы риска и значение эластических свойств сосудистой стенки в развитие артериальной гипертензии (АГ) у больных ревматоидным артритом (РА) при наблюдении за ними в течение 1 года.

Методы: обследованы 52 пациента (жен. — 49, муж. — 3) в динамике (исходно и через 1 год), средний возраст 48 (39,5; 53 лет), без кардиальной патологии, с достоверным РА 2-3 степени активности. Ревматоидный фактор (РФ) отмечен у 38, системные проявления — у 17 пациентов. Эффективность терапии оценивалась по критериям EULAR. Эластические свойства сосудов определяли по скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического (Сэ) и мышечного типов (См) с помощью аппаратуры ООО “Нейрософт”.

Результаты. Через год наблюдения у 18 (34,6 %) больных РА в возрасте 53 (51; 56) лет, преимущественно с 3 степенью активности, наличием РФ и ревматоидных узелков (РУ), отсутствием эффекта от лечения впервые выявлено повышение АД: у 7 — появление АГ 1 степени и у 11 — высокое нормальное АД. Исходно эти пациенты были старше (p=0,002), имели более высокий уровень систолического АД (p=0,004), холестерина (p=0,03), уровень кардиоваскулярного риска по Фрамингемской модели (p=0,02) за счет более частого наличия гипертрофии левого желудочка (p=0,002) по сравнению с остальными пациентами. Возникновение АГ 1 степени через год ассоциировалось с исходной клинической активностью РА (r=0,3, p=0,04), с наличием РУ (r=0,3, p=0,04), возрастом (r=0,4, p=0,01), САД (r=0,3, p=0,04), уровнем кардиоваскулярного риска по Фрамингемской модели (r=0,5, p=0,0004), а также с исходными Сэ (r=0,3, p=0,04) и общим модулем упругости (Ео) (r=0,3, p=0,03). У пациентов с впервые выявленным повышением АД отмечался более высокий уровень Сэ как исходно (до подъема АД) (p=0,04), так и через год наблюдения (p=0,04) по сравнению с остальными больными РА. Обнаружены корреляционные взаимосвязи Сэ, См, Ео с возрастом (r=0,5, p=0,001, r=0,5 p=0,001 и r=0,3, p=0,04, соответственно), Сэ, См — с толщиной межжелудочковой перегородки (r=0,3, p=0,03 и r=0,4, p=0,02) и относительной толщиной стенок левого желудочка (r=0,4, p=0,01), См — с СОЭ (r=0,3; p=0,03), Ео с наличием С-реактивного белка (r=0,3; p=0,04). Установлена взаимосвязь между уровнями кардиоваскулярного риска по шкале SCORE и Фрамингемской модели с См и Сэ (r=0,4; r=0,3 соответственно; p=0,04), не участвующими в стратификации риска. Повышение Сэ через год наблюдения коррелировало с исходной длительностью утренней скованности (r=0,3; p=0,04), числом припухших суставов (r=0,3; p=0,04), наличием базисной терапии к началу исследования (r=-0,3, p=0,01), с приемом преднизолона (r=0,3; p=0,03) и его дозой к началу исследования (r=0,3; p=0,02), а также с отсутствием эффекта от лечения (r=0,3; p=0,03).

Выводы. Показана связь возникновения АГ как с возрастом, уровнем риска по Фрамингемской модели, а также с показателями жесткости сосудистой стенки, которые могут быть дополнительным маркером в оценке риска развития АГ при РА.

Пациенты с высокой активностью и системными проявлениями представляют группу риска для развития АГ и прогрессирования сосудистых изменений.

0625 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ БЛОКАДА НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА “КАРДОС”

Подворчан М.А, Иваненко В.В., Начинкин В.В., Лопатин Ю.М.
ГУЗ ВОККЦ, ВолГМУ, Волгоград, Россия

Цель: оценить влияние препарата “Кардос” на основе сверхмалых доз антител к С-концевому фрагменту АТ1-рецептора ангиотензина II на показатели ЭхоКГ, толерантность к физическим нагрузкам у пациентов со сниженной сократительной функцией левого желудочка, перенесших оперативное вмешательство на сердце в условиях искусственного кровообращения — АКШ/АКШ с резекцией аневризмы ЛЖ.

Методы: в исследование было включено 40 пациентов (из них 18 мужчин) с ХСН II-III ФК (в среднем 2,4±0,1), в возрасте от 42 до 68 лет (средний возраст 53,2±1,5 лет), которые получали стандартную медикаментозную терапию (b-блокаторы, ингибиторы АПФ, антиагреганты). Исходная ФВ равнялась 37,8 %±1,6 (20-45 %). Все пациенты имели многососудистое поражение коронарного русла — 2,7±0,3 сосуда. Среднее количество шунтированных сосудов составило 3,4±0,3, резекция аневризмы ЛЖ была выполнена в 70 % случаев. В дооперационном и послеоперационном периоде, а также через 6 месяцев после операции проводилось эхокардиографическое исследование, тест 6-ти минутной ходьбы, тредмил тест (протокол Naughton). В раннем послеоперационном периоде у 20 пациентов к стандартной терапии добавлялся “Кардос” (3 таблетки в сутки).

Результаты: уже в раннем послеоперационном периоде отмечалось улучшение систолической функции левого желудочка в группе пациентов, принимающих “Кардос” на 24 % (ФВ возросла до 45,0±1,05 %, p=0,01), в группе плацебо на 12,2 % (ФВ составила 40,4 %±1,4 %, p<0,001). Через 6 месяцев ФВ ЛЖ по сравнению с послеоперационной в первой группе достоверно выросла на 8,9 % (ФВ 49,0±1,3 %, p<0,001), в то время как в группе плацебо на 7 % (ФВ 43,2±1,3 %, н.д.). Отмечалось повышение переносимости физических нагрузок — достоверный прирост дистанции, пройденной в результате теста 6-минутной ходьбы, на фоне терапии Кардосом составил к 6 месяцу 31,7 % (p<0,001), а в группе плацебо 14,6 % (p=0,01). Соответствующие изменения наблюдались и при анализе параметров тредмил-теста. В группе пациентов принимающих “Кардос” произошло значимое улучшение основных показателей: через 6 месяцев максимальное потребление кислорода, метаболический эквивалент его потребления и время выполнения нагрузки достоверно увеличились — на 9,7 % (p=0,01), 9,7 % (p=0,01) и 15,2 % (p=0,01) соответственно. Особенно показательной была разница в объемах выполненной работы: через полгода на фоне терапии Кардосом она увеличилась на 68 % (p<0,01).

Выводы: добавление к стандартной терапии ХСН антител к АТl-рецепторам ангиотензина II (Кардос) повышает эффек-

тивность лечения больных с исходной систолической дисфункцией ЛЖ, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда, улучшая сократительную способность сердца, переносимость физических нагрузок.

0626 СРАВНЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ РАМИПРИЛА И ВАЛСАРТАНА НА ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА

Поддубная А.В.
ГОУ ВПО УГМА Россздрава, Кафедра внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии, Москва, Россия

Актуальность. Ключевую роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний на всех этапах сердечно-сосудистого континуума (ССК) играет активация нейрогуморального комплекса РААС. Однако, вопрос преимущества одной из двух групп блокаторов РААС (иАПФ и АРА II) на сегодняшний день остается открытым.

Цель: оценить кардиопротективные эффекты иАПФ и АРА II на этапах сердечно-сосудистого континуума. Материалы и методы. Обследовано 577 пациентов. Из них 283 пациента с АГ- группа 1; 137 пациентов с МС — группа 2; 157 больных с ИБС — группа 3. Пациенты данных групп были рандомизированы на группы лечения: монотерапия иАПФ (рамиприл) — [группа А] или АРА II (диован®, Новартис) [группа Б]. Всем проводилось общеклиническое обследование и трансторакальная ЭХОКГ с расчетом индексов ремоделирования до рандомизации и через 6 мес терапии.

Результаты: выявлено, что на ранних этапах ССК (при АГ и МС) АРА принадлежит первенство в отношении профилактики развития патологического ремоделирования сердца (в связи с большим влиянием на ГЛЖ (снижение ММЛЖ (p=0,04) и ОТС (p=0,02) в группе АГ), миокардиальный стресс в систолу и диастолу (p<0,01) и функциональные параметры ремоделирования сердца (уменьшение показателя стресс-объем (p<0,01) и увеличение показателя, характеризуещего оптимальность систолической функции данной нагрузке на стенку ЛЖ (ФВ/МСс)). На более поздних этапах ССК большей становится компенсирующая роль иАПФ (снижение систолической сферичности (ИСс, ИСд (p<0,01)) и гипертрофии ЛЖ (ММЛЖ меньше через 6 мес лечения иАПФ (p <0,01)), уменьшение миокардиального стресса (p<0,01) и объемов ЛЖ, жесткости миокарда (КДД (p=0,02), КДНС (p=0,04)), но АРА II также демонстрируют значимое снижение ОТС (p=0,01), миокардиального стресса (снижение МСс и МСд (p=0,01)), функциональных параметров ремоделирования сердца (снижение показателя стресс-объем в систолу и диастолу и увеличение показателя ФВ/МС в систолу и диастолу), не влияя на сферификацию ЛЖ.

Заключение: АРА принадлежит первенство в отношении профилактики развития патологического ремоделирования сердца на ранних этапах ССК. Чем дальше этап сердечно-сосудистого континуума, тем больше становится компенсирующая роль иАПФ на уже произошедшие структурно-геометрические изменения в сердце.

0627 ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Подзолков В.И., Брагина А.Е., Панферова Е.К.
ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить особенности спектральных характеристик вариабельности ритма сердца (ВРС) и взаимосвязь относительного вклада мощности волн в диапазоне сверхнизких частот (%VLF) в общую мощность спектра (ТР) с гуморальными факторами у женщин в перименопаузе с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: обследовано 78 женщин, средний возраст 54,1±5,3лет, которые были разделены на 3 группы: I группа — 13 женщин без артериальной гипертензии (АГ) и ожирения, II группа — 20 женщин с АГ 1-3 степени и без ожирения, III группа — 45 женщин с АГ 1-3 степени и ожирением, у которых был диагностирован МС. Спектральный анализ ВРС проводился на приборе CardioMem CM 3000. Активность ренина плазмы (АРП), концентрацию альдостерона, эстрадиола и тестостерона в сыворотке крови определяли методом радиоиммунного анализа, концентрацию дигидроэпиандростерона сульфата и лептина — с помощью иммуноферментного анализа. Результаты представлены в виде медианы с указанием 25 и 75 процентилей.

Результаты: оценка спектральных параметров ВРС у женщин в перименопаузе свидетельствует о достоверном нарастании от I к III группе мощности волн в диапазоне низких частот (LFn.u.), отражающих симпатический тонус, и достоверном снижении мощности волн в диапазоне высоких частот (HFn.u.), являющихся маркером активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы. Значения LFn.u. соответственно составили 54,7(46,5;80,2), 63,7(53,1;73,8), 69,2(55,0;88,7) за дневной период и 55,6(46,6;60,4), 62,5(53,0;69,5), 63,9(43,4;69,4) за ночной период. Значения HFn.u. составили 45,3(29,0;48,7), 35,8(12,2;40,2), 30,8(9,7;25,8) и 36,2(26,6;43,5), 29,8(21,0;33,8), 25,1(19,6;54,0), соответственно. Помимо достоверного преобладания симпатической активности в группах с АГ и МС, во всех трех группах выявлен дисбаланс спектральных компонентов ВРС с достоверным снижением в ТР относительного вклада мощности волн в диапазоне высоких (%HF) и низких частот (%LF) и увеличением %VLF, что указывает на наличие нейро-гуморальной активации у женщин, возникающей в период менопаузальной перестройки независимо от наличия или отсутствия АГ и МС. Зарегистрированы достоверные межгрупповые различия %VLF в дневные часы с наименьшими значениями в группе I и наибольшими — в группе III: 49,0 (38,7;62,9), 65,0 (50,9;78,8) и 74,1 (58,9;85,4), соответственно. При проведении корреляционного анализа в III группе были выявлены достоверные связи %VLF с АРП (r=0,5, p<0,05), концентрацией лептина (r=0,6, p<0,05) и тестостерона (r=0,7, p<0,05). В остальных группах подобные корреляционные связи отсутствовали. Не обнаружены связи между %VLF с другими гуморальными факторами.

Выводы: у женщин в перименопаузе независимо от наличия или отсутствия АГ и МС имеются признаки нейро-гуморальной и метаболической активации в виде увеличения %VLF. %VLF в ТР достоверно выше у женщин с АГ и МС. У женщин с МС показатель %VLF находится в достоверной корреляционной связи с АРП и концентрацией тестостерона и лептина.

0628 ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КОНЦЕНТРАЦИИ ЛЕПТИНА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРЕТРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Подзолков В. И., Брагина А. Е., Родионова Ю. Н.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить половые особенности обмена лептина и его влияние на показатели внутрипочечной гемодинамики у больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) и висцеральным ожирением.

Методы: в исследование было включено 35 человек (15 мужчин и 20 женщин) с АГ 2-3 степени, средний возраст 49,4±7,1лет. Индекс массы тела у мужчин составил 31,8±4,1кг/м^2, у женщин — 32,4±3,7кг/м^2. Для оценки внутрипочечной гемодинамики использовали метод ультразвуковой допплерографии. Уровень лептина определяли методом радиоиммунного анализа.

Результаты: обследованные группы были сопоставимы. У женщин выявлены достоверно более высокие индексы резистентности (RI) и пульсационные индексы (PI) в сегмен-

тарной и междолевой артериях по сравнению с мужчинами. Так, в сегментарной артерии левой почки RI у женщин составлял 0,67±0,05, у мужчин — 0,6±0,06 (p=0,006), тогда как в правой почке — 0,67±0,07 и 0,59±0,06 (p=0,003), соответственно. При этом, PI в сегментарной артерии левой почки у женщин — 1,25±0,17, у мужчин — 0,9±0,14 (p=0,001), в правой — 1,26±0,22 и 0,95±0,19 (p=0,001), соответственно. Аналогичные результаты получены при изучении RI и PI в междолевых артериях (p<0,05). Так, RI и PI в междолевой артерии левой почки составили 0,7±0,03 и 1,2±0,23, в правой почке — 0,7±0,026 и 1,2±0,22, соответственно, у мужчин в левой почке — 0,6±0,1 и 0,85±0,19, в правой почке — 0,61±0,038 и 0,86±0,14, соответственно. Помимо этого, у женщин выявлена более высокая концентрация лептина по сравнению с мужчинами: 88,5±44,1нг/мл и 38,9±9,6нг/мл. При проведении корреляционного анализа, у женщин выявлена взаимосвязь между концентрацией лептина и RI, PI сегментарных артерий: (r=0,38; p=0,05) и (r=0,39; p=0,05) для левой почки и (r=0,49; p=0,05) и (r=0,56; p=0,03) для правой почки. Кроме того, наблюдались корреляции между уровнем лептина и RI, PI междолевых артерий: (r=0,59; p=0,05) и (r=0,37; p=0,05) для левой почки и (r=0,5; p=0,05) и (r 0,34; p=0,05) для правой почки. У мужчин подобных корреляционных связей выявлено не было.

Выводы: у больных эссенциальной АГ и висцеральным ожирением выявляются половые различия показателей внутрипочечной гемодинамики и обмена лептина. У женщин с АГ зарегистрированы достоверно более высокие показатели сопротивляемости внутрипочечных сосудов и концентрации лептина, чем у мужчин. У женщин с АГ выявлены положительные корреляционные связи между уровнем лептина и показателями внутрипочечной гемодинамики.

0629 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Подзолков В.И., Сафронова Т.А.
Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования. Определить степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений у молодых мужчин с эссенциальной АГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 118 мужчин с эссенциальной артериальной гипертензией в возрасте от 18 до 35 лет; средний возраст составил 22,1±4,54 лет. Длительность заболевания колебалась от одного года до 8 лет, в среднем 4,14±2,1 лет. Критериями исключения считали симптоматический характер АГ, наличие обменных и воспалительных заболеваний почек (сахарный диабет, пиело- и гломерулонерит) и ХПН. Ранее пациенты не получали антигипертензивную терапию. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью аппарата фирмы “SpaceLabs” (США) в течение 24 часов с 15-минутным интервалом в дневное (07:00-23:00) и 30-минутным интервалом в ночное (23:00-07:00) время.

Результаты. Артериальная гипертензия по данным суточного мониторирования была диагностировна у 118 человек, при этом среднесуточное систолическое АД составило 132,8±7,42 мм рт.ст., среднесуточное диастолическое АД — 72,24±7,4 мм рт.ст. Среди факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у молодых мужчин с АГ были выявлены следующие: курение — 61 (52 %), отягощенный семейный анамнез по АГ отмечался у 93 (79 %), АГ и ОИМ у родственников — 29 (25 %), АГ и ОНМК — 38 (32 %), внезапная смерть — 17 (14 %). Избыточный вес и ожирение (по ВОЗ) отмечались у 39 (33 %) больных. При этом один фактор риска наблюдался у 54(46 %), два — у 40 (34 %), три — у 24 (20 %) пациентов.

Выводы. Таким образом, у большинства больных при обследовании были выявлены от одного до трех факторов риска, которые не учитывались на амбулаторном этапе, как при постановке диагноза, так и при выборе тактики ведения пациентов (больные не получали регулярную антигипертензивную терапию). В соответствии с рекомендациями ВНОК (2008г) по стратификации риска выявление одного и более факторов риска с учетом степени АГ и наличия поражения органов мишеней определяет принадлежность большинства обследованных больных к категории пациентов со средним или высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие десять лет и требует немедленного начала лечения.

0630 ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ

Падыганова А.В., Чичерина Е.Н.
Кировская ГМА, Киров, Россия

Актуальность: До настоящего времени оценка функционального состояния почек у беременных с хронической артериальной гипертонией (ХАГ) мало изучена. Известно, что почки — составная и значительная часть микроциркуляторной системы организма, важный орган метаболизма и гуморальной регуляции различных процессов. Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривают в качестве маркера неблагоприятного прогноза, прежде всего для сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), что вполне соответствует утвердившейся концепции кардиоренальных взаимоотношений (Мухин Н.А., 2007). Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек являются независимыми факторами риска ССЗ и смерти (Sarnak M., et al. 2003).

Цель. Изучить особенности функционального состояния почек у беременных с хронической артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование функционального состояния почек у 20 пациенток с ХАГ во втором триместре беременности. Данное исследование включало оценку уровня креатинина крови, СКФ по формуле Кокрофта-Гаулта, MDRD, CKD-EPI (A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate в Ann Intern Med. 2009), пробе Реберга, микроальбуминурии (МАУ) с использованием тест-полосок и ультразвуковое исследование (УЗИ) почек.

Результаты исследования. Средний возраст женщин составил 33,15± 1,44 лет. Срок беременности составил 13,5±0,31 недель гестации. Среднее систолическое артериальное давление (АД) — 140±7,0 мм рт.ст., среднее диастолическое АД — 90±5,0 мм рт.ст. По результатам, полученным с помощью формулы MDRD СКФ составила 85,8±2,84 mL/min/1.73m2, что соответствует по классификации хронической болезни почек, принятой в 2005 году на съезде нефрологов, артериальной гипертонии со сниженной СКФ, по формуле CKD-EPI — 88,9±2,05 mL/min/1,73m2. Отмечено, что формула MDRD может быть неточна при нормальных или незначительно сниженных значениях СКФ. Поэтому нефрологи вывели формулу для оценки СКФ, формулу. Результаты оценки СКФ по новой формуле совпадают с результатами MDRD при низких значениях, но дают более точную оценку при высоких значениях СКФ. По данным формулы Кокрофта-Гаулта — 109,8±4,99 мл/мин. По результатам пробы Реберга, рекомендованной для оценки СКФ при беременности ВНОК (2008), средняя СКФ составила 90,87±5,3 мл/мин. При этом значения МАУ — 42±4,02 мг/дл, что по диагностическим критериям соответствует стадии МАУ. Структурных изменений по результатам УЗИ почек выявлено не было.

Выводы. Выявлена микроальбуминурия, снижение СКФ по данным MDRD, CKD-EPI у беременных с ХАГ. Проба Реберга дала пограничное значение. Таким образом, своевременное выявление нарушения функционального состояния почек у беременных с ХАГ необходимо для коррекции гипотензивной терапии, а, следовательно, для снижения одного из основных факторов прогрессирования ХПБ — повышенного артериального давления.

0631 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Позднякова Н.В., Татарченко И.П., Мордовина А.Г., Карпина Н.Ю.
ГОУ ДПО "ПИУВ Росздрава", ФГУЗ "МСЧ-59 ФМБА России", Пенза, Россия

Ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС) играет центральную роль как в возникновении артериальной гипертонии, так и в реализации патофизиологических процессов, которые в конечном итоге приводят к серьезным сердечно-сосудистым осложнениям. В связи с этим снижение артериального давления (АД) путем блокады РААС является патогенетически оправданным и перспективным. Цель работы — оценить эффективность гипотензивной терапии блокаторами ангиотензиновых рецепторов (БАР) телмисартана у больных артериальной гипертензией (АГ) с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДД ЛЖ) по I типу.

Материал и методы исследования: больные — 40 человек АГ I-II ст, средний возраст — 57,3±4,5 лет. В качестве гипотензивного средства использовали телмисартан (микардис, средняя доза по группе в течение первых недель — 80мг/сут, в последующем средняя доза у 16 пациентов — 40мг/сут, у 24 пациентов — 80мг/сут). Комплекс обследования: общеклиническое и лабораторное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты: при оценке суточного ритма АГ патологический профиль выявлен у 34 больных, из них в 29 случаях — категория "нон-дипперов", в 5 — с преимущественно ночной гипертензией. По данным ЭхоКГ сократительная способность ЛЖ была сохранена у всех обследуемых пациентов: фракция выброса (ФВ) — 55,0 ± 2,9 %. Анализ данных относительной толщины стенок левого желудочка (ОТС ЛЖ) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) позволил определить наличие концентрического ремоделирования ЛЖ (увеличение ОТС и отсутствие повышения ИММЛЖ) у 60 % больных, концентрической гипертрофии ЛЖ (увеличение ОТС и повышение ИММЛЖ) — у 40 % больных. Стабильный гипотензивный эффект с поддержанием целевого уровня АД был получен к 3 недели у всех пациентов, достоверное снижение САД на 25,6 % и ДАД на 19,4 % при хорошей переносимости препарата. Отмечено уменьшение массы миокарда левого желудочка, соответственно: с 194,6±4,5г до 173,6±5,8г. На фоне телмисартана улучшились показатели трансмитрального диастолического потока (ТМДП): уменьшение IVRT от 115±3,8 до 89,3±2,4 мс, DT от 271,0 ± 12,4 до 238,7±8,3 мс при увеличении соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от 0,61±0,17 до 1,09±0,16, $p<0,05$. Положительные изменения диастолической функции ЛЖ сопровождались увеличением фракции выброса на 6,6 %, фракции систолического укорочения передне-заднего размера левого желудочка на 9,2 %. при $p<0,05$.

Таким образом, курсовая терапия телмисартаном через 6 месяцев обеспечивает, помимо адекватного контроля САД и ДАД с нормализацией суточного профиля в 82,3 % наблюдений от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом, органопротективные эффекты, обусловленные улучшением диастолической функции левого желудочка, не угнетая сократительную способность миокарда.

0632 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА СРЕДИ ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИИ

Поликарпов Л.С. Хамнагадаев И.И., Яскевич Р.А., Деревянных Е.В.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия; НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель исследования. Выявить зависимость между гемодинамическими показателями у обследованных лиц с различными уровнями АД среди пришлого населения Севера в зависимости от конституции.

Объект и методы обследования. Обследовано 130 чел. в возрасте 30 лет и старше одного из заводов промышленного города Норильска. Всем обследуемым проводилось анкетирование, общий клинический осмотр, регистрация ЭКГ, тахоосциллограммы. При статистической обработке научного материала применялся многомерный статистический анализ с установлением зависимости между гемодинамическими параметрами.

Результаты исследования. Отмечено, что у больных АГ частота встречаемости гемодинамических показателей имеет зависимость от смены фотопериодизма. Установлено, что в период полярного дня чаще встречается гиперкинетический тип гемодинамики в сравнении с полярной ночью. С ростом удельного периферического сосудистого сопротивления наблюдается увеличение показателей среднего артериального давления за счет повышения сосудистого тонуса, о чем свидетельствует повышенный показатель модуля упругости сосудов. Увеличение скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического и мышечного типов коррелирует с развитием атеросклеротического процесса. Применение метода многомерного статистического анализа позволило определить качественные изменения в сосудах эластического типа у лиц с различным уровнем артериального давления. Отмечено что значения скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического и мышечного типов возрастают прямолинейно в зависимости от роста показателей среднего артериального давления. Эти показатели имели зависимость от типов конституции. У лиц с брюшным соматотипом чаще встречается артериальная гипертония. У больных артериальной гипертонией сосудистое русло перестраивается за счет исчезновения эластических структур, что отражается на состоянии сосудистого тонуса. Длительное воздействие холодового фактора повышает состояние сосудистого тонуса, о чем свидетельствуют показатели скорости распределения пульсовой волны.

Выводы:

1. Смена фотопериодизма на Крайнем Севере влияет на показатели гемодинамики.
2. Изменение скорости пульсовой волны зависит от уровня артериального давления, модуля упругости, атеросклеротического поражения сосудов у жителей Крайнего Севера.
3. Применение метода многомерного статистического анализа позволяет определить качественные изменения в сосудах эластического типа у лиц с различным уровнем артериального давления.

Показатели минутного объема кровообращения, общего периферического сосудистого сопротивления находятся в зависимости от сосудистого тонуса.

0633 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Полковникова Т.Г., Гультяева Е.П., Гапон Л.И.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Изучение исходов у больных ИБС является актуальным в связи с необходимостью выбора адекватной тактики ведения, эффективности медикаментозной терапии. Установлено неблагоприятное прогностическое значение таких проявлений и осложнений ИБС, как серьезные нарушения ритма сердца, застойная сердечная недостаточность, кардиомегалия. В настоящее время изучался прогноз больных такой формой ИБС как нестабильная стенокардия в сочетании с артериальной гипертонией.

При достаточно длительном проспективном наблюдении определялся прогностическая ценность уровня суточного профиля АД у данной категории больных.

Цель исследования: определение предикторов неблагоприятного прогноза у больных ИБС. Нестабильной стенокардией.

Материалы и методы: в исследование было включено 119 мужчин (средний возраст 52,3 года) в течение 1-3,6 лет (в среднем 1,9±0,8 года). Минимальное наблюдение за пациентами осуществлялось в течение 1 года или до регистрации летального исхода. В качестве "конечных точек" наблюдения были выбраны случаи развития нефатального инфаркта миокарда, мозгового инсульта, сердечной смерти и повторной госпитализации по причине обострения ИБС (нестабильной стенокардии). В качестве поясняющих переменных в анализ были включены 15 клинических, 10 инструментальных, 3 липидных, 36 показателей СМАД, а так же данные медикаментозной терапии в период до начала исследования, во время стационарного лечения и при последующем наблюдении.

Результаты. Всего за время наблюдения было зарегистрировано 9 случаев нефатального инфаркта миокарда, 45 повторных госпитализаций по причине нестабильной стенокардии, 1 сердечная смерть, 1 мозговой инсульт. Сердечная смерть явилась следствием развития повторного инфаркта миокарда. Из общей группы обследуемых 101 человек (84,9 %) страдал артериальной гипертонией, у 83,4 % пациентов стаж сочетания ИБС и АГ в среднем 5 лет. Лица с сочетанной патологией и только с ИБС находились в средней возрастной группе, но в первом случае это были пациенты более молодого возраста (51,09±1,2 г), чем без АГ (52,6±1,6г), что подтверждает утверждение о принадлежности пациентов с сочетанной патологией к группе высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Анамнестически выявлена сочетание наибольшего количества приступов стенокардии в течении суток с высокими цифрами АД (p=0,003). Повышенное АД определяло более высокую приверженность пациентов к лечению. Оценивая конечные точки (перенесенный инфаркт миокарда, мозговой инсульт, сердечную смерть) было установлено, что частота не фатального инфаркта миокарда в группе с АГ была достоверно выше (p=0,005), чем в группе без АГ. Комбинированный показатель (эпизоды нестабильной стенокардии + сердечно — сосудистые осложнения) в группе с АГ так же оказался достоверно выше (p=0,03). Только в этой группе были случаи мозгового инсульта и сердечно-сосудистой смерти.

Суточная динамика АД по данным холтеровского мониторирования АД в группе лиц с АГ показала, что суточный профиль преимущественно находился в диапазоне "non-dipper", у этих же пациентов чаще встречались указания в анамнезе на отягощенную наследственность по ИБС (46,2 %), 32,1 % в диапазоне "dipper" и 21,7 % — "over-dipper"). Все случаи инфаркта миокарда и сердечная смерть зарегистрированы у лиц с суточным профилем АД в диапазоне 0<СИ<10 (non-dipper), случай мозгового инсульта — у пациента с СИ =25,4 %. (over-dipper).

Вариабельность АД САД в дневные и ночные часы значительно превышала нормативные показатели (N до 11,9 мм рт. ст.), что наряду с профилем АД предполагает высокий риск сосудистых осложнений. В группе пациентов с ИБС и АГ в нашем исследовании на основании проведенного дискриминантного анализа выявлено, что уровень ДАД является предиктором развития инфаркта миокарда в сочетании с повышенным уровнем САД. На основании анализа СМАД наряду со значимостью СИ АД подтверждена достоверная связь высокого индекса времени гипертензии для САД в дневное время суток с развившимся инфарктом миокарда, что еще раз свидетельствует о роли в течении ИБС не только абсолютного значения АД, но и длительности гипертензии в течение суток. Таким образом, у больных ИБС с наличием сопутствующей АГ наиболее существенным гемодинамическим параметром, влияющим на структурное состояние миокарда, обладающим большей прогностической ценностью, достоверно предсказывающим риск сердечно-сосудистых осложнений является нагрузка АД, а именно "ночная" артериальная гипертензия (non-dipper).

При дополнительном анализе зависимости показателей СМАД с развитием нефатального ИМ в группе пациентов с сопутствующей АГ выявлены шесть предикторов: уровень ДАД, САД минимальное и среднее в конце исследования, СИ САД и ФК стенокардии до начала исследования. Предикторами обострения ИБС в группе с АГ явились САД максимальное, СИ САД.

Вывод: таким образом, в данном исследовании нами в очередной раз было подтверждено утверждение о том, что АГ является одним из наиболее важных факторов риска в развитии ИБС. Суточный профиль САД и ДАД в диапазоне "non-dipper" является предиктором развития не фатального ИМ. Вербально, найденную при анализе закономерность, можно было выразить так: инфаркт миокарда у пациента с ИБС наступит тем быстрее, чем "монотоннее" у него будет суточный ритм АД.

0634 ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Полтавцева О. В., Нестеров Ю. И., Тепляков А.Т.*
ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава", Кемерово, Россия; Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН*, Томск, Россия

Цель исследования — изучить влияние аторвастатина на липидный профиль у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. Проведено обследование и лечение 56 пациентов обоего пола с АГ 1-3 степени на фоне МС, в среднем возрасте 53,8±1,5 лет. Из исследования исключались пациенты с ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом. Все больные соблюдали противосклеротическую диету. Кроме антигипертензивной терапии, все пациенты получали аторвастатин в дозе 10 мг/сут (аторис фирмы KRKA, Словения) в течение 12 недель. Состояние липидного обмена оценивали по уровню общего холестерина, (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), индексу атерогенности (ИА). Определение этих показателей проводилось по стандартным методикам. За нормальные значения, согласно рекомендациям ВНОК (2005), у больных с АГ и МС принимали: ОХС<4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП<2,6 ммоль/л, ХС ЛПВП>1 ммоль/л у мужчин и >1,2 у женщин, ТГ<1,7 ммоль/л, ИА менее 4,0.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета программ "Statistica for Windows". Для оценки достоверности изменений применялся критерий t-Стьюдента.

Результаты. Исходно у всех больных с АГ и МС выявлено нарушение липидного обмена — увеличение в плазме крови ОХС, ТГ, ЛПНП, повышение ИА. На фоне 12-недельной терапии аторвастатином в дозе 10 мг/сут произошло достоверное улучшение показателей липидного обмена: средний уровень ОХС снизился (p<0,001) на 16,8 % (с 6,25±0,1 ммоль/л до 5,2±0,09 ммоль/л), ТГ — на 25,8 % (с 1,82±0,12 ммоль/л до 1,35±0,06 ммоль/л, p<0,001), ЛПНП — на 10,1 % (с 3,87±0,13 ммоль/л до 3,48±0,12 ммоль/л, p<0,05). ИА достоверно (p<0,001) снизился на 22,5 % (с 4,13±0,17 ммоль/л до 3,2±0,14 ммоль/л). Уровень ЛПВП исходно не был снижен, однако на фоне лечения отмечалось его достоверное (p<0,05) увеличение на 9,7 % (с 1,24±0,04 ммоль/л до 1,36±0,04 ммоль/л). В результате 3-х месячной терапии аторвастатином целевой уровень ОХС достигнут у 15,4 % пациентов, ТГ — у 72,7 %, ЛПНП — у 18 %. Пациенты хорошо переносили лечение: ни у одного больного не были отмечены побочные эффекты, повышения уровня трансаминаз и креатинина в плазме крови не зарегистрировано.

Вывод. Таким образом, 12-недельная терапия аторвастатином в дозе 10 мг/сут привела к достоверному улучшению

всех показателей липидного профиля крови у пациентов с АГ и метаболическим синдромом.

0635 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОПРОЛОЛА И БИСОПРОЛОЛА В СОЧЕТАНИИ С ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

Полякова О.М.
ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия

Цель: Сравнительное изучение антиаритмической эффективности метопролола и бисопролола на фоне приема омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК) у пациентов с нарушениями ритма при стенокардии.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 65 пациентов с хронической ИБС, у которых диагностирована стенокардия I и II ФК, страдающие желудочковой экстрасистолией. У 47 человек в качестве основного антиаритмического препарата применялся метопролол (эгилок) в средней дозе 37,2±12,63 мг в сутки, а 18 принимали бисопролол (конкор) в средней дозе 7,2±2,56 мг в сутки. Дополнительно к селективным бета-адреноблокаторам все пациенты получали омега-3 ПНЖК (Омакор) в дозе 1,0 в сутки. Обе сравниваемые группы не имели существенных различий по полу, возрасту, выраженности экстрасистолической активности до начала терапии. Эффективность лечения оценивалась с помощью Холтеровского суточного мониторирования ЭКГ (на системе "Инкарт", г. Санкт-Петербург), спустя один месяц.

Результаты. По окончанию наблюдения в группе пациентов, получающих бисопролол, число желудочковых экстрасистол уменьшилось на 77,7 % (с 2093±4372 до 467±675) ($p<0,05$), а у принимающих метопролол число желудочковых экстрасистол уменьшилось на 50,4 % (с 2095±3799 до 1039±2661) ($p<0,05$).

Выводы. Антиаритмическая терапия желудочковых экстрасистол бисопрололом имеет преимущество перед терапией метопрололом, при сочетании их с омега-3 ПНЖК.

0636 ВЛИЯНИЕ РАННИХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Помешкина С.А., Боровик И.В., Сизова И.Н., Сергеева Т.Ю., Барбараш О.Л.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель: оценить влияние ранней физической реабилитации на санаторном этапе на эндотелиальную функцию у больных, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ).

Материалы. Обследовано 92 мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС), которым было запланировано выполнение КШ. Возраст пациентов составил в среднем 55,8±5,3 лет. Среднее количество гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий — 3,1±1,2. Больные были рандомизированы на две сопоставимые по основным анамнестическим и исходными клинико-функциональным показателям группы — основную (45 человек) и контрольную (47 человек). Пациентам основной группы (ОГ) в дополнение к базовой реабилитационной программе назначали ранние велотренировки (ВТ). Пациентов, включенных в исследование, обследовали за 5-7 дней перед проведением КШ и после окончания санаторного этапа (на 35-36 сутки после КШ).

Для проведения анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0.

Методы исследования: дуплексное сканирование плечевой артерии с изучением эндотелийзависимой вазодилатации в пробе с реактивной гиперемией (РГ) и доплеровское исследование динамики линейной скорости кровотока с использованием системы "ALOKA ProSound SSD- 10" (Япония).

Результаты. У 81 (88 %) пациента исходно выявлена дисфункция эндотелия. При этом у 57 (62 %) больных отмечен недостаточный вазодилатирующий эффект, у 24 (26 %) — отсутствие прироста диаметра плечевой артерии или развитие патологической вазоконстрикции. У остальных больных в 11 (12 %) случаях была зарегистрирована вазодилатация более 10 % от исходного значения. У больных обеих групп исходные показатели достоверно не отличались. К концу санаторного этапа у пациентов ОГ был отмечен достоверный прирост диаметра плечевой артерии под влиянием компрессии с 3,8±0,5 см до 4,62±0,7 см (на 18 %) $p<0,001$, тогда как в контрольной группе (КГ) данный показатель увеличился с 3,6±0,5 см до 4,1±0,6 (на 12 %) $p<0,05$. Линейная скорость кровотока у пациентов ОГ в условиях пробы с РГ под влиянием компрессии в конце санаторного этапа реабилитации возросли с 83,6±14,2 см/с до 101,6±21,4 см/с ($p<0,001$), а в КГ достоверного увеличения линейной скорости не произошло. Число больных ОГ с нарушенной функцией эндотелия в целом уменьшилось с 38 до 16 человек (на 49 %), при этом, у пациентов с сохраняющейся эндотелиальной дисфункцией не было выявлено вазоконстрикции. Во время проведения проб в КГ так же уменьшилось количество пациентов с эндотелиальной дисфункцией, но в меньшей степени — с 44 до 35 (на 19 %), причем из них у 8 пациентов сохранялись проявления вазоконстрикции.

Вывод: ранние физические тренировки у пациентов, перенесших КШ, значительно улучшают функции эндотелия и должны использоваться, как обязательная часть реабилитационных программ.

0637 СТЕПЕНЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Попова А. А., Березикова Е. Н, Маянская С. Д., Яковлева Н. Ф., Лукша Е. Б., Гребенкина И. А.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы: комплексное сравнительное исследование вазомоторной и метаболической функций сосудистого эндотелия у лиц с артериальной гипертонией (АГ) I степени различного возраста.

Материалы и методы. В исследование включили молодых мужчин — 98 человек с АГ I степени (ст.), риск 0, 1, 2 (средний возраст 19,2±3,3г.) и мужчин пожилого возраста — 30 человек с АГ I степени, риск 2, 3 (средний возраст 72,2±2,7г.). Группами контроля были практически здоровые молодые лица (44 человека) и мужчины (45 человек) в возрасте старше 65 лет с нормальным АД.

Изучение функции эндотелия проводилось с помощью допплерометрического измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией (ПРГ) и нитроглицерином и путем определения сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его стабильных метаболитов (нитратов и нитритов), а также путем оценки состояния системы про- и антиоксидантной активности крови (АОА) (с помощью определения содержания МДА и АОА сыворотки крови).

Определение эндотелий-зависимой вазодилятации показало, что в покое средний диаметр плечевой артерии у молодых пациентов с АГ I ст., риск 0, 1, 2 составил 4,76±0,4 мм, а в группе контроля — 4,89±0,4 мм ($p<0,05$). Прирост диаметра плечевой артерии в фазу реактивной гиперемии у молодых больных с АГ составил 5,04 %. Тогда как в контрольной группе прирост диаметра составил 12,26 % ($p<0,05$), что больше в 2,4 раза по сравнению с группой больных.

Определение эндотелий-зависимой вазодилатации у пожилых пациентов показало, что в покое средний диаметр плечевой артерии у пациентов с АГ I ст., риск 2,3 составил 2,75±0,3 мм., что в 1,7 раза меньше, чем у молодых

гипертоников. В группе контроля этот показатель оказался больше (3,89±0,4 мм.) (p<0,05). Прирост диаметра плечевой артерии в фазу реактивной гиперемии у больных с АГ I ст., риск 2, 3 пожилого возраста составил 6,91 %. Тогда как в контрольной группе прирост диаметра составил 12,85 % (p<0,05), что больше в 1,9 раза по сравнению с данной группой больных.

Определение сывороточного уровня суммарной продукции NO у молодых людей показало, что у лиц с гипертонией продукция NO была на 7,2 % ниже, чем в группе контроля (p<0,05), но на 36,0 % больше, чем у пожилых пациентов с АГ (p<0,05).

Измерение концентрации МДА показало, что у пожилых больных с АГ она больше, чем у молодых пациентов в 2 раза (на 49,2 %) (p<0,05), а АОА ниже у лиц с гипертонией старше 65 лет (на 85,6 %). Это в 6 раз меньше по сравнению с молодыми гипертониками (p<0,05).

Выводы. Таким образом, течение гипертонии, как у молодых, так и у пожилых сопровождается прогрессирующей дисфункцией эндотелия сосудов, чему способствуют снижение продукции оксида азота эндотелием и дисбаланс системы "прооксиданты — антиоксиданты" в сторону первых.

0638 ФАКТОРЫ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН

Попова М.А., Банникова О.Ф., Турченко И.В., Гордеев Е.О.
Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель исследования: изучить факторы риска развития инфаркта миокарда у женщин и уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE перед развитием инфаркта миокарда.

Материалы и методы. По материалам амбулаторных карт оценены факторы риска сердечно-сосудистой патологии у 108 женщин, перенесших инфаркт миокарда (ИМ): возраст, показатели холестерина, нарушения углеводного обмена, наличие абдоминального ожирения, факт курения, наличие артериальной гипертензии сопутствующих заболеваний. Среди обследованных женщин 58 перенесли Q-ИМ, 50 — ИМ без зубца Q.

По медицинской документации определен уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE перед развитием инфаркта миокарда.

Результаты. Средний возраст женщин, перенесших Q-ИМ составил 62,3±3,8 лет, ИМ без Q — 54,2±3,6 лет (p<0,01). Все пациентки до развития ИМ обращались в медицинские учреждения по поводу различных заболеваний и были обследованы. По коронарографии многососудистое поражение у больных, перенесших Q-ИМ выявлено в 44,8 % (26), одно-сосудистое — в 55,2 % (32).

Среди женщин, перенесших Q-ИМ нормальный уровень холестерина перед развитием ИМ зарегистрирован в 8,6 % (5) случаев, более 5 ммоль/л — 91,4 % (53); нормальный уровень глюкозы выявлен в 70,7 % (41), гипергликемия натощак в 18,9 % (11), сахарный диабет 2 типа — в 10,3 % (6); абдоминальное ожирение выявлено в 72,4 % (42); факт курения отмечен в 13,8 % (8); артериальная гипертензия в 96,6 % (56), из них медикаментозно корригированная в 33,9 % (19). Среди сопутствующих заболеваний хронический обструктивный бронхит зарегистрирован в 10,3 % (6), бронхиальная астма в 5,1 % (3), деформирующий остеоартроз в 12,1 % (7), остеохондроз позвоночника в 56,9 % (33), по поводу которых пациентки получали соответствующую терапию.

Среди женщин, перенесших ИМ без зубца Q нормальный уровень холестерина перед развитием ИМ зарегистрирован в 22,0 % (11) случаев, более 5 ммоль/л — 78,0 % (39); нормальный уровень глюкозы выявлен в 76,0 % (38), гипергликемия натощак в 16,0 % (8), сахарный диабет 2 типа — в 8,0 % (4); абдоминальное ожирение выявлено в 48,0 % (24); факт курения отмечен в 32,0 % (16); артериальная гипертензия в 78,0 % (39), из них медикаментозно корригированная в 34 % (17). Среди сопутствующих заболеваний хронический необструктивный бронхит зарегистрирован в 24 % (12), хронический обструктивный бронхит в 4,0 % (2), бронхиальная астма в 6,0 % (3), деформирующий остеоартроз в 4,0 % (2), остеохондроз позвоночника в 52,0 % (26), по поводу которых пациентки получали лечение постоянно или при обострении. Психоэмоциональный стресс предшествовал развитию Q-ИМ в 18,9 % (11), ИМ без Q — в 32,0 % (16). Q-ИМ развился на фоне обострения хронических воспалительных заболевании в 25,8 % (15), ИМ без Q — в 34,0 % (17).

Выводы. К развитию Q-ИМ у женщин предрасполагает возраст старше 60 лет, метаболические нарушения. Факторами риска развитие ИМ без зубца Q у женщин являются приверженность к курению. Обострение хронических воспалительных заболеваний провоцирует как развитие Q-ИМ, так и ИМ без Q у женщин.

0639 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Попова М.А., Гордеев Е.О., Банникова О.Ф., Турченко И.В.
Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель работы. Изучение частоты встречаемости компонентов метаболического синдрома (МС) и клинического течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у женщин пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Обследована 101 пациентка с ХСН в возрасте от 63 до 90 лет на фоне приема комплексной терапии ХСН ингибиторами АПФ, бетаадреноблокаторами, диуретиками. Сравнительный анализ проведен в двух группах, из них 1-ю группу составили 48 пациенток с ХСН, ассоциированной с МС, 2-ю группу — 53 пациентки с ХСН без метаболических нарушений. У всех пациентов установлен диагноз ХСН по клиническим и эхокардиографическим критериям. Для определения функционального класса (ФК) ХСН использовали тест 6-минутной ходьбы. Определяли содержание глюкозы крови, общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой и высокой плотности в сыворотке крови, индекс массы тела (ИМТ), уровень артериального давления.

Результаты. В 1-й группе нормальная масса тела (МТ) отмечена в 12,5 %, избыточная МТ — в 10,4 %, ожирение I степени — в 39,5 %, ожирение II степени 25 %, ожирение III степени 12,5 %; во 2-й группе нормальная МТ — в 30,3 %, избыточная МТ — в 26,4 %, ожирение I степени 24,5 %, ожирение II степени 18,8 %. Среди женщин 1 группы с ХСН и МС, достоверно чаще встречалось ожирением I, II, и III степени. Средний показатель уровня ИМТ в 1 группе составил 32,97±0,89 кг/м^2, а в группе сравнения у женщин с ХСН без метаболических нарушений средний показатель ИМТ составил 29,1±0,83 кг/м^2. У пациенток 2-й группы нормальная МТ встречалась в 2 раза чаще, чем в 1-й группе. При сочетании ХСН с МС артериальная гипертензия (АГ) 2-й степени зарегистрирована в 6,5 %, АГ 3-й степени — в 93,4 %; при ХСН без МС: АГ 2-й степени — в 16,6 %, АГ 3-й степени — в 83,3 %. Нормальное и высокое нормальное АД, а также АГ 1-й степени не зарегистрированы в обеих группах. При сочетании ХСН и МС чаще регистрировалась высокая АГ (93,4 %), чем при ХСН без МС (83,4 %). В 1-й группе содержание общего холестерина составило 6,1±0,23 ммоль/л, триглицеридов 2,89±1,48 ммоль/л, ЛПВП 1,07±0,09 ммоль/л, ЛПНП 3,8±0,16 ммоль/л; во 2-й группе содержание общего холестерина составило 5,2±0,17 ммоль/л, триглицеридов 1,99±0,19 ммоль/л, ЛПВП 1,48±0,09 ммоль/л, ЛПНП 3,37±0,16 ммоль\л. При анализе уровня липидов крови установлено, что у пациенток 1 группы содержание уровня триглицеридов вдвое выше 2,89±1,48 ммоль/л (p<0,05), чем во 2 группе. Следует отметить, что при сочетании ХСН и МС уровень гликемии натощак составил 10,31±0,5 ммоль/л и был в 2 раза выше среднего показате-

ля при ХСН без МС — 5,41±0,11 ммоль/л (p<0,05). Функциональный класс (ФК) ХСН, ассоциированной с МС у женщин: ФК II — 16,6 %, ФК III — 58,3 %, ФК IV — 25,1 %; при ХСН без метаболических нарушений: ФК II — 52,8 %, ФК III — 37,8 %, ФК IV — 9,4 %. ХСН ФК I не зарегистрировано ни в одном случае.

Выводы. Таким образом, у женщин пожилого и старческого возраста, страдающих ХСН, ассоциированной с МС, наблюдается более тяжелое течение ХСН, чем у женщин страдающих ХСН без метаболических нарушений.

0640 СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА КАК КАТАЛИЗАТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Попова Т.Н., Василькова Т.Н., Матаев С.И., Шарапов В.М.
ГОУ ВПО "ТюмГМА" Росздрава, Тюмень, Россия; ФГУ НЦ профилактического и лечебного питания СО РАМН, Тюмень, Россия

Распространенность синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) составляет 5-7 % от всего населения старше 30 лет. При этом важным является факт того, что СОАС оказывает негативное влияние на течение ИБС и артериальной гипертонии (АГ).

Цель исследования. Изучить особенности течения сердечно-сосудистой системы при наличии СОАС в рамках метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. Обследовано 98 мужчин, средний возраст 49,7±1,3 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа — 54 человека с МС без признаков СОАС, 2 группа — 44 человека с наличием СОАС в рамках МС. Проведено комплексное клинико-инструментальное и антропометрическое (определение ИМТ) обследование. СОАС устанавливали клинически. Наличие и степень АГ диагностировали согласно классификации ВНОК (2004г). Данные обработаны статистически ("SPSS", версия 12,0) и выражены как M±m. Степень достоверности различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Степень взаимосвязей параметров оценивали по критерию корреляционных связей Пирсона.

Результаты. При обследовании у пациентов обеих групп зарегистрировано наличие ожирения обменно-алиментарного генеза I-III степени, при этом установлена положительная связь между степенью ожирения и наличием СОАС (кк= 0,785, p<0,01). Так, в группе с наличием СОАС преобладали более тяжелые степени ожирения — II и III, составившие 33 % и 40 % соответственно против 27 % и 9 % у больных МС без СОАС. Важен тот факт, что при наличии СОАС значительно чаще регистрировались высокие цифры АД: АГ III степени во 2-й группе выявлена у 39 % против17 %, (p<0,01) в 1-й группе, II степени — у 42 % и 48 %, I степени — у 19 % и 65 %, (p<0,01) больных соответственно. При анализе распространенности ИБС, ее наличие верифицировано у 23 % больных 1-й группы и 31,7 %, (p<0,05) — 2-ой. Несомненный вклад в развитие данной патологии вносит присоединение гипоксии дыхательного характера, что отражают показатели сатурации крови, значения которых достоверно снижены у больных МС с наличием СОАС — 93,5±1,4 % в сравнении с показателями, соответствующими нормативным — 97,0±0,7 %, (p<0,05) у больных с МС без СОАС. Вследствие развития гипоксии, увеличения распространенности тяжелого течения АГ и ИБС, при наличии СОАС зафиксирован рост частоты встречаемости развития инфаркта миокарда различной локализации. Так, соответственно 1-й и 2-й группам наличие данной патологии установлено у 8,3 % и 23,1 %, (p<0,001). Следует отметить тот факт, что при наличии СОАС не зарегистрировано достоверного роста числа случаев нарушения ритма — 3,6 % и 4,1 % соответственно 1-й и 2-й группам.

Заключение. Наличие синдрома обструктивного апноэ сна в рамках метаболического синдрома усугубляет течение артериальной гипертонии, ИБС в виде нарастанию частоты встречаемости тяжелых степеней данных заболеваний, а также увеличения распространенности инфаркта миокарда у данной категории больных в сравнении с больными метаболическим синдромом без СОАС.

0641 ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Поповкина О.Е., Каплан М.А., Цыб А.Ф.
Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Цель. Цель исследования — оценка влияния УНКП на клинико-функциональный статус больных ИБС, стабильной стенокардией II-III функционального класса (ФК), с ХСН I-III ФК и АГ, рефрактерной к медикаментозной терапии.

Материалы и методы. 32 больным ИБС (13 женщин и 19 мужчин, средний возраст 65,5±7,9 года) проводили курс УНКП, включавший 35 одночасовых процедур 5 раз в неделю в течение 7 недель. У пациентов были явления ХСН: I-IIФК (NYHA) — у 25, IIIФК — у 3; при этом АГ2 степени отмечалась у 27 пациентов, 3 степени — у 5. Учитывались противопоказания к проведению НКП. Лечение проводилось на аппарате GHMedical SECP2 (Китай).

До и после курса НКП больным проводили общеклиническое обследование, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографическое исследование, перфузионную сцинтиграфию миокарда с 99mTc-МИБИ, тредмил-тест, холтеровское мониторирование ЭКГ и АД, УЗДГ сосудов головного мозга. Из-за тяжести состояния больным с ХСН III ФК и АГ 3 степени нагрузочную пробу не проводили.

Результаты. Все больные прошли полный курс НКП. После лечения 94 % больных отметили субъективное улучшение самочувствия. В 2 раза уменьшилось количество приступов стенокардии и потребность в дополнительном приеме нитратов. Повысилась толерантность к физической нагрузке по данным тредмил-теста. При этом прирост АД у 79 % исследуемых был адекватен нагрузке (исходно — у 14 %). Имелась положительная динамика показателей ЭХОКГ, улучшилась сократительная функция миокарда. Уменьшилась площадь и глубина гипоперфузируемых участков по данным сцинтиграфии миокарда.

По данным суточного мониторирования ЭКГ после курса УНКП отмечено снижение средней ЧСС, а у 4 пациентов выявлен антиаритмический эффект. Снизилось систолическое и диастолическое АД в ночные и дневные часы, потребовавшее уменьшения количества гипотензивных средств.

При проведении УЗДГ МАГ отмечено увеличение кровотока в вертебро-базилярном и каротидном бассейнах, улучшение венозного оттока из полости черепа, уменьшение признаков гипертонуса и улучшение механизмов ауторегуляции.

В ходе лечения не отмечено серьезных побочных эффектов. По результатам контрольного обследования через 1 год после курса НКП у большинства пациентов сохранялись ранее достигнутые клинико-гемодинамические эффекты и функциональный статус.

Выводы. Применения УНКП показало достаточно высокую эффективности метода в лечении больных ХСН ишемического генеза и АГ, устойчивой к медикаментозной терапии. Это выражалось в улучшении гемодинамических показателей, увеличении толерантности к физическим нагрузкам, уменьшении количества принимаемых нитратов и гипотензивных средств.

0642 ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ИНФРАКРАСНОГОЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ (НИЛИ) В КОМБИНАЦИИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АУТОЛОГИЧНЫХ КАРДИОМИОБЛАСТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХСН)

Поповкина О.Е., Каплан М.А., Конопляников А.Г.
Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Цель. Цель работы — разработка комплексного метода лечения ХСН с использованием НИЛИ и клеточной терапии аутологичными кардиомиобластами.

Материалы и методы. Лечение проведено 59 пациентам с диагнозом ИБС. ХСН II-IV ФК (NYHA), у 10 пациентов в анамнезе аортокоронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий. НИЛИ проводилась на область сердца и сосудистого пучка на аппарате "Улан БЛ-20" с длиной волны 0,89 мкм частотой импульсного излучения 80-150 Гц, 10 сеансов. Культуру кардиомиобластов получали из пунктата аутологичного костного мозга по разработанной в МРНЦ РАМН методике. Трансплантацию культуры клеток проводили путем внутривенной инфузии однократно. Для оценки состояния кровоснабжения и функциональной активности миокарда использовались: ЭКГ в покое, тредмил тест, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, перфузионная сцинтиграфия миокарда с Tc 99m MIBI. У пациентов, перенесших шунтирование, стентирование, оценивалась дисфункция иммунной системы исходно и через месяц после проведения лечения.

Результаты. По данным ЭхоКГ отмечено значимое увеличение ФВ левого желудочка, уменьшение конечных систолических размеров и конечных диастолических объемов. По результатам перфузионной сцинтиграфии миокарда уменьшилась площадь дефектов перфузии, улучшилась сократительная функция миокарда. При проведении ЭКГ, тредмил теста, холтеровского мониторирования ЭКГ – увеличилась толерантность к физическим нагрузкам, уменьшились признаки ишемии миокарда и нарушения ритма. При исследовании иммуностатуса отмечено повышение общего уровня Т-лимфоцитов с супрессорной активностью при отсутствии снижения уровня лейкоцитов, увеличение активности макрофагального звена, нормализовалось соотношение CD4/CD8.

Выводы. Результаты комплексного лечения больных ХСН показали повышение эффективности терапии по сравнению с раздельным применением этих методик, отсутствие осложнений, нормализующий эффект и активирование иммунорегуляторных механизмов, длительную компенсацию ХСН до 2-х лет.

0643 ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Попонина Т.М., Попонина Ю.С.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, У НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности назначения Тенотена у больных с ишемической болезнью сердца с тревожно-депрессивными расстройствами.

Методы: в открытое, сравнительное, проспективное исследование включены 40 больных с ишемической болезнью сердца стенокардией напряжения II и III функционального класса с наличием симптомов психической дезадаптации с тревожными расстройствами невротического уровня. Средний возраст больных составил 46,4±1,7 лет. На фоне общепринятой терапии ишемической болезни сердца пациентам I группы (n=20) был назначен Тенотен — препарат, содержащий сверхмалые дозы антител к мозгоспецифическому белку S-100 (6 табл/сут), пациентам II группы (n=20) — плацебо. Оценка эффективности лечения больных осуществлялась исходно и через 1 мес. по динамике клинического состояния, толерантности к физической нагрузке, качества жизни.

Результаты. Через 1 мес. в обеих группах функциональный класс ишемической болезни сердца и толерантность к физической нагрузке не изменились. В группе Тенотена уменьшилась значимо частота и/или продолжительность эпизодов депрессии сегмента ST по данным суточного мониторирования ЭКГ как по сравнению с исходом, так и по сравнению с группой сравнения. Динамика показателей шкалы оценки клинического состояния (по В.Ю.Мареева) отражала статистически значимое улучшение клинического состояния только в группе Тенотена, тогда как в группе сравнения этот показатель статистически значимо не изменился. Сумма баллов Миннесотского опросника у пациентов группы плацебо оставалась практически на том же уровне до конца исследования, а в группе Тенотена статистически значимо уменьшалась по сравнению с исходом. Существенные отличия между группами выявлены по результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Если исходная сумма баллов составляла 15,6±1,2 в группе лечения Тенотеном, то в последующем она статистически значимо уменьшилась до 10,2±1,1. В группе плацебо этот показатель статистически значимо не изменился. Следует отметить отличную переносимость препарата: ни у одного из пациентов, принимавшего Тенотен, не было выявлено побочного эффекта (поведенческой токсичности).

Выводы. 1. Добавление Тенотена к стандартной терапии ишемической болезни сердца приводит к улучшению клинического состояния (по шкале оценки клинического состояния — ШОКС, Мареев В.Ю.), психологического статуса и улучшению оценки качества жизни.

2. Тенотен оказывает значимое анксиолитическое действие у больных ИБС; повышает эффективность стандартной антиангинальной терапии у больных ИБС, что проявляется уменьшением частоты и/или продолжительности эпизодов депрессии сегмента ST по данным суточного мониторирования ЭКГ.

3. Тенотен безопасен, не вызывает нежелательные реакции.

0644 СРАВНЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗИЛТА И ОРИГИНАЛЬНОГО КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Попонина Т.М., Попонина Ю.С., Капилевич Н.А.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, У НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: сравнить терапевтическую эффективность Зилта и оригинального клопидогрела у больных с нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q.

Методы: в рандомизированное, открытое, сравнительное исследование включены 160 больных с НС IIIB класса и ИМ без зубца Q. Больные обеих групп получали нефракционированный гепарин (в/в инфузия) и были рандомизированы на две лечебные группы методом случайной выборки: больные 1-ой группы получали дополнительно к кардиомагнилу оригинальный клопидогрел производства компании Sanofi Aventis, больные 2-ой группы — Зилт (клопидогрел производства компании KRKA, Словения). Анализировали частоту серьезных коронарных осложнений в течение 150 дней наблюдения, а также состояние тромбоцитарного гемостаза.

Результаты. К 150-м суткам от рандомизации по разным причинам из исследования выбыло 4 пациента, все пациенты были из 1-ой группы. В дальнейшем наблюдалось 156 человек, что составило 97,5 % от исходного числа пациентов, что говорит о том, что выборка была репрезентативной. В 1-й группе к 150-м суткам зарегистрированы 2 случая летального исхода (2 %) от повторных ИМ, во 2-й группе не было смертей. Частота возникновения ИМ с зубцом Q составила 6,25 % в 1-й группе, 8,3 % во 2-й группе. Данные различия были статистически незначимы. Возникновение рецидивов стенокардии в 1-й группе отмечено у 22 пациентов (22,9 %), у 12 человек (20 %) во 2-й группе. Частота операций реваскуляризации составила: 8 (8,3 %) в 1-й группе, 6 (10 %) во 2-й группе, различия оказались недостоверны. Частота комбинированного критерия оценки к 150-м суткам составила 39,9 % в 1-й группе, что статистически значимо не отличалось от частоты комбинированного критерия во 2-й группе — 38,3 %. Таким образом, не найдено статистически значимых различий

как по терапевтической эффективности (влиянию на твердые конечные точки), так и по действию на функцию тромбоцитов между клопидогрелом оригинальным и первым его дженериком — Зилтом.

Выводы. 1. За время наблюдения не выявлено статистически значимых различий по частоте развития неблагоприятных коронарных событий на 8, 15, 30, 150-е сутки после рандомизации, что свидетельствует о терапевтической эквивалентности Зилта и оригинального клопидогрела.

2. Не найдено статистически значимых различий по действию на функцию тромбоцитов между оригинальным клопидогрелом и его первым генериком Зилтом.

3. Высокая эффективность и безопасность, а также доступная стоимость Зилта, несомненно, обеспечат лучшую приверженность к лечению у большего количества пациентов, перенесших острый коронарный синдром, а также операции реваскуляризации.

0645 ХАРАКТЕРИСТИКА НАСЕЛЕНИЯ, ПРИКРЕПЛЕННОГО К ПОЛИКЛИНИКАМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Попонина Т.М., Комарова М.Г., Волкова Т.Г.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск, Россия; Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия; ФГУ НИИ патологии кровообращения им. Мешалкина, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить потребность в проведении профилактических мероприятий среди населения, прикрепленного к поликлиникам г.Томска и Томской области.

Материал и методы. В рамках мониторинга было проведено скринирующее обследование пациентов амбулаторного звена г.Томска и Томской области. Проведено обследование 1631 человека (из них 588 мужчин и 1043 женщины) в возрасте от 15 до 75 лет. Нами изучены распространенность основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также взаимосвязи между ними.

Результаты. Уровень общего холестерина был определен у 791 человека. У 43,6 % мужчин и 39,7 % женщин уровень общего холестерина был менее 5 ммоль/л. Гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина >5 ммоль/л) выявлена нами у 8,4 % мужчин и 10,7 % женщин (p=0,423). Среди всех обследованных курили на момент скрининга 56,6 % мужчин и 11,1 % женщин, отказались от курения 18,7 % мужчин и 3,7 % женщин (p=0,001). В среднем количество выкуриваемых сигарет в день составило 15,9±6,3 среди мужчин и 9,8±5,5 среди женщин (p=0,001).

Избыточная масса тела зарегистрирована у 43,2 % мужчин и у 35,4 % женщин. Ожирением различных степеней страдали 18,9 % мужчин и 36,8 % женщин (p=0,001).

Были информированы о наличии артериальной гипертонии 73 % мужчин и 81,2 % женщин (p=0,001). Нормальные значения систолического артериального давления в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертензии отмечены нами у 40,6 % лиц мужского и 39,7 % женского пола. Высокое нормальное давление выявлено в 17,6 % случаев у мужчин и 13 % случаев у женщин (p=0,027). Артериальная гипертензия различных степеней зарегистрирована в 35,1 % случаях у мужчин и 42 % случаев у женщин (p=0,04).

Нами выявлена достоверная связь между частотой избыточной массы тела и повышением систолического артериального давления ≥140 мм рт.ст. (86,9 %, p=0,001), наличием гиперхолестеринемии (общий холестерин >5 ммоль/л) и повышением систолического артериального давления ≥140 мм рт.ст. (60,3 %, p=0,001), частотой курения и средним уровнем образования (65,1 %, p=0,001), избыточной массой тела и ожирением различных степеней и гиперхолестеринемией (83,1 %, p=0,001).

Выводы: Значительная распространенность поведенческих факторов риска среди прикрепленного к поликлиникам населения свидетельствует о высокой потребности пациентов в проведении профилактических мероприятий на уровне поликлинического звена здравоохранения и недостаточной обеспеченности ими населения.

0646 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ

Попылькова О.В., Искендеров Б.Г., Карханбарьян И.П., Богданова С.Р.
МУЗ городская клиническая больница скорой медицинской помощи, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель работы: определить прогностическое значение коморбидных тревожно-депрессивных расстройств при хронической сердечной недостаточности (ХСН) и эффективность терапии циталопрамом.

Материал и методы. Обследованы 35 больные (19 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 27 до 70 лет (56,4±2,3 года), страдающих ХСН II-III функционального класса (ФК) и тревожно-депрессивными расстройствами. Из 35 больных у 24 (68,6 %) диагностировался II ФК и у 11 (31,4 %) — III ФК ХСН. Длительность ХСН составила от 12 до 84 месяцев (56±4 мес.). Этиологическими факторами являлись: у 21 больного ИБС, у 6 миокардит, у 4 дилатационная кардиомиопатия и у 4 пороки сердца. До и после лечения проводили эхокардиографию (ЭхоКГ), пробу с 6-ти минутной ходьбой, психологическое тестирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Больных разделили на 2 сопоставимые группы. В 1-й группе 10 больным назначали терапию по школе ХСН и во 2-й группе 25 больным дополнительно назначали циталопрам в стартовой дозе 20 мг/сут и при необходимости (если снижение уровня тревоги и/или депрессии меньше 25 % от исходного уровня) увеличили дозу до 40 мг/сут. Длительность лечения составила 6 месяцев.

Результаты исследования. В 1-й группе частота тревожно-депрессивных расстройств составила 70 % и во 2-й группе — 72 %. В 1-й группе в исходном состоянии у больных со II ФК суммарный балл тревоги составил 11,5±0,3 и по шкале депрессии — 12,1±0,4 и у больных с III ФК — 13,4±0,4 и 14,7±0,5 соответственно. В 1-й группе, на фоне лечения ХСН выраженность аффективных расстройств изменилась незначительно и по шкале HADS составила: тревога — 10,9±0,4 и депрессия — 12,8±0,5. Во 2-й группе суммарный балл тревоги снизился от 13,8±0,4 до 10,4±0,3 (p<0,001) и депрессии — от 14,7±0,5 до 10,5±0,4 (p<0,001). Под влиянием лечения в 1-й группе дистанция при 6-ти минутной ходьбе увеличилась в среднем на 14,3 % (p<0,05), во 2-й группе — на 17,5 % (p<0,01). Также увеличилась фракция выброса (ФВ): в 1-й группе на 12,5 % (p<0,05) и составила 49,5±1,8 % и во 2-й группе — 14,6 и 52,1 % соответственно (p<0,01). Во 2-й группе показатели ЭхоКГ по сравнению с 1-й группой имели выраженную динамику. Во 2-й группе у больных со II ФК суммарный балл тревоги уменьшился в среднем на 23,6 % и депрессии — на 26,2 %, у больных с III ФК — 32,7 и 42,5 % соответственно. Кроме того, у больных 2-й группы за 6 месяцев наблюдения декомпенсации ХСН и госпитализации не было, а в 1-й группе частота госпитализации составила 1,3±0,2.

Заключение. Выявлена корреляция выраженности тревожно-депрессивных расстройств и функционального класса ХСН. Установлено, что психокорригирующая терапия аффективных расстройств положительно влияет на течение ХСН и обеспечивает кумулятивный терапевтический эффект.

0647 ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА

Попылькова О.В., Искендеров Б.Г., Казанцев А.В.
МУЗ городская клиническая больница скорой медицинской помощи, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель работы: изучить факторы, влияющие на частоту и тяжесть депрессии у больных с искусственным водителем ритма (ИВР), страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовали 57 больных (27 мужчин и 30 женщин) с ИВР и признаками ХСН. Возраст больных составил от 37 до 75 лет (63±4 года). В 56,1 % случаев имплантировался ИВР в режиме VVI, в 37,1 % случаев — AAI и в 7,0 % случаев — DDD. В 9,3 % случаев использовались частотно-адаптивные ИВР. Продолжительность электрокардиостимуляции (ЭКС) составила от 3 до 12 лет (7,6±1,2 года). Выраженность депрессии оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Показатель 7 баллов и ниже считали нормой, 8-10 баллов — субклинической депрессией, 11 баллов и выше — клинически выраженной депрессией.

Результаты. Субклиническая депрессия диагностировалась у 40,4 % больных и клинически выраженная депрессия — у 33,3 %. По мере прогрессирования ХСН усугубляется депрессия. Так, при I ФК ХСН средний балл депрессии составил 7,9±0,5, при II ФК — 8,5±0,7 и при III-IV ФК — 12,1±0,8. Также выявлено достоверное различие тяжести депрессии между группами больных в возрасте до 50 лет и старше 70 лет: 8,8±0,6 и 11,5±1,0 соответственно ($p<0,01$). Выявлено, что у больных с физиологическими и частотно-адаптивными режимами ЭКС (DDD, VVIR, AAIR) частота и выраженность клинически выраженной депрессии ниже, чем в группе больных с однокамерной и фиксированной ЭКС (VOO, AOO). Это, вероятно, объясняется выраженной гемодинамической эффективностью физиологических режимов ЭКС, а также тем, что данные режимы ЭКС используются в основном у молодых пациентов, имеющих относительно высокую толерантность к физическим нагрузкам. Кроме того, показано, что при физиологических и частотно-адаптивных режимах ЭКС декомпенсация ХСН наступает не раньше чем через 1-3 года, а при фиксированной и однокамерной ЭКС — через 2-4 месяца. Также установлено, что в случаях развития неэффективности ЭКС, которая нередко приводит к декомпенсации ХСН, по сравнению с нормальной работой ИВР уровень депрессии достоверно выше: 13,5±0,6 и 9,1±0,7 соответственно. Важно отметить, что устранение нарушений ЭКС и оптимизация режима ИВР путем программируемого подбора оптимальных электрических параметров обладает самостоятельной психокорригирующей эффективностью.

Заключение. Показано, что у больных с ИВР развитие депрессивных расстройств носит мультифакторный характер. Поэтому, рациональная коррекция депрессии у больных с ИВР требует комплексных мероприятий, включая адекватную коррекцию ХСН, психотерапию и оптимизацию работы ИВР.

0648 РОЛЬ СЕМЬИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Поселюгина О.Б.
ГОУ ВПО Тверская ГМА, кафедра госпитальной терапии, Тверь, Россия

Цель. Выяснить роль семьи в возникновении у больных эссенциальной артериальной гипертонии (АГ).

Методы. Обследовано 630 больных (мужчин — 283; женщин — 347, средний возраст 48 лет) АГ. У 230 диагностирована неосложненная эссенциальная АГ, у 210 имелся постинфарктный кардиосклероз без клинических признаков сердечной недостаточности и у 190 — сахарный диабет 2 типа без проявлений диабетической нефропатии. У них тщательно собирался анамнез с особым вниманием к сведениям об АГ у близких родственников (АГ, инсульт или инфаркт миокарда), определялся порог вкусовой чувствительности к ПС (ПВЧПС), экскреция натрия с мочой. Все больные в зависимости от ПВЧПС были разделены на лиц с низким ПВЧПС — 1-я группа, со средним — 2-я группа и с высоким ПВЧПС — 3-я группа.

Контрольная группа — 350 практически здоровых лиц.

Результаты. Установлено, что у лиц контрольной группы в среднем ПВЧПС составил 0,2±0,03 % раствора хлорида натрия. У больных АГ он был существенно выше и составил 0,35±0,02 % ($p<0,01$). При этом у здоровых лиц наиболее часто встретились средний и низкий в 77,5 % и реже высокий (в 22,5 %, $p<0,01$) ПВЧПС. Напротив, у половины больных АГ, независимо от сопутствующей патологии, выявлялся высокий (52 %), а другой половины средний и низкий (48 %, $p>0,05$) ПВЧПС.

Клинические особенности АГ не имели различий как у больных с неосложненной, так и осложненной эссенциальной АГ. Не досаливали после пробы 33 % пациентов 1-ой группы и 5 % — 2-й, ($p<0,05$); досаливали после пробы соответственно — 67 % и 80 %, ($p>0,05$); среди больных 1-ой группы не было лиц, досаливающих пищу всегда, среди 3-ей — 15 %. Здоровые лица потребляют 6-9 г ПС в сутки, а больные АГ с низким ПВЧПС — 15,0г и с высоким — 17,5г ПС. Выявлена положительная связь между ПВЧПС и суточной экскрецией натрия ($r = 0,4$; $p<0,01$). У больных АГ в возрасте 20-29 лет ПВЧПС составил 0,15±0,07($p<0,01$), а в возрасте 60-64 года он был в 4 раза выше (0,63±0,09 %; $p<0,01$).

Отягощенная наследственность в 4 раза встретилась чаще в группе больных имеющих высокий ПВЧПС, по сравнению с низким.

Выводы. Больные АГ потребляют ПС в 2 раза больше, чем здоровые лица, что связано как с устоявшейся пищевой привычкой, так и со снижением вкусовой чувствительности языка к этой пищевой добавке. Отягощенная наследственность по АГ 4 раза чаще встречается в семьях больных с высоким ПВЧПС и повышенным потреблением ПС. Можно полагать, что высокий ПВЧПС и привычка досаливать пищу формируется у больного в семье, где традиционно потребляют много ПС и высока частота развития АГ. Следовательно, наряду с генетической предрасположенностью к АГ в формировании заболевания в будущем играет семья и воспитание с детских лет потреблять соленую пищу. Можно полагать, что внимание к семьям, где привычно потребляют повышенное количество ПС, является одним из путей борьбы с АГ.

0649 ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТРАЦИКЛИНОВЫМИ АНТИБИОТИКАМИ

Потешкина Н.Г., Правдивцева Е.В., Сванадзе А. М.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Кафедра общей терапии ФУВ, Москва, Россия

Цель: оценить влияние Периндоприла на показатели гемодинамики у больных лимфопролиферативными заболеваниями на фоне терапии антрациклиновыми антибиотиками.

Методы исследования: обследовано 19 пациентов, средний возраст 57,74±13,68 лет, из них 9 мужчин. На основании морфологических и иммуногистиохимических данных всем пациентам верифицирован диагноз лимфопролиферативного заболевания (неходжкинские лимфомы, лимфогранулематоз). Все пациенты получали курс полихимиотерапии с антрациклиновыми антибиотиками (средняя курсовая доза доксорубицина 33,7±17,18 мг/м^2) и обследованы до начала и в первые сутки после завершения курса полихимиотерапии. Исходно пациенты разделены на 2 группы. I группа (n=11,57,89 %) — больные, получавшие только курс полихимиотерапии. II группа (n=8,42,11 %) — пациенты, которым в течение всего курса полихимиотерапии антрациклиновыми антибиотиками добавлены Периндоприла третбутиламиновая соль в дозе 8 мг/сут. или Периндоприла аргинин в дозе 10 мг/сут. Пациенты, госпитализированные в четные дни недели, были отнесены к I группе, в нечетные — ко II группе наблюдения. Группы сопоставимы по полу и возрасту (pI-II = 0,97), средней кумулятивной дозе антрациклиновых антибиотиков (pI-

II=0,8). Эхокардиографическое исследование проводилось неинформированным исследователем. Показатели гемодинамики оценивались также при помощи КАП ЦГосм-"Глобус".

Результаты: при сравнении в динамике ударного объема (pI-Iлечение=0,88, pII-IIлечение=0,83), минутного объема сердца (pI-Iлечение=0,72, pII-IIлечение=0,26), сердечного индекса (pI-Iлечение=0,66, pII-IIлечение=0,26) достоверных различий не получено. Во II группе в динамике отмечалось снижение общего периферического сосудистого сопротивления (pII-IIлечение=0,028). В I группе этот показатель достоверно не изменялся (pI-Iлечение=0,72). Также во II группе достоверно снизилась скорость пульсовой волны (pII-IIлечение=0,028). В I группе в динамике достоверных различий по этому показателю не отмечалось (pI-Iлечение=0,37).

Выводы: в первые сутки после завершения курса химиотерапии с антрациклиновыми антибиотиками (средняя курсовая доза доксорубицина 33,7±17,18 мг/м^2) у пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями не отмечается изменений таких показателей гемодинамики, как ударный объем, минутный объем сердца и сердечный индекс. При добавлении к терапии Периндоприла в дозе 8мг/10мг в сутки отмечается достоверное снижение общего периферического сосудистого сопротивления и скорости пульсовой волны.

0650 ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Провоторов В.М., Глуховский М.Л.
ГОУ ВПО "Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко", Воронеж, Россия

Цель. Изучение клинических и электрофизиологических характеристик мерцания предсердий (МП) у лиц, страдающих метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. Холтеровское мониторирование ЭКГ и чреспищеводные электрофизиологические исследования выполняли у 427 пациентов, соответствовавших критериям МС ВНОК 2007 и у 349 метаболически интактных людей. Все включаемые лица были старше 15 лет и обращались на прием кардиолога/терапевта поликлиники по поводу каких-либо проблем со здоровьем. В исследование не включали пациентов, имевших ишемическую болезнь сердца, сахарный диабет, пороки сердца, хроническую сердечную недостаточность ФК III — IV, ФВ ЛЖ ниже 40 %, ИММЛЖ более 150 г/м^2, ИМТ более 40 кг/м^2, тяжелые болезни внутренних органов.

Результаты. Распространенность МП в амбулаторной терапевтической службе составила 9,6 % против 5,4 %, p=0,04. Чувствительность общепринятой ЭКГ в диагностике МП лежала на уровне 41,4 % в первой группе и 71,7 % во второй. У пациентов с пароксизмальной формой МП Выявлены существенные межгрупповые отличия по количеству приступов за сутки (1,7±0,2 против 4,6±2,4, p=0,01), продолжительности наибольшего приступа (1233±131 мин против 727±355 мин, p=0,04), общему времени МП за сутки (1279±166 мин против 735±288 мин, p=0,02), максимальной ЧСС (186,3±15,0 уд/мин против 165,8±17,3 уд/мин, p=0,04), продолжительности преавтоматической паузы (2464±317 мс против 1996±248 мс, p=0,04). Эффективность купирующего действия внутривенного введения амиодарона составила 13,3 % против 50,0 % (p=0,04), пропафенона — 16,0 % против 66,7 % (p=0,04). При пероральном приеме в течение 11-25 месяцев антиаритмический эффект сохранялся у 25,0 % пациентов подгруппы амиодарона (1) и у 33,3 % лиц, принимавших пропафенон (2). Использование росиглитазона или фенофибрата вместо антиаритмического препарата (3) позволило добиться антиаритмического эффекта у 41,7 % больных. Постоянное МП сформировалось в 1, 2 и 3 подгруппах у 25,0 %, 11,1 % и 14,3 % соответственно.

Выводы. Пароксизмальную фибрилляцию предсердий на фоне МС можно характеризовать как склонную к устойчивости и переходу в постоянную форму, малочувствительную к антиаритмической терапии. Назначение антиаритмических препаратов при данном расстройстве ритма должно быть осторожным из-за возможности брадиаритмии. При этом использование PPARγ и/или PPARα-агонистов в лечении МП может быть, по крайней мере, столь же эффективным, что и стандартная антиаритмическая терапия.

0651 ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ СЫВОРОТОЧНЫХ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Прокопенко Н.А., Панова Т.Н., Ибрагимова Д.М., Гостюнина И.Ю.
ГОУ ВПО "Астраханская государственная медицинская академия", Астрахань, Россия

До сих пор точно не установлено значение дисбаланса макро- и микроэлементов (МЭ) в патогенезе инфаркта миокарда (ИМ), хотя роль некоторых из них изучена достаточно подробно.

Цель исследования: изучить изменение в динамике магния (Mg2+), кальция (Ca2+), меди (Cu2+) и цинка (Zn2+) в сыворотке крови больных острыми формами ишемической болезни сердца (ИБС).

Под наблюдением находилось 133 мужчин больных ИБС, в возрасте 45 — 64 лет (средний возраст 51,7±2,1 года). У 101 больных был диагностирован инфаркт миокарда (у 33-х — не Q-ИМ, у 68-ми — Q-ИМ), у 32 — нестабильная стенокардия. При диагностике ИМ придерживались клинико-функциональных критериев, рекомендованных Американской Ассоциацией сердца (1999). Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение (аспирин, гепарин, β-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ). Забор крови проводили у больных при поступлении в стационар в первые сутки заболевания (не позднее 6 часов от возникновения ангинозного приступа) и на 18-й день заболевания (после стабилизации зоны некроза при ИМ или трансформации нестабильной стенокардии в стабильную форму). Измерение концентрации МЭ (Mg^{2+}, Ca^{2+}, Cu^{2+} и Zn^{2+}) производилось на атомно-абсорбционном спектрофотометре "Shimadzu AA — 6601F" (Япония) в режиме непрерывного измерения в высокотемпературном воздушно-ацетиленовом пламени. В качестве контроля исследовалась кровь от 32 доноров мужского пола в возрасте 45-64 лет (55,63±0,99 года), полученная из лаборатории областной станции переливания крови.

Результаты: при поступлении выявлено достоверное снижение уровней Mg^{2+}, Ca^{2+}, Zn^{2+} и повышение — Cu^{2+} при ИМ и нестабильной стенокардии по сравнению с контролем. Через 18 дней повысились уровни Mg^{2+}, Ca^{2+} и Zn^{2+}, оставаясь достоверно ниже контроля, а Cu^{2+}- уменьшились, оставаясь достоверно выше контроля. У больных с резким дисбалансом МЭ сыворотки крови наблюдалось большее количество нарушения сердечной деятельности в виде единичных и групповых политопных желудочковых экстрасистол, пароксизмальных нарушений ритма. Выявлена обратная корреляционная зависимость между длительностью и дисперсией интервала QT и концентрациями сывороточного магния, кальция и цинка у больных Q-ИМ, которая сохраняется к 18-му дню заболевания. Между длительностью и дисперсией интервала QT и концентрацией сывороточной меди у больных Q-ИМ выявлена прямая корреляционная зависимость, сохраняющаяся к 18-му заболевания.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о снижении сывороточных концентраций Mg^{2+}, Ca^{2+}, Zn^{2+} и повышении — Cu^{2+} у больных с острыми формами ИБС. Дисбаланс данных МЭ в большинстве случаев сопровождается нарушениями сердечной деятельности в виде единичных и групповых политопных желудочковых экстрасистол, пароксизмальных нарушений ритма. То есть, выраженные в различной степени изменения сывороточных концентраций Mg^{2+}, Ca^{2+}, Cu^{2+}, Zn^{2+} в динамике течения острых форм ИБС свидетельствуют об их участии в патогенезе данного заболевания, но характер этого участия требует дальнейшего изучения.

0652 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Протасов К.В., Дзизинский А.А.
ГОУ ДПО "ИГИУВ Росздрава", Иркутск, Россия

Цель: изучить вариабельность ритма сердца (ВРС) у больных АГ пожилого и старческого возраста с почечной дисфункцией.

Методы. Обследованы 276 больных АГ старше 60 лет (в среднем 73,0±7,3 года), из них мужчин — 108, женщин — 168. Определяли креатинин сыворотки крови, отношение альбумин/креатинин утренней порции мочи, клиренс креатинина (ККр) по Cockroft-Gault. Проводили суточное мониторирование ЭКГ. Рассчитывали временные и спектральные параметры ВРС за 24 часа: SDNN, SDANN, циркадный индекс частоты сердечных сокращений, мощность высоко- (HF) и низкочастотного (LF) спектров, а также их отношение (LF/HF) как критерий симпато-вагального баланса. Сравнивали параметры ВРС у больных с нормо- и микроальбуминурией (отношение альбумин/креатинин мочи >=2,5 мг/ммоль у мужчин или >=3,5 мг/ммоль у женщин), а также с клиренсом креатинина >= и < 60 мл/мин/1,73 м^2. Учитывая характер распределения данных, отличный от нормального, средние значения представляли в виде медианы и интерквартильного интервала. Для оценки достоверности различий средних использовали критерий U Манна-Уитни.

Результаты. Микроальбуминурия выявлена у 52 (18,8 %), ККр<60 мл/мин/1,73 м^2 — у 170 (61,6 %) обследованных. В целом по группе медиана SDNN составила 142,0 (119-169) мс, SDANN — 136,0 (110-161) мс, циркадный индекс — 1,2 (0,9-1,1), LF — 389,0 (235-670) мс^2, HF — 270,0 (123-468) мс^2, LF/HF — 1,6 (1,1-2,0). При наличии микроальбуминурии, по сравнению с нормоальбуминурией, параметры ВРС достоверно не отличались. В подгруппе больных с ККр<60 мл/мин/1,73 м^2, по сравнению с пациентами с ККр>=60 мл/мин/1,73 м^2, выявлены достоверно более низкие уровни SDNN (137,0 (116-163) и 153,5 (127-178) мс, соответственно, p=0,003), SDANN (129,0 (104-154) и 143,5 (120-172) мс, p=0,003), циркадного индекса (1,17 (1,1-1,2) и 1,22 (1,1-1,3), p=0,0001) и LF (349,0 (197-615) и 441,0 (300-675), p=0,02). Средние значения HF (224 (99-471) и 305 (161-421) мс^2) и LF/HF (1,6 (1,0-2,2) и 1,8 (1,1-2,4)) не различались (p>0,05).

Выводы. У больных АГ с почечной дисфункцией по клиренсу креатинина снижена вариабельность ритма сердца, мощность низкочастотного спектра и степень ночного снижения частоты сердечных сокращений, что свидетельствует об истощении адаптивных резервов ритма сердца. Это может явиться одной их причин высокого сердечно-сосудистого риска при хронической болезни почек.

0653 РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Пурыгина М.А., Парфененкова И.В., Абраменкова Н.Ю., Кохонова О.П.
ГОУ ВПО СГМА Росздрава, Смоленск, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) играет ведущую роль в развитии ишемической болезни сердца (ИБС), но механизмы формирования изучены недостаточно.

Целью исследования было уточнение роли АГ в развитии ИБС.

Материалы и методы исследования: обследовано 130 больных АГ без клинических признаков ИБС (возраст 56±9,8 лет), 154 больных ИБС (возраст 58,2±11,5 лет), у 117 из них была АГ, контрольную группу составили 98 человек (57,3±8,7 лет). Пациентам проводилась объемная сфигмография (VaSera-1000, Япония), аппланационная тонометрия (SphygmoCor, Австралия), определение толщины интима-медиа сонной артерии (Sonos-2500, США).

Результаты: у больных ИБС были существенно выше все показатели жесткости сосудов: плече-лодыжечная скорость пульсовой волны (СПВпл) — 14,7±2,3м/с* (норма 12,4±1,3 м/с), индекс жесткости CAVI — 8,7±1,5 (норма 8,1±1,1), у больных ИБС с АГ СПВпл — 15,9±2,6 м/с**, CAVI — 9,3±1,9**, у больных АГ без клинических признаков ИБС СПВпл — 15,6±2,6 м/с**, CAVI — 9,1±1,5**. Кроме того, у больных АГ без ИБС было не только увеличение толщины комплекса интима-медиа (0,87±0,042**, норма 0,65±0,029), но и у 49 % больных были обнаружены атеросклеротические бляшки. У больных ИБС было существенно повышено центральное пульсовое давление (46,2±17,3 мм рт.ст.) и его аугментация (20,3±18,5 %), приводящие к усилению повреждающего действия пульсовой волны на сосудистую стенку, что является существенным фактором развития и прогрессирования атеросклероза и ИБС.

Выводы: таким образом, повышение сосудистой жесткости при АГ приводит к нарастанию скорости распространения пульсовых волн, увеличению аугментации центрального пульсового давления, усилению повреждающего действия пульсовой волны, увеличению нагрузки на миокард.

0654 ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКИМ КЛИМАКСОМ

Пустотина З.М., Ларева Н.В., Дурова О.А.
ГОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

У женщин с хирургическим климаксом значительно возрастает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, это обусловлено атерогенными сдвигами в липидном профиле, нарушениями в системе гемостаза, развитием дисфункции эндотелия и нарушениями микроциркуляция. Важное патогенетическое значение в этом играет развитие дисбаланса в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты ("ПОЛ-антиоксиданты").

Цель работы: изучить особенности системы "ПОЛ-антиоксиданты" у женщин с хирургическим климаксом.

Материалы и методы. Обследованы 25 женщин (средний возраст 45±5,3 года) в состоянии хирургической менопаузы, имеющие клинические и лабораторные (уровень фолликулостимулирующего гормона в крови более 20 МЕ/л) признаки дефицита эстрогенов. Критериями исключения из исследования явились: ИБС, гипертоническая болезнь, эндокринологические заболевания, тяжелая сопутствующая соматическая патология. В группе контроля обследовано 15 здоровых женщин в возрасте 44±5лет с сохраненной менструальной функцией, не имеющих гинекологической и соматической патологии. В плазме крови пациенток исследовали уровни начальных и промежуточных продуктов перекисного окисления липидов по методу Волчегорского И.А. и соавт.(1989), общую антиокислительную активность по методу Промыслова В.М.(1990) в модификации Хышиктуева Б.С.(1997). Также изучали активность каталазы в сыворотке и эритроцитах и перекисную резистентность эритроцитов по описанию Г.А. Яровой (1986). Статистическая обработка проведена с помощью программы Biostat с использованием критерия Стьюдента.

Результаты. При оценке начальных продуктов ПОЛ у женщин с хирургической менопаузой было выявлено повышение содержания диеновых конъюгатов на 14 %, а кетодиенов и сопряженных триенов на 25 % в сравнении с группой контроля (p<0,05). Количество промежуточных форм ПОЛ — ТБК-активных продуктов сыворотки (субстанций, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой) было незначительно увеличено (на 7 %) в группе женщин с хирургическим климаксом. Общая антиоксидантная активность сыворотки была снижена в группе прооперированных женщин на 6,4 %, по сравнению с группой контроля (p<0,05). Также отмечалось снижение активности каталазы сыворотки на 8,8 % и каталазы эритроцитов на 14,2 % у женщин с хирургическим климаксом (p<0,05). Кроме того, перекисная резистентность эритроцитов была на 8,6 % выше в группе женщин с хирургической менопаузой, по сравнению с контрольной группой (p<0,05).

Выводы: У женщин с хирургическим климаксом выявлена активация процессов перекисного окисления липидов при одновременном снижении мощности системы антиоксидантной защиты, что может вносить свой вклад в поражение сердечно-сосудистой системы у данной категории больных.

0655 ИССЛЕДОВАНИЕ РИТМОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКИМ КЛИМАКСОМ

Пустотина З.М.
ГОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

В настоящее время в России отмечается неуклонный рост частоты хирургической менопаузы, при которой происходят наиболее неблагоприятные нарушения системы гемостаза, микроциркуляции, липидного, углеводного обменов, возрастает риск сердечно — сосудистых заболеваний.

Цель: исследовать суточный профиль артериального давления (АД) и оценить особенности нарушений микроциркуляции у женщин с хирургическим климаксом в зависимости от наличия повышенного АД.

Материалы и методы: обследованы 25 женщин (средний возраст 44±3,3 года) в состоянии хирургической постменопаузы. Группу контроля составили 15 здоровых женщин с сохраненной менструальной функцией, сопоставимые по возрасту. Суточное мониторирование АД (СМАД) осуществляли с помощью аппарата "Cardiotens-01" (фирма Meditech, Венгрия). Для оценки микроциркуляции использован метод лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Россия). Статистический анализ проведен с помощью пакета программ Biostat с применением критерия Стьюдента и критерия соответствия (хи-квадрат χ^2).

Результаты и обсуждение. При проведении СМАД у 40 % женщин с хирургическим климаксом выявлена артериальная гипертензия (АГ) 1 степени. При анализе особенностей суточного профиля АД женщины распределились следующим образом: дипперы — 52 %, нондипперы — 40 %, овердипперы — 8 %, найтпикеров не было. В группе контроля дипперов было 86 %, нондипперов -14 %. У 32 % пациенток в состоянии хирургической менопаузы выявлено повышение величины и скорости утреннего подъема АД. У женщин с хирургическим климаксом отмечалось снижение показателя микроциркуляции, максимальных амплитуд эндотелиального, пульсового диапазона колебаний, указанные изменения в большей степени были представлены у женщин с артериальной гипертензией. Выявлено возрастание как нейрогенного, так и миогенного сосудистого тонуса в 1,2 раза, при наличии АГ в 1,4 раза ($p<0,05$). При оценке исходной ЛДФ-граммы и окклюзионной пробы среди женщин с хирургическим климаксом и АГ чаще встречался застойно-стазический гемодинамический тип микроциркуляции (ГТМ) — у 50 %, спастический — у 25 %, гиперемический — у 12,5 %, нормоциркуляторный — у 12,5 %. Среди женщин без АГ отмечалось иное соотношение: у 50 % установлен нормоциркуляторный, у 33,3 % — спастический, у 16,7 % — застойно-стазический ГТМ. В группе контроля 60 % имели нормоциркуляторный ГТМ, 20 % — гиперемический, 13,3 % — спастический, 6,7 % — застойно-стазический.

Вывод. У 40 % женщин с хирургическим климаксом была выявлена артериальная гипертензия 1 степени, при этом более часто встречались патологические суточные профили АД. Установлено, что у женщин с хирургической менопаузой, в особенности имеющих артериальную гипертензию, регистрируются значительные отклонения параметров общего состояния микроциркуляции, значительно чаще встречаются патологические ГТМ.

0656 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Пучиньян Н.Ф., Фурман Н.В.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологии, Саратов, Россия

Цель: оценить приверженность пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) рекомендованной антиагрегантной терапии ацетилсалициловой кислотой (АСК) и влияние низкой комплаентности на прогноз течения заболевания.

Материалы и методы. В исследование были включены 271 пациент (184 мужчин и 87 женщин), последовательно поступавшие в отделение неотложной кардиологии, с диагнозом ОКС. Всем пациентам при отсутствии противопоказаний назначалась антиагрегантная терапия аспирином (АСК). Частота назначения АСК составила 96 %. 11 пациентов не получали в ходе лечения АСК из-за наличия противопоказаний. Причинами неназначения АСК были: обострение язвенной болезни — 5 пациентов, кровотечение ЖКТ — 2 пациента, и тяжелая форма анемии (уровень гемоглобина менее 90мг\дл) -3 пациента. 1 пациент не получал АСК из-за наличия в анамнезе аллергической реакции.

Для оценки приверженности к лечению были проведены повторные контакты с пациентами через 6, 12 месяцев после ОКС. В ходе этих контактов анализировались изменения в получаемой терапии и по возможности выяснялись причины изменений в лечении (неэффективность лечения, развитие побочных эффектов и др.).

Результаты. Спустя 6 месяцев только 94 % пациентов продолжали прием АСК. Спустя 12 месяцев 12,2 % пациента осуществляли нерегулярный прием аспирина, а до 15 % пациентов прерывали антиагрегантную терапию более чем на 4 недели. Среди пациентов, прекративших прием АСК, частота развития неблагоприятных исходов (ИМ, МИ, госпитализации по поводу НС) составила 80 %., среди больных, соблюдавших терапию, — 24 %.

Вывод. Пациенты с низкой приверженностью к лечению имеют значительно больший риск развития неблагоприятных исходов по сравнению с пациентами, следующими всем рекомендациям. Малая приверженность рекомендованной терапии, по нашим данным, ассоциируется с повышенным риском возникновения неблагоприятных сосудистых событий (ИМ, МИ, госпитализации по поводу НС) (ОР=3.27 ДИ 95 % 2,49;4,30 p=0.05).

0657 ВЫСОКАЯ ОСТАТОЧНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ И "НЕУДАЧИ ЛЕЧЕНИЯ"

Пучиньян Н.Ф., Фурман Н.В., Долотовская П.В., Малинова Л.И.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологии, Саратов, Россия

Цель: оценить функциональную активность тромбоцитов на фоне терапии клопидогрелем в стандартной дозировке (75 мг\сутки) среди больных ИБС и возможное влияние недостаточного ингибирования агрегации тромбоцитов на развитие повторных тромботических событий.

Материалы и методы: обследовано 87 пациентов (39 больных после перенесенного ОКС и 48 больных со стенокардией напряжения II-III ФК), получавших в комплексной терапии ИБС клопидогрель в стандартной дозировке 75 мг\сутки.

Всем пациентам выполнялось стандартное клиническое обследование, дополнительно анализировалось состояние тромбоцитарного звена гемостаза. Оценивалась степень индуцированной агрегации тромбоцитов при добавлении индуктора — АДФ динатриевой соли 5мкмоль\л.

Высокая остаточная активность тромбоцитов характеризовалась сохранением уровня АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов ≥50 % на фоне приема клопидогреля.

Влияние высокой остаточной активности тромбоцитов на развитие повторных тромботических событий оценивалось по относительному риску развития объединенной конечной точки, включавшей внезапную смерть, ИМ, ишемический инсульт, тромбоз установленных стентов.

Период наблюдения составил 24-32 месяца (28,34±8,7).

Результаты. Уровень АДФ-индуцированной агрегации в изучаемой группе подчинялся закону нормального распределения. Не было отмечено достоверных различий в показателях 5 мкмоль\л АДФ-индуцированной агрегации среди пациентов после перенесенного ОКС и со стабильной стенокардией.

У 18 (20,7 %) пациентов отмечалась высокая остаточная активность тромбоцитов на фоне приема клопидогреля.

Всего в исследуемой группе было зарегистрировано 15 повторных тромботических события (9 ИМ и 6 случаев тромбоза установленных стентов) у 12 пациентов.

У больных с высокой остаточной активностью тромбоцитов на фоне приема клопидогреля отмечалась достоверно более высокая частота развития тромботических событий у 5 из 18 пациентов, по сравнению с пациентами с хорошим ответом на антиагрегантную терапию — у 4 из 69.

У лиц с высокой остаточной активностью тромбоцитов на фоне приема клопидогреля развитие повторных тромботических событий в 100 % случаев сопровождалось обнаружением тромбоза установленных стентов.

Вывод. Пациенты с высокой остаточной функциональной активностью тромбоцитов имеют более высокий относительный риск развития повторных тромботических событий по сравнению с пациентами с хорошим ответом на антиагрегантную терапию (ОР=4,79 ДИ 95 % 1,43; 16,06 p=0,05).

0658 ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ РОСТОВЫХ ФАКТОРОВ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Пушкарева А.Э.[1], Еникеева Г.Р.[2], Кучина Т.А.[2], Жерновкова Т.Г.[2], Шумкин А.М.[3]

Башгосмедуниверситет[1], Уфа, Россия; ЦПАО МУ ГКБ № 13[2], Уфа, Россия; ЦПАО МУ ГКБ № 1[3], Магнитогорск, Россия

Ремоделирование сердца при сердечной недостаточности осуществляется с участием нейрогормонов и биологически активных веществ, в том числе цитокинов и ростовых факторов. Влияние медиаторов роста на молекулярно-клеточные механизмы ремоделирования миокарда остается недостаточно ясным.

Цель исследования: изучение роли экспрессии рецептора 1 типа трансформирующего фактора роста β, рецептора 3 типа сосудистого эндотелиального фактора роста и тропонина С в ремоделировании миокарда.

Материалы и методы. Исследовали 101 образец аутопсийного материала, 81 мужчина и 20 женщин, возраст от 32 до 60 лет, средний возраст (48,3±1,8). Больные ИБС с развитием сердечной недостаточности ФК III-IV составили 1-ую группу 33 человека, во 2-ую группу из 27 человек вошли больные гипертонической болезнью и выраженной гипертрофией ЛЖ (более 20мм), 3-ю группу составили 25 больных дилатационной кардиомиопатией и сердечной недостаточностью ФК III-IV, 4-ая — группа контроля (16 человек) без признаков поражения сердца, сопоставимые по возрасту и полу с тремя группами. Проведено иммуногистохимическое исследование с использованием моноклональных антител, афинносвязывающихся с рецепторами к сосудистому эндотелиальному фактору роста (VEGF-R3), с рецепторами к трансформирующему фактору роста (TGFβ-R1) и тропонином С.

Результаты. При изучении экспрессии TGFβ-R1 во всех четырех группах нами выявлено достоверное увеличение экспрессии TGFβ-R1 у больных гипертонической болезнью с выраженной ГЛЖ в сравнении с группой контроля (p<0,00275). Корреляционный анализ выявил достоверную положительную корреляцию между экспрессией TGFβR1 и гипертрофией кардиомиоцитов у больных гипертонической болезнью и выраженной ГЛЖ, такая же корреляционная зависимость определялась у больных дилатационной кардиомиопатией, а в группе больных ИБС экспрессия TGFβR1 достоверно коррелировала с толщиной миокарда ЛЖ, в тоже время для контроля таких корреляционных зависимостей для TGFβR1 не обнаружено. Исходя из выше изложенного, можно предположить активную вовлеченность ростовых факторов в процессы ремоделирования сердца при ХСН. Экспрессия TGFβR1 активно происходит на этапе "гипертрофического ответа" миокарда при ремоделировании сердца у больных эссенциальной гипертонией. Схожая тенденция отмечена и при дилатационной кардиомиопатии. В условиях ишемии миокарда и дилатации полостей, по-видимому, иные ростовые факторы начинают играть доминирующую роль. Выявленные корреляционные зависимости между ростовыми факторами и тропонином С свидетельствуют о принципиальном отличии процессов с вовлечением данных факторов в миокарде у здоровых лиц и больных сердечной патологией.

0659 ВЛИЯНИЕ УРОВНЕЙ ХОЛЕСТЕРИНА НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ

Пушкарев Г.С., Акимова Е.В., Кузнецов В.А.

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

Целью работы явилось изучение влияния уровней общего холестерина (ОХС) на относительный риск (ОР) сердечно-сосудистой смерти в открытой мужской популяции Тюмени.

Методы. Эпидемиологическое исследование было проведено стандартными методами на репрезентативной выборке из избирательных списков граждан г.Тюмени 25-64 лет. В течение последующих 12 лет (1996-2008гг) вся обследованная мужская когорта (795 человек) была подвергнута изучению на предмет анализа смертей от сердечно-сосудистых заболеваний в комитете ЗАГСА администрации Тюменской области. Причины смерти кодировались по международной классификации МКБ-10. Всего за 12 лет проспективного наблюдения было зарегистрировано 85 смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. Оценивалось влияние уровней холестерина в квинтилях их распределения, на ОР смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Значение признака в первой квинтили было референсным (т. е. минимальным). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ STATISTICA 6,0. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки относительного риска сердечно-сосудистой смерти, позволившая определять величину ОР в каждой квинтили относительно первой (референсной) и их 95 % доверительный интервал ДИ (min-max).

Результаты. Были получены следующие квинтили распределения ОХС в мужской когорте: 1-ая квинтиль меньше или равно 184 мг/дл (4,75 ммоль/л), 2-ая от 185 до 204 мг/дл (от 4,78 до 5,27 ммоль/л), 3-тья от 205 до 229 мг/дл, (от 5,30 до 5,92 ммоль/л), 4-ая от 230 до 254 мг/дл (от 5,94 до 6,56 ммоль/л), 5-ая больше или равно 255 мг/дл (6,59 ммоль/л).

При построении регрессионной модели Кокса в зависимости от уровней ОХС относительно референсной первой квинтили, значения риска сердечно-сосудистой смерти во всех квинтилях распределения ОХС, было больше единицы. Для 2-ой квинтили ОР составил 2,59 (95 % ДИ 0,87-7,73, p>0,05), для третьей квинтили ОР незначительно снизился до 2,55 (95 % ДИ 0,93-7,01, p>0,05). С 4-ой квинтили изменения показателя роста ОР сердечно-сосудистой смерти носили статистически значимый характер. Для 4-ой квинтили ОР составил 3,13 (95 % ДИ 1,14-8,60, p<0,05), для 5-ой — 4,77 (95 % ДИ 1,81-12,55, p<0,005).

Выводы. Таким образом, в соответствии с моделью пропорционального риска Кокса, высокие уровни общего холестерина ассоциируются с высоким риском сердечно-сосудистой смерти у мужчин начиная со значений ОХС 230 мг/дл.

0660 ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Пушкина Н.В., Орлов Р.Б., Пахрова О.А.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава РФ, Иваново, Россия

Метаболический синдром тесно связан с "болезнями цивилизации" и наиболее распространен в экономически развитых странах. Термин "метаболический синдром" стал широко использоваться в научных исследованиях для обозначения факторов, совокупное действие которых влияет на здоровье и повышает риск возникновения болезней сердца.

Целью исследования явилось изучение гемореологического профиля у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

В исследование включено 73 пациента с МС, которые имели сочетание артериальной гипертонии с абдоминальным ожирением и дислипидемией. 20 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) без метаболических нарушений (МН), и 20 практических здоровых лиц (группа контроля). Всем пациентам проводилось клиническое обследование, а также исследование гемореологического профиля: вязкость крови и плазмы, агрегатометрия эритроцитов, цитоархитектоника эритроцитов. В группе больных с МС показатели кажущейся вязкости крови достоверно отличались по сравнению с группой контроля и более значимо увеличивались при низких скоростях сдвига (10с-1). Гематокрит не отличался от контроля, а вязкость плазмы у больных МС была достоверно выше, чем в группе контроля (2,06±0,3 мПа·с; 1,75±0,1 мПа·с соотв., $p<0,05$). Снизилась эффективность транспорта кислорода у больных МС по сравнению с контролем (7,73±0,5; 8,19±0,5 соотв., $p<0,05$). Отмечена умеренной силы корреляционная связь вязкости плазмы с количеством триглицеридов крови ($r=-0,3$, $p<0,05$). Показатели вязкости крови и плазмы коррелировали с уровнем триглицеридов в плазме крови. Уменьшалось время формирования агрегатов эритроцитов. При этом нами выявлено значимое увеличение силы сцепления эритроцитов между собой в группе больных МС — коэффициент когэзии эритроцитов достоверно выше, чем в контроле (0,356±0,03 отн.ед.; 0,254±0,02 отн.ед. соответственно). Выявлена сильная корреляционная связь коэффициента когэзии эритроцитов с предельным напряжением сдвига у больных МС, что объясняет необходимость в увеличении предельного напряжения сдвига для последующей достаточной дезагрегации крови и продвижения ее по сосудам малого калибра. Выявлена связь ККЭ с предельным напряжением сдвига, у больных МС ($r=0,61$; $p<0,001$), количества триглицеридов с динамическим показателем агрегации ($r=0,4$, $p<0,001$). Нами не установлено достоверных различий в содержании дискоцитов у больных МС в сравнении с контролем (77±0,02 %; 81,5±0,03 % соотв., $p=0,05$). Увеличилось количество эритроцитов с необратимо-измененными формами у больных МС (9,3±0,03 %; 4,0±0,03 % соотв., $p<0,05$). Индекс обратимости и индекс трансформации также достоверно изменяются у больных МС (2,58±0,3; контроль 5,48±0,4 соотв., $p<0,05$). В ходе исследования выявлено ухудшение реологических свойств крови у больных МС, обусловленное триглицеридемией и ожирением.

Таким образом, у больных МС имеются изменения гемореологического профиля по сравнению с контролем в виде повышения агрегационного потенциала, ухудшении цитоархитектоники и снижении деформируемости эритроцитов. Это приводит к снижению эффективности доставки кислорода к тканям.

0661 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИПТОНОРМА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ (пилотное исследование)

Пырикова Н.В.*, Осипова И.В., Антропова О.Н., Зальцман А.Г.*, Воробьева Е.Н.
НУЗ ОКБ ст. Барнаул*, Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Целью исследования было выявить пациентов высокого суммарного риска и изучить возможности применения аторвастатина (липтонорма) для первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у работников локомотивных бригад.

Материал и методы. В исследование включены 157 мужчин, средний возраст 40,0±1,2 лет, по профессии машинисты и помощники машинистов локомотивной бригады. Оценивались факторы риска ССЗ, показатели липидного обмена, рассчитывался суммарный коронарный риск по шкалам SCORE и PROCAM.

Результаты и выводы. Из всей группы обследованных 89 работников локомотивных бригад (56,7 %) имели артериальную гипертонию (АГ), у 68 (43,3 %) не выявлено ССЗ. Группы были сопоставимы по возрасту и профессиональным признакам. В группе больных АГ средние показатели общего холестерина (ОХС) составили 6,5±1,2 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 3,1±1,0 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) 0,8±0,6 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) 3,8±0,9 ммоль/л. В группе лиц без ССЗ средние показатели ОХС 5,8±0,8 ммоль/л, ТГ 2,5±1,0 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,0±0,5 ммоль/л, ХС ЛПНП 3,5±0,8 ммоль/л. Среди лиц без ССЗ 63,2 % мужчин входили в группу низкого риска по шкале SCORE, 36,8 % имели умеренный риск. Среди больных АГ 50,6 % принадлежали к группе умеренного риска, с равной частотой встречался низкий и высокий риск (соответственно 21,3 % и 23,6 %), 4,5 % пациентов имели очень высокий риск по шкале SCORE. По шкале PROCAM 68,5 % больных АГ имели умеренный риск, 22,5 % — низкий, 9,0 % высокий риск. В группе лиц без ССЗ практически с равной частотой выявлялся низкий риск (54,4 %) и умеренный риск (45,6 %) по шкале PROCAM. Через 3 месяца приема липтонорма отмечена положительная динамика: в группе больных АГ ОХС снизился на 2,5 ммоль/л, ТГ — на 1,1 ммоль/л, ХС ЛПНП — на 0,9 ммоль/л, ХС ЛПВП увеличился на 0,4 ммоль/л ($p<0,001$). В группе лиц без ССЗ ОХС снизился на 1,8 ммоль/л, ТГ — на 0,6 ммоль/л, ХС ЛПНП — на 1 ммоль/л, ХС ЛПВП увеличился на 0,5 ммоль/л ($p<0,001$). Через 3 месяца на фоне приема липтонорма в группе больных АГ пациентов с очень высоким риском по SCORE не регистрировалось, число лиц с низким риском (78,7 %) выросло в 4 раза ($p<0,001$), с умеренным риском (13,5 %) — уменьшилось в 4 раза ($p<0,001$), с высоким (7,8 %) в 3 раза ($p<0,01$). В группе лиц без ССЗ низкий риск встречался у 88,2 %, что в 1,5 раза больше, чем до лечения ($p=0,001$), умеренный — в 11,8 %. По шкале PROCAM в группе больных АГ пациентов с высоким риском не регистрировалось, с низким риском (84,3 %) выросло в 4 раза ($p<0,001$), с умеренным (15,7 %) — уменьшилось в 4,4 раза ($p<0,001$). В группе лиц без ССЗ низкий риск встречался в 91,2 % случаев, что в 1,7 раза больше, чем до лечения ($p<0,001$), умеренный — в 8,8 % случаев.

Таким образом, на фоне приема липтонорма улучшаются показатели липидного обмена и снижается суммарный коронарный риск как у больных АГ, так и у лиц без ССЗ, что делает обоснованным его применение для первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

0662 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Пьянков В.А., Пьянков А.К., Чуясова Ю.К, Кочкин Д.В., Пояркова Е.В.
ГОУ ВПО "Кировская государственная медицинская академия", АНО "Вятский научно-практический центр спортивной медицины и реабилитации", Киров, Россия

Цель. Оценить влияние образовательной программы на показатели болезненности и качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочной гипертензией (ЛГ).

Материалы и методы. 45 больных ХОБЛ, осложненной ЛГ (мужчины, средний возраст 58±12 лет) были включены в специализированную образовательную программу. В контрольную группу были включены 30 больных ХОБЛ, осложненной ЛГ (мужчины, средний возраст 56±10 лет), которые получали только стандартную терапию. Специализированная образовательная программа включала в себя цикл из 7 занятий, продолжительностью 30-40 минут, которые проводились в группах по 4 человека врачом-преподавателем, имеющим соответствующую квалификацию. Темами занятий являлись: понятие ХОБЛ, плановое лечение ХОБЛ, лечение и профилактика обострений ХОБЛ, организация повседневной жизни пациента с ХОБЛ, физические тренировки и дыхательная гимнастика при ХОБЛ, кислородотерапия при ХОБЛ, лечение табачной зависимости при ХОБЛ. Эффективность обучения в образовательной программе оценивалась по показателям болезненности (количество госпитализаций и обострений за год) и общему показателю качества жизни, который оценивался при помощи валидизированной русскоязычной версии опросника St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Результаты. У больных ХОБЛ, осложненной ЛГ, закончивших образовательную программу было выявлено статистически достоверное уменьшение количества госпитализаций и обострений за год по сравнению с пациентами контрольной группы (2,5±0,5 vs 2,8±0,5; p=0,013). Также у пациентов, прошедших обучение в образовательной программе, статистически достоверно были лучше общие показатели качества жизни (55±10 vs 60±11; p=0,049).

Выводы. Применение специализированной образовательной программы у больных ХОБЛ, осложненной ЛГ, достоверно уменьшает показатели болезненности за год. Пациенты, закончившие образовательную программу, через год имели достоверно более высокие показатели качества жизни.

0663 ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА И СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Пятницкая С.В.
Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

Актуальность проблемы. Окислительный стресс и дефицит антиоксидантной защиты играет важную роль в формировании ишемической болезни сердца.

Цель: изучить содержания селена и активность процессов свободнорадикального окисления сыворотки крови у больных пожилого возраста с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. С острым коронарным синдромом были обследованы 112 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет, средний возраст которых составил 68±2,5лет. Количество мужчин составило 42 человека (37,5 %), женщин — 70 (62,5 %). Больные были разделены на 3группы: первая группа (23человека) с впервые возникшей стенокардией, вторая группа (65человек) с нестабильной стенокардией (у больных отмечалось учащение приступов ангинозных болей, отрицательная ЭКГ-динамика), третья группа пациентов (23человека) у которых нестабильная стенокардия трансформировалась в острый инфаркт миокарда без зубца Q.

Критерием исключения явились больные с нарушениями ритма сердца, хронической сердечной недостаточностью 111 и 1V ФК по Нью-Йоркской классификации, декомпенсацией сахарного диабета.

Группу сравнения составили 30 больных без клинических проявлений кардиальной патологии в возрасте 60-70 лет.

Уровень селена в сыворотке крови определяли флуориметрическим методом с применением в каждой серии определений референс-стандартов сыворотки крови N23-KT (Nippan Co, Oslo) с регламентированным содержанием Se 88 мкг/л. Для интегральной оценки процессов свободнорадикального окисления сыворотки крови использовали метод хемилюминесценции (ХМЛ). Регистрацию ХМЛ осуществляли на люминесцентном спектрометре LS-50B фирмы "PERKIN ELMER" (Швейцария). Стандартизацию сигнала и математическую обработку кривых выполняли с помощью встроенной программы "Finlab".

Достоверность различия оценивали при помощи t- критерия Стьюдента. При анализе зависимости непараметрических данных был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. У обследованных больных пожилого возраста с острым коронарным синдромом установлено статистически значимое снижение селена сыворотки крови. Среднее содержанием селена сыворотки крови составило 61,6±1,6мкг/л (что является ниже оптимального значения 115 мкг/л).

При анализе ХМЛ-грамм свободнорадикального окисления сыворотки крови у больных пожилого возраста с острым коронарным синдромом были обнаружены достоверные отличия всех показателей с аналогичными показателями группы сравнения. При проведении корреляционного анализа у больных с острым инфарктом миокарда без зубца Q установлена достоверная отрицательная связь средней силы между содержанием селена сыворотки крови и ХМЛ-показателями: Slum (r=-0,39, p<0,05), h (r=-0,61, p<0,05), Sind-1 (r=-0,54, p<0,05).

Выводы. У обследованных больных пожилого возраста с острым коронарным синдромом отмечается снижение селена сыворотки крови и интенсификация свободнорадикальных процессов.

0664 РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНОГО ПРОЦЕССА В ФОРМИРОВАНИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ

Рагино Ю.И.[1], Чернявский А.М.[2], Полонская Я.В.[1], Волков А.М.[2], Цымбал С.Ю.[2], Семаева Е.В.[2], Каштанова Е.В.[1], Воевода М.И.[1]
Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения РАМН[1], Новосибирск, Россия; ФГУ ННИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий[2], Новосибирск, Россия

Пусковым механизмом тромбообразования на поверхности атеросклеротического очага является нарушение целостности эндотелия на участке изъязвления/деструкции покрышки нестабильной атеросклеротической бляшки "со склонностью к изъязвлению/разрыву". В рамках этой проблемы изучалась роль влияния ряда провоспалительных цитокинов, хемоаттрактантов, молекул адгезии, факторов гемостаза, окисленных биомолекул и тканевых ингибиторов на уровень и активность матриксных металлопротеиназ в динамике развития атеросклеротического очага и формировании 3-х типов его нестабильности — атероматозного, воспалительно-эрозивного и деструктивно-некротического. Материалом исследования были фрагменты интимы/медии коронарных артерий, забранные при эндартериаэктомии по интраоперационным показаниям в ходе операции аортокоронарного шунтирования у 54 мужчин с выраженным коронарным атеросклерозом без острого коронарного синдрома. Забранные материалы интимы/медии были продольно и поперечно разделены на фрагменты. Из 162 фрагментов интимы/медии неизмененная ткань интимы была определена гистологически в 19 случаях, липидное пятно — в 23, бляшка стабильная молодая — в 34, бляшка стабильная фиброзная — в 41, бляшка нестабильная — в 45, в том числе липидного типа — в 14, воспалительного — в 16, некротического — в 15. В гомогенатах фраг-

ментов интимы/медии были определены уровни воспалительных цитокинов (фактор некроза опухоли, TNF-альфа, интерлейкин-1-бета, IL-1-бета, антагонист рецептора интерлейкина-1, IL-1-RA, IL-6, IL-8), высокочувствительного С-реактивного протеина, hsCRP, хемоаттрактантов (моноцитарный хемотаксический протеин, MCP-1, эндотелиально-моноцитарный активирующий пептид, EMAP-II, макрофагальные белки воспаления, MIP-1-альфа и -бета, адгезивные молекулы, sICAM-1 и sVCAM-1, тканевой и урокиназный активаторы плазминогена, t-PA, u-PA), матриксных металлопротеиназ (коллагеназа MMP-1, стромелизин MMP-3, матрилизин MMP-7, желатиназа MMP-9, металлоэластаза MMP-12) и несколько биомаркеров процесса окисления липидов и протеинов методами ИФА с использованием тест-систем ELISAs (Biomedica, Cytimmune, Biosource, Bender-Medsystems), спектрофотометрии, флюориметрии. Полученные результаты позволили заключить, что повышенная активность TNF-альфа, IL-1-бета, MMP-3 и ее активаторов, межклеточных и эндотелиальных молекул адгезии, а также сниженная активность TIMP-1 имеют место на более ранней стадии развития атеросклеротического очага — стадии стабильной атеромы, предшествующей стадии нестабильной бляшки. Далее, в развитии и формировании 3-х типов нестабильности, вероятно, ключевая роль принадлежит высокой активности других различных провоспалительных цитокинов, MMP и их активаторов (IL-6, IL-8, hsCRP, MCP-1, EMAP-II, MMP-7, MMP-9), которая определенно ассоциирована с липидно-белковыми окислительными процессами. Работа поддержана грантом РФФИ № 09-04-00374.

0665 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТИПА ЛИЧНОСТИ D У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Райх О.И., Сумин А.Н., Корок Е.В., Карпович А.В., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: изучить распространенность поведенческого типа D у больных с атеросклерозом в зависимости от тяжести поражения коронарного русла.

Материал и методы: обследовано 360 больных (70 женщин, 290 мужчин), проходивших лечение в клинике сердечно-сосудистой хирургии НИИ. В зависимости от тяжести пораженных коронарных артерий больные были разделены на 3 группы: группа 1 (однососудистое поражение n=180), группа 2 (двухсосудистое поражение n=108), 3 группа (трехсосудистое поражение n=72). Средний возраст пациентов составил 57,7±7,3 лет. Выявление поведенческого типа D проводилось с помощью опросника DS14, включающий подшкалы: NA ("негативная возбудимость") и SI ("социальное подавление"), дополнительно оценивали качество жизни с помощью опросника SF36 (в том числе, шкалы GH — общее состояние здоровья, PF — физическое функционирование и SF — социального функционирования), уровень депрессии и тревожности с помощью опросников шкала депрессии и Спилбергера-Ханина, наличие коронарных стенозов определяли с помощью коронароангиографии (на аппаратах Innova или Coroscop).

Результаты исследования: показатели подшкалы NA были выше в 2 и 3 группах 10,9±1,2 и 10,4±0,7 баллов соответственно, в группе с однососудистым поражением коронарного русла показатель составил 7,3±0,2 балла. Баллы по шкале SI также оказались выше у пациентов в группе с двух и трехсосудистым поражением 11,3±1,2 и 10,6±0,6 баллов соответственно, чем у пациентов 1 группы 9,8±0,6 баллов. Личностный тип D реже встречался у пациентов 1 и 2 групп (у 7,74 % и 8,76 %), чем в группе с трехсосудистым поражением коронарного русла и составил 22,73 % (p=0,0001). При оценке качества жизни показатели по шкалам GH, PF и шкале SF, были достоверно ниже у пациентов с трехсосудистым поражением (36,2±2,2, 40,0±2,5, 40,3±1,6 баллов) по сравнению с пациентами 1 группы (70,4±1,3, 72,8±1,2, 58,2±1,3 баллов соответственно p<0,0001 во всех случаях). При оценке других показателей качества жизни результаты получены схожие. При оценке личностной и реактивной тревожности высокий ее уровень выявлен в 3 группе (48,3±2,0, 46±1,3 баллов соответственно) умеренно повышенный в 1 и 2 группах (33,5±0,6, 40,5±0,8 и 34,4±0,6, 41,6±1,2 баллов соответственно p<0,0001 во всех случаях), больных с низким уровнем личностной и реактивной тревожности выявлено не было. Показатели уровня депрессии также были достоверно ниже у пациентов 1 группы (46,5±1,6 баллов), по сравнению с пациентами с множественным поражением коронарного русла (65,4±0,4 баллов, p<0,005).

Выводы: таким образом, распространенность поведенческого типа D, характеризующегося высоким уровнем отрицательных эмоций и боязнью их внешнего выражения, выше у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла. Также у пациентов с трехсосудистым поражением отмечены повышенный уровень депрессии и тревожности, более низкие показатели качества жизни, что, вероятно, требует более пристального внимания и психологической коррекции данной категории больных.

0666 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Распутина Л.В.
Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова, Винница, Украина

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в мире колеблется от 15,6 % до 44 % и является одной из основных проблем здоровья в результате ее влияния на показатели смертности и заболеваемости населения, недостаточного контроля и профилактики АГ как в обществе, так и на индивидуальном уровне. В то же время растет группа лиц, у которых АГ протекает на фоне хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Такое сочетание существенно повышает риск сердечно-сосудистых осложнений в этой группе больных.

Целью нашей работы было изучить особенности клинического течения АГ у больных с ХОБЛ.

Методы обследования. Нами обследовано 78 больных, которые имели сочетание АГ и ХОБЛ. Среди обследованных было 52 мужчины, средний возраст 64±6,3 лет, женщин — 26, средний возраст 69±7,8 лет. Всем больным проведено клиническое обследование, которое включало оценку состояния сердечно-сосудистой и дыхательной системы, электрокардиографию (ЭКГ) в 12 отведениях, спирографию, с оценкой скоростных и объемных показателей, суточное мониторирования ЭКГ и артериального давления, эхокардиографию.

Результаты. Нами установлено, что в 32,5 % больных выявлено нарушения ритма и проводимости по данным ЭКГ, наиболее часто отмечали синусовую аритмию (76,3 %), суправентрикулярную тахикардию (45,9 %), экстрасистолию (54,6 %), нарушение внутрижелудочковой проводимости. При спирографии — объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) 68±14,2 %, жизненная емкость легких (ЖЕЛ) 58±21 %. В результате анализа результатов суточного мониторирования ЭКГ, установлено: нарушение ритма и проводимости обнаружено в 89,3 % больных. Наиболее часто выявлено суправентрикулярные нарушения ритма, пароксизмальные формы фибрилляции предсердий, экстрасистолы высоких градаций; эпизоды коронарной недостаточности обнаружены в 36,7 % больных, при чем 29,7 % имели эпизоды безболевой формы ишемии миокарда. Вариабельность систолического артериального давления (САТ) за весь период исследования составляет 25±1,2 мм рт.ст., диастолического артериального давления (ДАТ) — 19,5±1,4 мм рт.ст., достоверно чаще наблюдается повышение индекса времени, как для САТ так и для ДАТ у больных, преобладали пациенты с суточным ритмом нондипер, средний САТ за сутки 137,7±2,1 мм рт.ст., средний

ДАТ — 82,6±1,8, за данными эхокардиографии конечный диастолический размер — 5,30±0,12 см, конечный систолический размер — 3,62±0,09 см, толщина межжелудочковой перегородки — 1,27±0,04 см, толщина задней стенки -1,20±0,03 см, масса миокарда — 319,2±11,9г, среднее давление в легочной артерии — 31,6±1,2 мм рт.ст.

Выводы. Таким образом, нами установлены особенности течения артериальной гипертензии на фоне ХОБЛ. Прежде всего, имеет место тенденция к увеличению частоты нарушений ритма в этой группе больных, признаков коронарной недостаточности, изначально высоких цифр артериального давления и увеличения вариабельности давления, увеличения массы миокарда левого желудочка, признаков диастолической дисфункции левого желудочка, легочной гипертензии.

0667 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА УРОВНЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Рахимова М. Г.
Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить качество лечения острых форм ишемической болезни сердца (ИБС) и провести фармакоэпидемиологический анализ на уровне стационара кардиологической службы Согдийской области до и в ходе внедрения “Национальной программы профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца в Таджикистане на период 2007-2015гг” (далее “НП”).

Методы. Проанализировано 1080 историй болезни больных с диагнозами “Острый коронарный синдром”, “Нестабильная стенокардия”, “Острый инфаркт миокарда”, госпитализированных в 2007 и 2008 году в Согдийский областной кардиологический центр г.Худжанда, кардиологическое отделение городской больницы г. Чкаловска, а также документы больных, госпитализированных в 6 центральных районных больницах области. Из них 493 историй болезни были проанализированы до внедрения “НП”, а 587 историй болезни в ходе ее внедрения, на следующий год. Материалы проанализированы по следующим индикаторам контроля: процент назначений антиангинальных, антитромбоцитарных ЛС, антикоагулянтов, и тромболитических препаратов, их внутриструктурированный анализ; процент лекарств, прописанных врачами под Международным Непатентованным Наименованием (МНН); процент выписываемых лекарств из утвержденного Списка основных лекарственных средств Республики Таджикистан (СОЛСа РТ); общее число назначений и анализ причин полипрагмазии; наличие протоколов лечения острых вариантов течения ИБС в исследуемых учреждениях; оценка степени приверженности врачей госпитальной службы к использованию современных протоколов лечения ИБС.

Результаты: нами было выявлено, что среднее число назначений сердечно-сосудистых ЛС на одного больного составило 9,9 единиц. От общего числа назначенных ЛС антиангинальные препараты составляли 24,27 %, антиагреганты — 9,24 %, антикоагулянты — 7,66 %. Под МНН были прописаны 27,57 % препаратов. Из СОЛСа РТ было выписано 65,32 % препаратов. Приверженность врачей к использованию современных протоколов лечения острых форм ИБС составила 66,7 %. Исследования 587 историй болезни после внедрения “НП” обнаружило, что среднее число назначений ЛС на одного больного составило уже 9,1 единиц, т. е. на 8,1 % ниже. Доля антиангинальных препаратов среды всех назначенных ЛС повысилась до 26,8 %, доля антитромбоцитарных средств и антикоагулянтов повысилась до 11,33 % и 8,44 % соответственно. Под МНН было прописано 30,68 % препаратов, а из СОЛСа РТ — 70,38 %. Приверженность врачей к использованию современных протоколов лечения острых форм ИБС повысилась до 67,30 %, то есть увеличивалась на 4,1 %.

Выводы: таким образом, выяснилось, что качество врачебных назначений по Согдийской области РТ в рамках фармакотерапии острых и подострых форм ИБС после стартового внедрения “НП”, её первого двухлетнего этапа несколько улучшилось.

0668 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСПИЩЕВОДНОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА “ASTROCARD”

Рахматуллов А.Ф., Рахматуллов Ф.К., Пчелинцева С.А., Осипова В.В.
Кафедра “Внутренние болезни”, медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель исследования: изучение вопросов внедрения электрофизиологического комплекса “Astrocard” с целью диагностики и лечения аритмий сердца.

Материалы и методы: отчет работы антиаритмического центра МУЗ ГКБСПМ им Г.А.Захарьина за 2008-2009 годы.

В 1987 году в Пензе в условиях Центральной Городской Больницы им Г.А. Захарьина в связи с открытием отделения по лечению нарушений сердечного ритма и проводимости начала функционировать электрофизиологическая лаборатория. Электрофизиологическая лаборатория была оснащена следующими приборами: ЭКСП-Д, ЭКСК-04, “Mingograf-34”. В дальнейшем были внедрены: мультипрограммируемый электрокардиостимулятор UHS-20 (Biotronic), мультипрограмный компьютерный комплекс “Recor”.

В связи с техническим прогрессом в компьютерных технологиях, в 2008 году внедрен новый компьютерный электрофизиологический комплекс с оригинальным программным обеспечением “Astrocard”.

Создание кабинета ЭФИ позволяет своевременно диагностировать нарушения ритма, подбирать оптимальную противоаритмическую терапию, купировать пароксизмы тахикардий, а также лечение и диспансерное наблюдение за больными.

С 2008 по 2009 годы на ЭФ комплексе “Astrocard” выполнено 2112 чреспищеводных исследований. 650 исследований на ИБС, 565 на синдром слабости синусового узла, 86 на диагностику пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) и подбор антиаритмических средств (ААС), 104 на диагностику WPW-синдрома и подбор ААС, 93 на диагностику узловой тахикардии и подбор ААС. Разные диагностические исследования — 430, диагностические исследования у больных с электрокардиостимулятором — 7. Купирование нарушения ритма сердца: трепетание предсердий — 158, пароксизмы реципрокной тахикардия — 19.

Применяется как общепринятый протокол ЭФИ, так и разработанная программа обследования больных с ПФП, а так же алгоритм подбора антиаритмических средств при ФП. Программа ЭФИ больных с ПФП включает: программированную стимуляцию предсердий с 1-4 тестирующими экстрастимулами; учащающую стимуляцию, начиная с частоты 100 имп/мин со ступенеобразно (по 20 имп/мин) нарастающей частотой до 160 имп/мин; плавнонарастающую стимуляцию, начиная с частоты 160 имп/мин до максимального предсердного ответа и сверхчастую стимуляцию частотой 1000 имп/мин с нанесением “пачек” импульсов течение 4-5 сек. Разработаны также критерии эффективности антиаритмических средств у больных с ПФП. Высоко эффективным оказался метод комбинированного применения ЧПЭФИ и антиаритмических средств для купирования трепетания предсердий (84 %). В кабинете ЭФИ сердца на всех больных заполняется карта диспансерного учета и протокол ЭФИ.

Оптимизации лечебно-профилактического процесса способствует использование компьютеров для архивирования информации. Компьютерная обработка состоит из введения первичной информации, статистического анализа, создания графиков и распечатки результатов на принтере.

Таким образом, чреспищеводный электрофизиологический комплекс "Astrocard" играет важное значение в дифференциальной диагностике сложных нарушений ритма, ИБС. Данный комплекс позволяет осуществлять индивидуальный подбор антиаритмической терапии исходя из электрофизиологических особенностей аритмий сердца. "Astrocard" позволяет оценить степень коронарного резерва у больных с ИБС. Электрофизиологический комплекс "Astrocard" позволяет создавать базы данных обследованных больных в динамике.

0669 ХАРАКТЕРИСТИКА СИМПТОМОВ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Рашид М.А., Карпова Н.Ю., Шостак Н.А., Казакова Т.В.
Городская клиническая больница № 55 Департамента здравоохранения г.Москвы. Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта "Медико-социальные аспекты состояния сердечно-сосудистой и костной систем в пожилом возрасте — оптимизация диагностики, пути снижения инвалидизации и смертности при пороках сердца" проект РГНФ № 09-06-00476а

Цель. Оценить симптомы кальцинированного аортального стеноза (КАС) в сопоставлении с данные лабораторных и инструментальных исследований.

Методы. Наряду с изучением анамнеза 77 пациентам с КАС в возрасте старше 65 лет проведена эхокардиография, а также изучение показателей липидного профиля (ЛП) и биомаркеров воспаления (БВ).

Результаты. У пожилых лиц с КАС установлен высокий процент симптомных (83,1 %) и малый процент (16,9 %) бессимптомных больных. В 46,8 % случаев отмечены три компонента триады Робертса (стенокардия, головокружения, одышка). Типичный ангинозный синдром выявлен лишь у 54,5 % пациентов и характеризовался: достоверной связью с одышкой (p=0,0001); перенесенным инфарктом миокарда (40,5 %); повышенными значениями С-реактивного протеина (p=0,027); "благоприятным" липидным спектром (снижение триглицеридов и холестерина ЛПОНП; p<0,05); расширением полостей сердца, увеличением выраженности диастолической дисфункции и митральной регургитации (p<0,05). Головокружения диагностированы при КАС у 76,6 % пациентов и имели следующие особенности: определялись у лиц достоверно старшего возраста (p=0,026); обладали полигенным характером факторов риска (ортостатические, физическая нагрузка, артериальная гипертензия, нарушения ритма) с преобладанием сосудистых факторов даже при критическом пороке сердца; отсутствием зависимости от уровня БВ. У 16 % пациентов головокружения отмечались на фоне перенесенного ОНМК и сопровождались повышением липопротеина а. Одышка выявлена в 77,9 % случаев и у большинства (85,3 %) соответствовала III функциональному классу ХСН. Пароксизмальная ночная одышка (22,3 %) наблюдалась исключительно у больных с нормальными значениями параметров ЛП, ассоциировалась с повышением значений интерлейкина-1 бета (p=0,006) и тяжестью аортального порока (p<0,001).

Выводы. Результаты исследования демонстрируют многокомпонентный характер клинических симптомов КАС, отражая различные аспекты патогенеза заболевания в пожилом возрасте.

0670 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АРИТМОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ребеко Е.С.
РНПЦ "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель исследования: изучить частоту нарушений ритма сердца у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от типа ремоделирования миокарда левого желудочка (РМЛЖ) в отсутствии ИБС.

Методы: обследован 101 пациент (54 мужчины и 47 женщин) с АГ. Средний возраст пациентов 49,4 ±10,9 года. Больным проводились ЭХОКГ, суточное мониторирование АД, Холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочная проба с целью исключения ИБС. Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от вида РМЛЖ согласно классификации Ganau A. и соавт. 1-я группа (n=13) — пациенты с нормальной геометрией миокарда левого желудочка; 2-я группа (n=16) — с концентрическим ремоделированием; 3-я группа (n=53) — пациенты с концентрической гипертрофией; 4-ая группа (n=19) — с эксцентрическим ремоделированием.

Результаты: медиана наджелудочковых экстрасистол (НЭ) в час составила в 1-ой группе 0,33; во 2-ой группе — 0,81; в 3-ей группе — 2,04; в 4-ой группе — 5,46. Частота НЭ в группах различалась (Kruskal-Wallıs test, p=0,03). У пациентов 3-ей группы НЭ регистрировались чаще, чем в группе 1 (p=0,009), а в группе 4 чаще, чем в группе 1 (p=0,003) и в группе 2 (p=0,01).

Медиана желудочковых экстрасистол (ЖЭ) в час составила в 1-ой группе 0,04; во 2-ой группе — 0,02; в 3-ей группе — 0,125; в 4-ой группе — 0,21. Частота ЖЭ в группах различалась (p=0,009). ЖЭ чаще наблюдались в группе 3 по сравнению с группой 1 (p=0,005) и с группой 2 (p=0,001), и в группе 4 в сравнении с группой 1 (p=0,036) и с группой 2 (p=0,019). Также обнаружены различия частоты желудочковых аритмий высоких градаций (3-5 классы по классификации B.Lown, M.Wolf) в группах (Kruskal-Wallıs test, p=0,01). Желудочковые аритмии высоких градаций статистически значимо чаще регистрировались в группе 3 по сравнению с группой 1 (p=0,03) и с группой 2 (p=0,015).

Выводы. Наиболее высокий аритмогенный потенциал выявляется у гипертензивных пациентов при концентрическом и эксцентрическом вариантах РМЛЖ.

0671 ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ГИПОВИТАМИНОЗ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И., Гущина В.М., Волынкина В.М., Туршева М.Э., Баранич И.И.
Кафедра госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Актуальность и цель. Вторичный гиперпаратиреоз характерен для больных с хронической почечной недостаточностью и оказывает неблагоприятное прогностическое влияние при хронических болезнях почек (ХБП). ХБП часто осложняют течение сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, вторичный гиперпаратиреоз, а также гиповитаминоз витамина D у больных с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) изучены недостаточно, что стало целью нашей работы.

Методы. 103 больным с ХСН I-IV функционального классов и 38 пациентам с АГ без первичной почечной, костной, аутоиммунной, эндокринной, онкологической патологии и воспалительных заболеваний кишечника было проведено комплексное обследование, в т.ч. исследование сывороточного уровня интактного паратгормона, 25-гидроксивитамина D, кальцитонина, фосфора, кальция с коррекцией по уровню альбумина, экскреции альбумина с мочой (ЭАМ, иммуноферментный анализ), рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ по формуле MDRD). Все пациенты были стабильны на фоне лекарственной терапии, назначенной в соответствии с современными рекомендациями. Медиана (интерквартильный разброс) возраста составила 66,5 (58,0-71,0) и 58,0 (51,0-67,0) лет; фракции выброса левого желудочка (по Симпсону) 36,3 (27,6-39,0) и 65,3 (57,6-70,8)% у больных с ХСН и АГ соответственно.

Результаты. Вторичный гиперпаратиреоз был выявлен у 77,8 % больных с ХСН и у 21,1 % больных с АГ (p=0,001), дефицит витамина D — у 33,3 % с ХСН и 27,8 % с АГ (p>0,05). Уровень кальцитонина у большинства больных был нормальным и так же, как и концентрация кальция и фосфора, достоверно не различался при ХСН и АГ. СКФ [63,9 (54,9-78,5) и 72,5 (63,4-86,5) мл/мин/1,73м^2, p=0,022] и ЭАМ [15,2 (6,8-24,7) и 36,7 (17,3-63,6) мг/мл, p=0,005] были ниже у больных с ХСН по сравнению с пациентами с АГ. При ХСН уровень партгормона коррелировал с СКФ (r=-0,67, p<0,001) и концентрацией витамина D (r=-0,5, p=0,01). При АГ концентрация паратгормона коррелировала с максимальными цифрами систолического и диастолического АД в анамнезе (r=0,4, p=0,012 и r=0,44, p=0,005), кальцитонина — с креатинином сыворотки (r=0,38, p=0,019), витамина D — с конечным диастолическим объемом ЛЖ (r=0,43, p=0,015). Корреляции паратгормона, витамина D и кальцитонина с возрастом, концентрацией кальция и фосфора, ЭАМ, функциональным классом, фракцией выброса левого желудочка не было.

Выводы. У большинства больных с ХСН имеется вторичный гиперпаратиреоз, развитие которого связано со снижением функциональных способностей почек и гиповитаминозом витамина D. При АГ вторичный гиперпаратиреоз встречается реже, чем при ХСН, и связан с выраженностью гипертензии. Своевременная диагностика, адекватная терапия основного заболевания, нефропротекция и коррекция гиповитаминоза витамина D, возможно, смогут уменьшить распространенность выявленных нарушений.

Работа выполнена при поддержке грантом Президента РФ МК-3133.2009.7.

0672 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Резяпова Н.Х.
Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Известно, что артериальная гипертония (АГ) является одним из самых распространённых заболеваний в высокоразвитых странах. Частота АГ во взрослой популяции превышает 40 %. Её эпидемиологическое значение возрастает ввиду того, что АГ является одним из главных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них. У лиц с повышенным артериальным давлением (АД), начиная с 45-летнего возраста, продолжительность жизни в среднем на 10 лет короче, чем у людей без АГ. В пожилом и старческом возрасте, в силу возрастных изменений сердечно-сосудистой системы создаются предпосылки для развития различной патологии. В связи с этим продолжается поиск новых факторов риска, идентификация которых позволила бы влиять на уровень смертности от этих заболеваний. Сравнительно недавно к потенциальным факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний стали относить повышение уровня фактора Виллебранда (фВ).

Цель. Изучить изменения активности фактора Виллебранда у больных АГ в зависимости от возраста и степени повышения АД.

Методы исследования. Обследовали 91 пациент артериальной гипертонией АГ мужского пола в возрасте от 35 до 72 лет. Выделены следующие группы пациентов: первую группу составили 31 больной АГ I степени, вторую группу — 30 больных АГ II степени и третью группу — 30 человек АГ III степени. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых людей.

Все больные были обследованы в условиях стационара в соответствии с обязательными диагностическими стандартами, рекомендованными ACC/AHA (2003) и ВНОК (2008). Диагноз гипертонической болезни ставился в соответствии с критериями ВОЗ-2004г для исключения вторичных гипертоний. Степень артериальной гипертонии диагностировалась по уровню АД согласно рекомендациям по лечению артериальной гипертонии ВОЗ/МОАГ 1999г. Все включенные в исследование пациенты с АГ принимали антигипертензивные препараты не регулярно. Концентрацию фВ в плазме венозной крови определяли на основании степени агрегации тромбоцитов методом светорассеяния, предложенным Борном, на анализаторе АР 2110 (ЗАО “Solar”, Республика Беларусь, Минск).

Полученные результаты. В ходе работы выявлено, что уровень фВ у обследованных больных имеет достоверные различия в зависимости от степени артериальной гипертонии. У больных АГ I степени величина фВ составила — 120,3 %, у больных II и III степени — 152,42 % и 183,61 %, соответственно (p<0,05).

Высокие показатели фВ сочетались с увеличением возраста у обследованных больных. С каждым годом фактор Виллебранда повышается на 1,7 %.

Определена статистически значимая корреляция между возрастом больных и уровнем плазменного фВ (p<0,05).

Выводы. В ходе исследования выявлены достоверные различия уровня плазменного фВ у больных АГ, которые зависели от возраста пациентов и выраженности артериальной гипертонии.

0673 ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ СТЕПЕНИ СТЕНОЗИРОВАНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ С ТЯЖЕСТЬЮ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ремизова А.И., Скибицкий В.В., Заболотских Т.Б., Медведева Ю.Н.
КГМУ, Краснодар, Россия

Цель: оценить взаимосвязь степени стенозирования брахиоцефальных сосудов (БЦС) с тяжестью острых нарушений мозгового кровообращения.

Материалы и методы: под наблюдением находились 100 пациентов. Среди них 72 человека с ишемическим инсультом (ИИ) (30 мужчин и 42 женщины) и 28 — с транзиторной ишемической атакой (ТИА) (18 мужчин и 10 женщин). Возраст обследованных 61 (55 — 69) год. Длительность артериальной гипертонии (АГ) составила 15 (9-17) лет. У 24 человек АГ сочеталась с ишемической болезнью сердца, у 43 — с сахарным диабетом. Все больные были сопоставимы по уровню артериального давления, холестерина, пациенты с сахарным диабетом — по уровню гликемии. Всем наблюдаемым проводилось общеклиническое обследование, нейровизуализация (компьютерная томография) поражения головного мозга, дуплексное цветовое сканирование БЦС с исследованием стандартных параметров. Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты: среди обследованных с ИИ стенозирование БЦС выявлено у 51 (70,8 %) обследованного, коэффициент корреляции r=0,590 (p≤0,05), причем у 15 (29,4 %) человек стеноз превышал 50 %. У подавляющего большинства обследованных гемодинамически значимые стенозы были односторонними. У пациентов с ТИА стеноз БЦС обнаружен у 11 (39,2 %) обследованных, выраженность его была меньше, чем у лиц с ИИ и составила от 30 до 33 %. У всех пациентов со стенозированными БЦС наблюдалось утолщение комплекса интима-медиа более 1 мм, нарушение его дифференцировки на слои.

Выводы: таким образом, стенозирование БЦС является значимым фактором риска развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и коррелирует с тяжестью нарушения церебральной гемодинамики. Всем больным со стенозированием БЦС должна быть рекомендована адекватная гиполипидемическая терапия, лицам со стенозом свыше 60 % — консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативной коррекции. Пациентам со стенозом БЦС менее 60 % необходимо проведение профилактических мероприятий с целью предотвращения фатальных ОНМК.

0674 ОЦЕНКА СТРЕССИНДУЦИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Репникова Р.В., Барбараш О.Л.
ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия", УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Процессы неспецифической адаптации организма в экстремальных условиях, как и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, в значительной степени определяются нейро-эндокринной регуляцией.

Однако работы по анализу эндокринных проявлений стресс-реакций у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), посвящены, в основном, изучению нейро-гуморальных взаимоотношений в условиях психологического покоя или на фоне моделированной психо-эмоциональной нагрузки.

Цель исследования: провести анализ особенностей нейрогуморального гомеостаза у лиц с ИБС в условиях эмоционального покоя и во время психоэмоционального стресса (период времени за сутки перед проведением коронарного шунтирования).

Материал и методы. Обследовано 97 пациентов с ИБС и стенокардией, (средний возраст составил 51,2±0,58 лет) и 30 практически здоровых мужчин того же возраста.
Пациентов обследовали дважды: через 2-3 суток после поступления в стационар и за сутки до операции. Проводили суточное мониторирование (холтеровское) ЭКГ, а также анализировали уровень гормонов в сыворотке крови. Концентрацию гормонов (кортизол (К), пролактин (ПРЛ), тестостерон (Тс), тиреотропный гормон (ТТГ) определяли радиоммунным методом, используя счетчик "Бета-2" и коммерческую тест-систему "GIS"- Франция.

Полученные результаты. В течение суток до операции большинство (88,0 %) больных испытывало повышенную раздражительность, депрессивное состояние, чувство выраженного напряжения, расстройство засыпания. При анализе количества приступов стенокардии в течение суток до операции наблюдалось увеличение их количества на 41,5 % ($p<0,05$), а также на 46,7 % ($p<0,05$) количества потребляемого нитроглицерина по сравнению с соответствующими показателями при поступлении пациента в клинику. Использование накануне оперативного вмешательства холтеровского мониторирования ЭКГ позволило выявить достоверное увеличение количества периодов ишемии, в том числе безболевой ($p=0,001$ и 0,04), и тенденцию к повышению их общей продолжительности (на 34,0 % и 48,4 % соответственно).

При сравнении эндокринных функций больных и здоровых лиц в условиях психоэмоционального покоя выяснилось, что пациенты с ИБС отличаются более высокими показателями тиреоидной активности и снижением тиреотропной функции гипофиза. Не выявлено различий между больными и здоровыми лицами по содержанию в крови тестостерона (Тс) и пролактина (ПРЛ), однако у пациентов с ИБС отмечено более чем двукратное увеличение соотношения Тс/эстрадиол (Эд) ($p<0,05$), а также повышение содержания уровня кортизола.

Выводы. Предоперационный период у больных ИБС, помимо появления психоэмоциональных феноменов и усугубления клинической симптоматики, характеризуется и появлением нейро-гуморальных сдвигов, что целесообразно учитывать для адекватной предоперационной подготовки данной категории лиц.

0675 ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА НА ФОНЕ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ НАКАНУНЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Репникова Р.В., Барбараш О.Л.
ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия", УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Установлено, что изменения иммунологического статуса организма при действии на него чрезвычайных раздражителей могут развиваться при стрессорной реакции. В связи с этим изменения иммунологического статуса у больных в предоперационном периоде могут быть одним из проявлений стресса.

Цель исследования: отразить динамику показателей клеточного иммунитета на фоне предоперационного стресса накануне проведения аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Обследовано 97 пациентов, средний возраст которых составил 51,2±0,58 лет, наблюдавшихся в диспансере кардиологического центра г.Кемерово. С момента поступления в стационар и на протяжении всего предоперационного периода больные принимали традиционную коронароактивную терапию. Средний процент поражения коронарных артерий, рассчитанный с помощью шкалы суммарной количественной оценки поражения коронарного русла стенозирующим атеросклерозом по данным коронарографии (Ю.С.Петросян, Д.Г.Иоселиани, 1976), у обследованных лиц составил 53,17±2,73.

Показатели лейкоцитарной формулы в периферической крови определяли с помощью камеры Горяева. Популяции и субпопуляции лимфоцитов оценивали иммунофлуоресцентным методом с использованием проточного флуориметра "Bacton Dickinson" (США) с помощью моноклональных антител той же фирмы. Определение функциональной активности полиморфноядерных лейкоцитов осуществляли с помощью люминолзависимой хемилюминесценции на приборе ХМЛ фирмы "Конструктор" (г.Н.Новгород). Концентрацию гормонов определяли радиоммунным методом, используя коммерческую тест-систему "GIS"- Франция.

Полученные результаты. Накануне оперативного вмешательства у пациентов отмечалось достоверное повышение количества лейкоцитов ($p<0,05$), а также нейтрофилия ($p<0,05$) и эозинопения ($p>0,05$), снижение абсолютного и относительного числа лимфоцитов ($p<0,05$), помимо которого развивалось падение процента Т-лимфоцитов ($p<0,05$), Т-хелперов ($p<0,01$) и NK-клеток ($p>0,05$), что свидетельствует об иммунодепрессивном действии интенсивных стрессов. При оценке степени зависимости иммунодепрессии от концентрации в крови глюкокортикоидов не выявлено значимой корреляционной зависимости между содержанием перед операцией уровня кортизола и изменениями показателей Т-клеточного иммунитета в венозной крови ($r=0,24$; $p>0,05$). Однако в этом периоде выявлена обратная корреляционная зависимость между содержанием тестостерона и изменениями количества Т-лимфоцитов ($r=-0,89$; $p<0,01$), а также соотношения кортизол/тестостерон с показателем Т-лимфоцитов ($r=0,57$; $p<0,05$).

Выводы. Анализ изменений показателей клеточного иммунитета и лейкоцитарной формулы у пациентов перед АКШ укладывается в феномен предоперационного стресса.

0676 КУПИРОВАНИЯ КАРДИОТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЮ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИВАБРАДИНА (КОРАКСАНА)

Решина И.В., Калягин А.Н.
Иркутский государственный медицинский университет, ГУЗ Иркутский областной онкологический диспансер, Иркутск, Россия

Актуальность проблемы. Одной из основных причин смертности является онкопатология. К 2030 г. прогнозируется рост заболеваемости раком в 3 раза, в РФ прогнозируется рост

онкологической заболеваемости в 4,5 раза, и рост смертности на 55 %. Одним из широко применяемых методов лечения в онкологии является химиотерапия (ХТ). В большинстве схем ХТ на сегодняшний день присутствует препараты доксорубицин или цисплатин, при применении которых в высоком проценте случаев развивается кардиотоксические эффекты. Развитие тахикардии при многих заболеваниях значительно ухудшает прогноз. Ивабрадин (кораксан) является селективным ингибитором If-каналов синусового узла, применение которого приводит к урежению ЧСС, не оказывая отрицательного инотропного действия, не влияя на атриовентрикулярную проводимость.

Цель исследования. Оценить эффективность ивабрадина (кораксана) в купировании кардиотоксических эффектов на фоне ХТ.

Материалы и методы. Методом случайной выборки обследовано 95 онкологических больных, получающих ХТ: доксорубицин или цисплатин, не имеющих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Время наблюдения 6 недель. Каждому пациенту проведено не менее 2-х осмотров, первый — включение в исследование, второй — через 6 недель, по необходимости проводились дополнительные осмотры. На 1-ом визите всем обязательно проводился полный осмотр, сбор жалоб, анамнеза, ЭКГ, эхокардиография, измерялось артериальное давление, биохимические маркеры повреждения миокарда (тропонин). Во время контрольного визита обязательно проводился осмотр и ЭКГ, другие исследования по потребности.

Пациенты были разделены на две группы: в группе 1 (n=70) назначен ивабрадин (кораксан) в стандартной дозе 10-15 мг в сутки; группа 2 (n=25) — получали только метаболическую терапию (рибоксин, электролитные смеси). Мужчины составили 47,1 %; женщины 52,9 %, средний возраст — 54,3±1,2 лет. Результаты исследования обработаны методами параметрической и непараметрической статистики в пакете "Primer of Biostatistics".

Результаты: Частота встречаемости жалоб у всех пациентов: сердцебиение — 94,8 %, одышка — 85,3 %, перебои в работе сердца — 71,6 %, боли в области сердца — 27,4 %, нестабильное АД — 13,6 %, отеки — 11,6 %. Средняя ЧСС составила 101,03±1,8 уд/мин. У всех пациентов на момент включения в исследование регистрировался синусовый ритм. На фоне применения ивабрадина значимо уменьшились жалобы на сердцебиение ($p<0,01$), перебои в области сердца ($p<0,05$), одышку ($p<0,05$). Ивабрадин в обычных суточных дозе 10-15 мг, у больных получающих ХТ, снижает ЧСС до целевых значений, на фоне ХТ ЧСС не должна превышать 76 уд. ($p<0,05$).

Выводы. Установлено, что использование ивабрандина способствует уменьшению кардиотоксических эффектов химиотерапии у онкологических больных.

0677 СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА И КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЭПРОСАРТАНОМ

Рипп Т.М., Мордовин В.Ф.
У НИИ Кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

До настоящего момента остается очень мало работ по влиянию на цереброваскулярный резерв (ЦВР) медикаментозной антигипертензивной терапии. Сохранность процессов ауторегуляции и широкий диапазон резерва сосудов головного мозга — это вероятность восстановления и сохранения компенсаторных возможностей мозга, потенциальные возможности обратного развития процессов хронической мозговой недостаточности на фоне ГБ, а, следовательно, возможного медикаментозного предотвращения развития когнитивных расстройств и деменции.

Цель: оценка степени и типов нарушения ЦВР, определение безопасности и эффективности лечения эпросартаном на состояние цереброваскулярного резерва и когнитивных расстройств у больных с артериальной гипертонией без органических поражений головного мозга. Материалы и методы: Проведено обследование 40 здоровых добровольцев и 46 пациентов с ГБ 2ст., 1-2 степени, ранее не получавших регулярно антигипертензивную терапию, без признаков неврологического дефицита в возрасте 52±6лет и лечение 28 больных в течение 12 недель эпросартаном 600мг/сутки или в комбинации с гидрохлортиазидом 12,5мг. Проводился мониторинг: суточного мониторирования АД, изменения показателей СМА на фоне создания условий гиперкапнии (CO_2-4 %) и гипероксии (100 %-O_2) с помощью портативного устройства для дозированной подачи газов, рассчетных коэффициентов и индексов реактивности на нагрузку, результатов психологического тестирования.

Результаты. Выявлено 3 типа нарушений ответных реакций у пациентов с ГБ: 1.снижение гиперкапнической (динамика линейной скорости кровотока (Д ЛСК CO2) 15,3±2,8 %, здоровые 51,2±4,3 % p=0,001, 2.снижение Д ЛСК O_2 -10,4±2,6 % p=0,04 или 3.извращение Д ЛСК O2 4,9±2,3 % p=0,00 гипокапнической реакций по сравнению со здоровыми -18,6±1,9 %.

После терапии наблюдалось достоверное изменение показателей реактивности при гиперкапнии в сторону нормализации (Д ЛСК 0,48±1,6 % p=0,00) реакция на гипероксический раздражитель не достигла нормальных значений, но приобрела однонаправленный естественный характер -10,2±2,3 p=0,02). Исходно сниженные расчетные коэффициенты и индексы ЦВР достоверно стремились к нормальным значениям после лечения. Модифицированный тест интеллекта Г.Айзенка улучшение показателей у 52 %, функции памяти 68 %, степени концентрации и переключения внимания 62 %. Выводы: У пациентов с ГБ 1-2 стадии, 1-2 степени определяется замедление ауторегуляторных реакций и снижение адекватности ответа артериального кровообращения мозга и как следствие снижение показателей, отражающих когнитивные процессы, лечение эпросартаном было эффективным и безопасным.

0678 ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.

Рогозина Л.А., Щукин Ю.В., Качковский М.А., Кузьмина Т.М.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" Самара, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь атеросклеротического поражения сонных и коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследование включено 31 пациент в возрасте от 58 лет до 72 лет, проходившие обследование в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина. Всем пациентам проводилось триплексное исследование и субтракционная дигитальная ангиография брахиоцефальных сосудов, ангиография коронарных артерий. При ультразвуковом исследовании сонных артерий оценивали наличие или отсутствие стенозирующей атеромы внутренней сонной артерии и степень стеноза, характер атеросклеротической бляшки (стабильная, нестабильная). По данным коронарографии определяли максимальную степень сужения коронарных артерий.

На первом этапе больные стратифицированы по признаку выраженности стеноза сонных артерий, 1-я со стенозом сонных артерий менее 50 %, 2-я группа со стенозом 50 % и более. На втором этапе больные стратифицированы по признаку наличия нестабильной атеросклеротической бляшки

Для оценки достоверности различий по уровню выраженности исследуемого признака использовался критерий Вилкоксона-Манна-Уитни (U). Результаты считались статистически значимыми при $p\leq0,05$. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы SPSS 15,0.

Результаты исследования. На первом этапе 1-ю группу составили 9 человек (29 %), 2-ю группу 22 человека (71 %). Группы были однородны по полу и возрасту. Средний процент стеноза коронарных артерий в 1-ой группе составил 42 ± 4 %, во 2-ой группе — 70,5 ± 3 %. При оценке различия по признаку стеноза коронарных артерий выявлено статистически значимо более выраженная степень стеноза во 2-й группе по сравнению с 1-й группой пациентов (U=82, p<0,05). На втором этапе у 20 пациентов (65 %) не выявлено признаков нестабильности атеросклеротических бляшек сонных артерий и у 11 человек (35 %) диагностированы нестабильные атеросклеротические бляшки. Средний процент стеноза коронарных артерий в первой случае составил 51±3 %, а во втором — 63±4 %. Различие статистически оказалось незначимым (U =55, p>0,05).

Выводы. Показатель стеноза коронарных артерий более выражен в группе пациентов с гемодинамически значимым стенозом сонных артерий по сравнению с группой больных со стенозом сонных артерий менее 50 %. Достоверного различия по степени стеноза коронарных артерий между группами пациентов с наличием нестабильности атеросклеротических бляшек сонных артерий и без признаков нестабильности не получено.

0679 ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Рождественская Т.В., Осипов Д.А., Мурылев В.Ю., Иванова И.А.
Центр медико-социологических исследований, областная поликлиника, ГОУВПО, Саратовский государственный медицинский университет, кардиологический санаторий “Октябрьское ущелье”, Саратов, Россия

В ряду наиболее частых причин заболеваемости, инвалидизации и смертности заболевания системы кровообращения занимают одно из первых мест. Эффективность лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий, затрагивающих не только физический, но и социальный статус больного, должна оцениваться с учетом субъективных оценок им самим влияния болезни на различные аспекты жизнедеятельности.

Цель данного исследования — изучение качества жизни (КЖ) как критерия эффективности медико-социальной реабилитации и вторичной профилактики инвалидов вследствие заболеваний системы кровообращения.

В исследование были включены 120 инвалидов трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца (перенесенными инфарктами миокарда) в сочетании с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью, проходивших обследование и лечение в условиях кардиологического отделения Военно-медицинского института, областной поликлиники г. Саратова, кардиологического санатория “Октябрьское ущелье”.

Диагноз заболеваний системы кровообращения был верифицирован при комплексном клинико-инструментальном обследовании больных. Для исследования КЖ нами применялись Миннесотский опросник “Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью”, опросник ВОЗ Качество Жизни-100, для выявления наличия депрессии — опросник CES-D. Результаты исследования обрабатывались на персональном компьютере IBM PC — Pentium с использование стандартных статистических программ. Существенность статистических зависимостей вычислялась с достоверностью 95 % (p<0,05).

Существенная зависимость показателя КЖ прослеживается с функциональными классами стенокардии и хронической сердечной недостаточности, степени и стадии артериальной гипертензии, наличием нарушений сердечного ритма (p<0,01).

Анализ компонентов КЖ выявил значительную зависимость физической составляющей КЖ от выраженности сердечно-сосудистой патологии, социальная и психологическая составляющие зависят от нее в меньшей степени. Величина показателя КЖ, определяемая на основании оценок самого больного, то есть являющаяся, казалось бы, сугубо субъективным показателем, на самом деле коррелирует с рядом объективных величин и характеристик, выявляемых в ходе специального обследования сердечно-сосудистой системы пациента.

Таким образом, КЖ можно рассматривать как надежный показатель состояния больных — инвалидов вследствие болезней системы кровообращения, который может быть использован для повышения степени объективности оценки клинического прогноза и эффективности медико-социальной реабилитации и вторичной профилактики больных при заболеваниях системы кровообращения.

Исследование показателя КЖ может целесообразно включать в рутинное обследование пациентов (в том числе инвалидов) с болезнями системы кровообращения.

0680 ЦИРКАДНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ СОКРАЩЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Романенко С.В.[1], Коваль Е.А.[2], Харченко О.А.[1]
Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности[1], Днепропетровск, Украина; Днепропетровская государственная медицинская академия[2], Днепропетровск, Украина

Цель работы. Изучить взаимосвязи циркадного индекса (ЦИ) частоты сокращений желудочков (ЧСЖ) со структурно-функциональным состоянием миокарда при постоянной форме неклапанной фибрилляции предсердий (ФП).

Методы исследования. Холтеровское мониторирование (“Кардиотехника 4000”, Россия) и эхокардиография (ЭхоКГ) (система GE Logiq P5 Pro, США) проведены 35 больным с неклапанной перманентной ФП после достижения эффективного контроля ЧСЖ, средний возраст 48,6 ± 8,4 года, 25 (71 %) мужчин. ЦИ рассчитывали как соотношение ЧСЖ в дневной и ночной периоды. При ЭхоКГ определяли конечно-диастолические размер (КДР) и объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ), размер левого предсердия (ЛП) в абсолютных и индексированных по площади поверхности тела величинах, конечно-систолические размер и объем (КСР и КСО) ЛЖ, в диастолу измеряли толщину задней стенки (ЗС) ЛЖ и межжелудочковой перегородки (МЖП), рассчитывали фракцию выброса (ФВ) ЛЖ, массу миокарда ЛЖ и ее индексированное значение (ИММЛЖ). Статистический анализ проведен с помощью непараметрического корреляционного анализа Спирмена (ППП “Statistica 6.0”), результаты считали значимыми при уровне p<0,05.

Результаты. Диапазон значений ЦИ у обследованных больных составил от 0,95 до 1,63, средний 1,23±0,18, дефицит циркадной динамики ритма (ЦИ<1,22) выявлен у 16 (46 %) пациентов. Средние значения КДР составили 5,6±0,8 см, КСР — 4,1±0,9 см, КДО — 160±51 мл, КСО — 78±42 мл, ЛП — 4,55±0,64 см. Разброс ФВ ЛЖ — от 27 до 71 % (средняя — 53,5±12,2 %), систолическая дисфункция ЛЖ (ФВ<45 %) диагностирована у 9 (26 %) больных.

При корреляционном анализе ЦИ был обратно связан с систолическими и диастолическими параметрами ЛЖ с максимальным значением коэффициента корреляции для индекса КДО (R=-0,58, p=0,0016) и далее в порядке убывания — индекс КДР (R=-0,52, p=0,007), КСО (R=-0,42, p=0,03), но не размерами ЛП (R=-0,18, p=0,4). Тенденция к утрате циркадных колебаний ЧСЖ по мере развития систолической дисфункции ЛЖ не достигла уровня статистической значимости (R=0,22, p=0,3), вероятно вследствие ограниченного объема выборки и широкого диапазона значений ФВ ЛЖ. Не связанная достоверно с толщиной ЗС (R=-0,19, p=0,36) или МЖП (R=-0,32, p=0,11), циркадная динамика сердечного ритма тем не менее отражала процессы ремоделирования ЛЖ и редуцировалась по мере нарастания его гипертрофии (корреляция ЦИ с ИММЛЖ — R=-0,46, p=0,02).

Выводы. Нарушения циркадной динамики сердечного ритма отмечаются у 46 % пациентов с неклапанной ФП, несмотря на достижение эффективного контроля ЧСЖ. Дефицит ночного снижения ЧСЖ связан с прогрессированием ремоделирования ЛЖ и последующей дилатацией его полости, но не систолической дисфункцией ЛЖ.

0681 РЕАКЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС

Романова Н.П.
ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Росздрава, Тверь, Россия

Цель исследования. Изучить реакцию сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс у больных с юношеской артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования. Обследовано 86 юношей (средний возраст 17,3±0,2 года) с АГ 1 степени. Для создания психоэмоционального стресса использовалась методика с выполнением задания в условиях дефицита времени. В качестве основных показателей, характеризующих реакцию сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональное напряжение, оценивались изменения артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Контрольную группу составили 82 юноши (средний возраст 17,0±0,1 лет).

Результаты. Исходный уровень систолического и диастолического АД у юношей с АГ был выше, чем в контрольной группе (соответственно 135,1±1,5 и 79,2±0,9; 118,7±0,9 и 74,1±0,9 мм рт.ст.; все P<0,05-0,001). При воздействии психоэмоциональной нагрузки систолическое АД в целом у юношей достигало максимальных значений на 5-й минуте исследования и составило у лиц с АГ 137,1±1,6 мм рт.ст., в контрольной группе — 122,9±1,2 мм рт.ст. (P<0,001). В дальнейшем, несмотря на повышение уровня психоэмоционального напряжения, происходила стабилизация АД. После прекращения психоэмоциональной нагрузки систолическое АД достигло минимального уровня на 10 мин отдыха и составило у юношей с АГ 126,0±2,1 мм рт.ст., в контрольной группе — 114,3±0,9 мм рт.ст. (P<0,01). Максимальное повышение диастолического АД отмечено у лиц с АГ на 15-й мин исследования и составило 90,6±1,9 мм рт.ст., тогда как в контрольной группе — на 10-й мин исследования (84,0±1,4 мм рт.ст.; P<0,001). После прекращения нагрузки наблюдалось одновременное резкое снижение диастолического АД уже на 5-й мин отдыха (соответственно 81,3±1,4 и 76,9±0,9 мм рт.ст.; P<0,05). Исходная ЧСС у юношей с АГ составила 73,5±2,0 в мин, лиц контрольной группы — 70,2±1,5 (P>0,05). Изменения ЧСС в обеих группах носили однонаправленный характер, максимальные значения наблюдались на 15-й мин исследования.

При более детальном рассмотрении полученных данных было выделено 2 типа реагирования сердечно-сосудистой системы у юношей на психоэмоциональный стресс. 1-й тип характеризовался постепенным подъемом систолического АД на стресс-нагрузку и плавным его снижением после стресса. При 2-м отсутствовало значительное повышение систолического АД и оно начинало снижаться уже на высоте нагрузки. У юношей с АГ 1-й тип реагирования встретился в 40 (46,5 %), 2-й — в 46 (53,5 %; P<0,05) случаях, в контроле соответственно в 55 (67,1 %) и 27 (32,9 %; P<0,05).У юношей с АГ при 1-м типе реагирования наблюдались более низкие исходные значения систолического АД по сравнению с лицами, имеющими 2-й тип реагирования (соответственно 130,4±2,1 и 138,8±1,9 мм рт.ст.: P<0,01). У первых на 10-й минуте исследования отмечен максимальный подъем систолического АД с 130,4±2,1 до 142,6±2,4 мм рт.ст. (P<0,05), а при втором типе — снижение АД с 139,9±1,9 до 131,1±2,3 мм рт.ст. (P<0,05) на 5-й мин исследования с последующей его стабилизацией. После прекращения нагрузки в обоих подгруппах имелось снижение систолического АД до 126,2±1,9 мм рт.ст. на 10-й минуте отдыха при 1-м типе реагирования и 125,6±3,5 мм рт.ст. на 5-й мин при 2-ом типе реагирования.

Выводы. У юношей с АГ 1 степени можно выделить 2 типа реагирования сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс: адекватное и неадекватное.

0682 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РЕФЛЕКСА КАК ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Романчук Н.П., Волобуев А.Н., Петров Е.С., Крюков Н.Н.*, Романчук П.И
ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава, Самара, Россия; Центр артериальной гипертонии*, Самара, Россия

В работе показано, что первопричиной первичной артериальной гипертонии (АГ) является нарушение функционирования кардиоваскулярного рефлекса, синхронизированного с работой сердца, который выполняет функции, во-первых, снижения гидравлического сопротивления при прохождении кровотоком прекапиллярного гемодинамического барьера, а во-вторых, поддержания устойчивого нефлаттерного режима течения в крупных сосудах.

Цель. Регистрация в эксперименте биофизических и патофизиологических механизмов развития первичной АГ как нарушение вариабельности кардиосинхронизированного механизма антифлаттерной стабилизации сосудистой системы.

Материал и методы. В эксперименте использовались биофизические и физиологические методики, авторские материалы зарегистрированные, в Роспатенте, а также стандартные методы: электрокардиологические, нейрофизиологические, ЭхоКГ, МРТ, КТ и др.

Результаты. Авторами в эксперименте открыты новые функционально-морфологические механизмы, управляющие нейрорефлекторной регуляцией кровотока в артериях. Найдена регуляторно–функциональная роль повышения пульсового давления в норме к периферии кровообращения. Найден способ расчета и критерии флаттерного режима течения по кровеносным сосудам. Зарегистрированы новые патофизиологические аспекты функционирования системы нейрорефлекторной регуляции артериальных сосудов. Найдена биофизическая и патофизиологическая причина развития первичной АГ как нарушение вариабельности кардиоваскулярного рефлекса.

Клиническое применение: 1) на основе применения авторских биофизико-регуляторных и физиологических принципов функционирования сосудов были созданы (в России и Евросоюзе) сосудистые протезы из новых материалов, конструкция которых обеспечивает длительную реканализацию артериального кровотока; 2) 3D диагностика нарушения ритма сердца с помощью векторэлектрокардиографии используется в Самарском областном клиническом кардиологическом диспансере; 3) в спортивной медицине используются эластичные антифлаттерные плавательные костюмы, которые снижают гидравлическое сопротивление и позволяют устанавливать мировые и олимпийские рекорды; 4) в транспортной медицине применение антигипертензивных лекарственных препаратов на основе мониторинга новых маркёров с целью надежности "человеческого фактора" в медицинском обеспечении мероприятий на различных видах транспорта; 5) новые механизмы регуляции артериальных сосудов включены в мониторинг маркёров за инновациями и нанотехнологиями восстановительной медицины, применяемых у пациентов с первичной АГ.

Заключение. Новые биофизические, патофизиологические, электрокардиологические и клинические изменения вариабельности кардиоваскулярного рефлекса позволяют оценить эффективность лечения и прогноза осложнений у пациентов с первичной АГ.

0683 УРОВЕНЬ СЕКРЕЦИИ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Ротарь О.П., Фурсова И.В., Яковлева О.И., Солнцев В.Н., Конради А.О., Шляхто Е.В.
ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова" Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Целью нашего исследования было оценить распространенность микроальбуминурии и её связь с компонентами метаболического синдрома (МС) в популяции банковских служащих, которые заняты интеллектуальным трудом и имеют малоподвижный образ жизни.

Материалы и методы. В различных офисах Санкт-Петербурга было обследовано 1600 работников банка в возрасте от 20 до 65 лет. Все обследуемые были опрошены по вопроснику, который включал личные данные, сведения относительно курения, потребления алкоголя, физической активности, сопутствующей патологии и терапии Артериальное давление и пульс измерялись в положении сидя трехкратно на правой руке. Проводились антропометрические измерения, забор крови для определения липидного спектра и глюкозы проводился натощак. Пациенты с наличием хотя бы одного компонента МС (артериальная гипертензия (АГ) или антигипертензивная терапия, ожирение, гипертриглицеридемия или снижение уровня ЛПВП) были приглашены на следующий этап обследования. На втором этапе пациентам (158) проводились: эхокардиография, ультразвуковая допплерография брахиоцефальных артерий с определением толщины интима-медия (ТИМ) и атеросклеротических бляшек, глюкозотолерантный тест, определения уровня альбумина в утренней порции мочи соотношения альбумин/креатинин мочи. Уровень глюкозы, липидов сыворотки и альбуминов мочи в утренней порции определялся на аппарате Хитачи-902 с использованием реактивов фирмы Рош Диагностика (Швейцария).

Результаты. Нормальная экскреция альбумина с мочой (менее 10 мг/л) была выявлена у 101 пациента из 158 (63,4 %), нормальная высокая (10-20 мг/л) у 23 пациентов (14,5 %), микроальбуминурия (МАУ) у 30 (18,9 %), макроальбуминурия у 4 (2,53). При разделении пациентов на группы пациентов с наличием или отсутствием МС согласно критериям IDF, ATPIII и ВОЗ значимых различий в уровне секреции найдено не было. Обращало внимание, что все 4 случая макроальбуминурии имели МС согласно критериям IDF.

Не было выявлено корреляций для МАУ, показатели мужчин и женщин значимо не различались. Для показателя альбумин/креатинин были выявлены слабо значимые корреляции для мужчин с показателями роста r=0,27 (p=0,02) и возраста r=0,27 (p=0,02), а для женщин с уровнем систолического АД r=0,24 (p=0,006) и индекса миокарда левого желудочка r=0,22 (p=0,01).

Выводы. Таким образом, на уровень экскреции альбумина с мочой не влияли ни пол, ни наличие метаболического синдрома, а возраст и систолическое артериальное давление.

0684 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Рощина А.А., Кароли Н.А., Ребров А.П.
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Целью исследования было изучение взаимосвязи особенностей течения бронхиальной астмы (БА) и изменения скорости распространения пульсовой волны в аорте в ответ на пробу с реактивной гиперемией.

Обследовано 53 больных бронхиальной астмой (37 женщин и 16 мужчин). Средний возраст больных составил 44,01±13,91 лет. В группу контроля было включено 35 добровольцев (40,19±11,90 лет), 21 женщина и 14 мужчин. Измерение жесткости артерий, а именно скорости распространения пульсовой волны в аорте (PWVa, м/с) проводилось методом неинвазивной артериографии, используя артериограф TensioClinic (Tensiomed, Венгрия) до и после пробы с реактивной гиперемией и с последующим подсчетом прироста (ΔPWVao, %) и разделением на подгруппы: ΔPWVao<0 (32 больных БА) и ΔPWVao≥0 (21 больных БА).

Установлено, что в обеих группах происходило снижение PWVa в ответ на реактивную гиперемию на 1,70 % [-8,69; 5,57] у больных БА и на 0,96 % [-10,01; 8,54] в контрольной группе, что объясняется снижением тонуса и увеличением просвета артерии в результате усиления кровотока (эндотелийзависимая вазодилатация) после функционального теста с последующим снижением скорости распространения пульсовой волны в аорте. Не было отмечено достоверных различий в процентном соотношении обследованных больных с нарастанием и снижением PWVao как в группе пациентов с БА (60 и 40 %) так и в контрольной группе (54 и 46 %). При анализе исходных параметров артериальной ригидности так же отсутствовали достоверные различия PWVao у больных БА и в контрольной группе (8,83±3,12 и 7,88±2,36). В подгруппе больных БА с патологическим нарастанием PWVao (в среднем на 9,23 % [4,22; 14,83]) после функциональной пробы по сравнению с подгруппой ΔPWVao<0 отмечалось достоверно более частое возникновение дневных (1,47±1,31 и 0,65±1,60 соответственно, p<0,05) и ночных симптомов астмы (1,19±0,63 и 0,28±1,36 соответственно, p<0,01). Кроме того течение астмы у больных из подгруппы ΔPWVao≥0 по сравнению с ΔPWVao<0 по данным опросника ACT (Asthma Control Test, 2002) контролировалось хуже (10,20±6,03 и 4,40±7,49 баллов соответственно, p<0,05) и тяжесть обострения астмы была сильнее (с учетом индекса тяжести): 29,87±6,27 и 25,12±6,61 баллов соответственно, p<0,05.

Таким образом, несмотря на то, что в основном реакция на пробу с реактивной гиперемией как у больных астмой, так и в контрольной группе была однонаправленной (отрицательной), при выделении подгруппы больных с парадоксально повышенной реактивностью артерий и нарастанием скорости распространения пульсовой волны в аорте наблюдалась повышенная реактивность и бронхов, проявляющаяся в виде более тяжелого течения астмы и ее обострений.

0685 МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Рощупкин А.Н.
ГОУ ВПО "ОрГМА Росздрава", Оренбург, Россия

Цель исследования: установить распространенность изменений параметров эхокардиоскопии (Эхо-КС) у детей и подростков, как с абдоминальным ожирением, так и с различным количеством компонентов метаболического синдрома.

Методы исследования: проведено одномоментное эпидемиологическое исследование детской популяции 10-18 лет. Всего на базе областной детской клинической больницы было обследовано 82 ребенка с подтвержденным диагнозом абдоминального ожирения от I до IV степени, как в сочетании с другими главными признаками МС, так и без них (32 девочки и 50 мальчиков). МС диагностировался согласно рекомендациям IDF 2007 года. При этом наличие АО в сочетании с тремя главными признаками МС отмечалось у 5 детей (группа I), в сочетании с 2 компонентами — у 18 детей (группа II), с 1 — у 37 (группа III) и у 22 детей имелось только АО (группа IV). Дети с АО без наличия других признаков МС (IV группа) составили контрольную группу. Всем детям проводилось обследование, включающее эхокардиоскопию с доплерографией на аппарате "ALOKA-5000" (Япония).

Результаты и обсуждение: полученные результаты были сравнены между группами детей, приведенными выше. Увеличение левого желудочка отмечалось у 54,9 % детей, при этом по группам оно распределялось следующим образом: группа IV — 45,5 %, группа III — 51,4 %, группа II — 72,2 %, группа I — 60 %. Увеличение правого желудочка зарегистрировано у 9,8 % школьников (группа IV — 9,1, группа III — 10,8 %,

группа II — 11,1 %, группа I — не зарегистрировано), при этом оно всегда сочеталось с увеличением левого желудочка. Увеличение же левого предсердия было констатировано у 12,2 % участников (группа IV — 4,5 %, группа III — 10,8 %, группа II — 22,2 %, группа I — 20 %. Дополнительная трабекула в выходном тракте левого желудочка зарегистрирована у 47,6 % исследованных детей. Расширение легочной артерии было обнаружено у 45,1 % (группа IV — 50 %, группа III — 45,9 %, группа II — 33,3 %, группа I — 60 %). Снижение фракции выброса левого желудочка (на 3-4 %) имело место в 4,9 % случаев среди всех детей — по 5,4 % в группе III и 11,1 % в группе III. Гипоплазия аорты и дисфункция хорд митрального клапана имелись в 2,5 % (по 1 ребенку с обоими видами патологии в группах II и III). Открытое овальное окно встречалось в 15,9 %, но при этом правые отделы сердца не увеличивались. Пролапс митрального клапана 1 степени зарегистрирован у 19,5 % детей (группа IV — 22,7 %, группа III — 21,6 %, группа II — 5,6 %, группа I — 40 %), 2 степени у 1,2 % (1 ребенок в группе III), пролапс трикуспидального клапана — 22 %. Расширение аорты на уровне синусов Вальсальвы и недостаточность трикуспидального клапана имелась у 1 ребенка из II и III групп соответственно.

Выводы: полученные нами данные показали, что для детей и подростков с МС характерны морфометрические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Следует включать детей и подростков с МС в группу риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний с соответствующими диспансерным наблюдением и профилактическим лечением.

0686 ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Ртищева О.В., Калев О.Ф Кругликова А.В.
ГОУ ВПО “Челябинская государственная медицинская академия Росздрава”, Челябинск, Россия

Цель: изучить влияние гемодиализа у женщин и мужчин на показатели липидного обмена.

Методы исследования. Обследовано 283 пациента, которые были разделены на 2 группы. В первую группу были включены 85 женщин, средний возраст 48,5±11,8 и 90 мужчин (42,5±12,2), находящиеся на программном гемодиализе. Во вторую группу были включены 53 женщины (47,9±12,5) и 55 мужчин (49,2±12,2) с хроническими болезнями почек с додиализной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН). Группу контроля составили 42 женщины (47,3±13,1) и 38 мужчин (43±15,6) с различными заболеваниями почек без ХПН.

Оценка уровня липидов проводилась в соответствии с рекомендациями ВНОК (2007г): гиперхолестеринемия (ГХС) ≥5,0 ммоль/л, гипертриглицеридемия (ГТГ) >1,7 ммоль/л, повышенный уровень липидов низкой плотности (ЛПНП) ≥3,0 ммоль/л, липидов высокой плотности (ЛПВП) <1,0 ммоль/л (у мужчин) и <1,2 ммоль/л (у женщин). Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. У женщин в группе предиализа частота ГХС выявлена в 59 % случаях, ГТГ в 30 %, повышенный уровень ЛПНП в 68 %, сниженный уровень ЛПВП в 61 % случаях. В группе гемодиализа в 53 %, 36 %,56 % и 66 % соответственно. В группе контроля 73 %, 41 %, 86 % и 27 % соответственно. Различия в частоте дислипидемий между группами гемодиализа и предиализа статистически не значимы. В сравнении с контролем частота повышенного уровня ЛПНП в группе гемодиализа была меньше ($p<0,05$), частота пониженного уровня ЛПВП была больше как в группе гемодиализа, так и в группе предиализа. ($p<0,05$).

У мужчин в группе предиализа частота ГХС выявлена в 53 % случаях, ГТГ в 58 %, повышенный уровень ЛПНП в 66 %, сниженный уровень ЛПВП в 50 % случаях. В группе гемодиализа в 29 %, 32 %, 35 % и 48 % соответственно. В группе контроля 55 %, 38 %, 69 % и 17 % соответственно. В группе гемодиализа, по сравнению с группой предиализа достоверно меньше частота ГХС, ГТГ и пониженного уровня ЛПНП, в сравнении с контролем достоверно меньше частота ГХС ГТГ, повышенного уровня ЛПНП. ($p<0,05$). Частота сниженного уровня ЛПВП достоверно больше как в группе гемодиализа, так и в группе предиализа по сравнению с группой контроля ($p<0,05$).

В группе гемодиализа у женщин частота гиперхолестеринемии достоверно больше, чем у мужчин — 53 % и 29 % соответственно ($p<0,05$).

Выводы. Хронический гемодиализ достоверно чаще приводит к снижению частоты гиперхолестеринемии, триглицеридемии и повышенному уровню ЛПНП у мужчин, в сравнении с предиализными больными и больными с заболеваниями почек без ХПН.

У женщин гемодиализ достоверно чаще приводит к снижению уровня ЛПВП по сравнению с больными без ХПН, гиперхолестеринемия у них встречается достоверно чаще, чем у мужчин.

0687 ГЕМОСТАЗ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Рубаненко О.А., Симерзин В.В., Качковский М.А., Кириченко Н.А.
ГОУ ВПО “Самарский государственный медицинский университет Росздрава”, Самара, Россия

Цель. Выявить особенности системы гемостаза и липидного обмена у больных с распространенным атеросклерозом.

Методы исследования. В исследование включено 79 пациентов ИБС с атеросклеротическим поражением артерий БЦС (44 мужчины и 35 женщин). Средний возраст больных составил 49,5±2 лет. Всем больным проводилось триплексное сканирование экстракраниальных отделов артерий БЦС на аппаратах Logiq 5 и Logiq 7, исследование липидного спектра, включающее определение общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Для оценки состояния системы гемостаза проводилось определение ПТИ, МНО, АЧТВ, тромбинового времени, фибриногена, АДФ — индуцированной агрегации тромбоцитов, фактора Виллебранда (фВ) и D — димера. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа с гемодинамически незначимыми стенозами артерий БЦС (52 пациента) и 2 группа с гемодинамически значимыми стенозами артерий БЦС (27 пациентов). Сравнение двух групп по количественным признакам проводилось по t-критерию для несвязанных групп и по U-критерию Манна — Уитни. При проведении корреляционного анализа использовали r корреляцию Пирсона и R корреляцию Спирмена.

Полученные результаты. При анализе показателей липидного обмена у больных обеих групп было выявлено повышение уровней ОХ, ХС ЛПНП и ТГ, однако у больных 2 группы уровень ОХ и ХС ЛПНП оказался на 27,6 % ($p<0,001$) и 34,8 % ($p<0,001$) выше соответственно, по сравнению с больными 1 группы. При проведении корреляционного анализа с гемодинамически значимым стенозом артерий БЦС ассоциировался уровень ОХ (r Пирсона = 0,65) ($p=0,0005$) и ХС ЛПНП (r Пирсона=0,57) ($p=0,003$). При анализе показателей системы гемостаза было выявлено повышение уровня фибриногена у больных 2 группы на 12,8 %, по сравнению с больными 1 группы ($p=0,02$). По данным нашего исследования, уровень D — димера находился выше нормативных значений у пациентов обеих групп, однако у пациентов 2 группы его уровень был на 66,3 % выше, чем у пациентов 1 группы ($p=0,03$). Уровень фВ у пациентов 2 группы был на 38,1 % выше, чем у пациентов 1 группы ($p=0,036$). При проведении корреляционного анализа с наличием гемодинамически значимого стеноза был ассоциирован уровень фибриногена (r Пирсона =0,54) ($p=0,005$), уровень D — димера (R Спирмена =0,63) ($p=0,007$) и фВ (R Спирмена =0,58) ($p=0,03$).

Выводы. У больных с распространенным атеросклерозом предикторами развития гемодинамически значимого стеноза

артерий БЦС являются уровень ОХ, ХС ЛПНП, уровень фибриногена, отражающий 3 фазу свертывания крови и повышенный риск тромбозов, D — димера, обуславливающий внутрисосудистую активацию свертывания крови и повышение активности фибринолиза и фактора Виллебранда, отражающего выраженность дисфункции эндотелия. Вышеуказанные показатели могут использоваться для оценки риска развития атеротромбоза у данных пациентов.

0688 ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко А.О., Щукин Ю.В., Германов А.В., Терешина О.В., Рябова Е.Н., Шавкунов С.А.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава", Самара, Россия

Цель. Выявить гемодинамические, гемостазиологические и генетические факторы, ассоциированные с развитием ишемического инсульта у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Методы исследования. В исследование включено 30 больных ИБС с постоянной формой фибрилляции предсердий, средний возраст больных составил 65,6±3,1 лет. Всем больным выполнялась трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография (ЧПЭхоКГ), проводилось исследование показателей системы гемостаза (МНО, АЧТВ, фибриноген, РФМК, антитромбин III), полиморфных маркеров 4G (-675)5G гена PAI-1. Все больные были разделены на две группы: 1 группу составили пациенты с перенесенным ишемическим инсультом (12 человек), 2 группу — пациенты без ишемического инсульта в анамнезе (18 человек). Для оценки достоверности различий между исследуемыми показателями использовали критерий U Манна — Уитни, при проведении корреляционного анализа применяли τ — корреляцию Кендалла.

Полученные результаты. При анализе гемодинамических показателей у больных 1 группы фракция выброса левого желудочка (ФВ) была на 21,3 % ниже, чем у больных 2 группы (p=0,04). Пациенты, перенесшие ишемический инсульт, имели в среднем более высокие степени спонтанного эхоконтрастирования (СЭК), чем больные без него в анамнезе (p=0,04). У пациентов 1 группы тромбоз ушка левого предсердия (УЛП) определялся в 100 % случаев, в то время как у пациентов 2 группы — в 66,7 % случаев (p=0,04). При анализе показателей системы гемостаза уровень РФМК оказался выше нормативных значений в обеих группах больных, однако у пациентов 1 группы уровень данного теста был на 40,8 % выше, чем у пациентов 2 группы (p=0,01). Генотип 4G/4G гена PAI — 1 наблюдался у 37,5 % больных, перенесших ишемический инсульт и у 8,3 % больных без него в анамнезе (p=0,04). При проведении корреляционного анализа, с наличием ишемического инсульта были ассоциированы следующие показатели: уровень РФМК (τ Кендалла =0,6) (p=0,001), СЭК (τ=0,39) (p=0,006), генотип 4G/4G гена PAI — 1 (τ=0,35) (p=0,04), ФВ (τ= — 0,35) (p=0,02), тромбоз УЛП (τ=0,31) (p=0,03).

Выводы. У больных с постоянной формой фибрилляции предсердий предикторами развития ишемического инсульта является повышение уровня РФМК, отражающего активацию системы гемостаза, наличие высоких степеней СЭК, генотип 4G/4G гена PAI — 1, обуславливающий снижение фибринолитической активности крови, снижение ФВ, а также наличие тромбоза УЛП. Данные гемодинамические, гемостазиологические и генетические показатели могут использоваться для стратификации риска развития ишемического инсульта у данных больных.

0689 СОПРЯЖЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ С ВЕГЕТАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ ХОЛОДОВОМ СТРЕССЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Губская П.М., Виноградов А.И.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования. Изучить сопряженность изменений показателя Е/А диастолической функции левого и правого желудочков сердца и изменений вегетативных показателей при холодовом стрессе у больных артериальной гипертензией (АГ) женщин.

Материал и методы исследования. Обследована 41 женщина (средний возраст 50,1±1,2 лет) больная АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007), не получавшая регулярной антигипертензивной терапии. Всем обследуемым высчитывался уровень среднего артериального давления (АДср), проводилась вариационная интервалометрия с определением показателя индекс напряжения (ИН), отражающего активность симпатического отдела вегетативной нервной системы и напряженность регуляторных механизмов, исследовалась диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ) и диастолическая функция правого желудочка (ДФПЖ), за основу взят показатель Е/А. Обследование проводилось в покое и при холодовой пробе (ХП), которая проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 мин. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы "Statistica 6,0".

Результаты исследования. Направленность показателя Е/А у больных АГ при ХП характеризовалась тремя основными реакциями: увеличением показателя Е/А, уменьшением показателя Е/А, и отсутствием изменения показателя Е/А. В группе больных АГ женщин во время холодового воздействия в 30,8 % случаев в ЛЖ показатель Е/А увеличивался на 10 % и более. При анализе ИН у этой группы больных было выявлено, что у 66,7 % больных ИН уменьшался, т. е. увеличение показателя Е/А во время ХП в этой группе больных сопровождалось усилением парасимпатических влияний. У 25,6 % больных АГ женщин во время холодового воздействия показатель Е/А уменьшался на 10 % и более, при этом в 70 % случаев значительно нарастали симпатоадреналовые влияний (ИН увеличился на 10 % и более).

В ПЖ увеличение показателя Е/А встречалось в 36,7 % случаев, а уменьшение показателя Е/А в 23,3 % случаев. Также как и в ЛЖ увеличение показателя Е/А, а значит, и улучшение диастолической функции, у 54,5 % больных сопровождалось уменьшением ИН. Уменьшение показателя Е/А в ПЖ при холодовом воздействии сопровождалось увеличением числа больных, ИН которых возрастал с ΔИН (+34,4 %) до ΔИН (+57,6 %).

Таким образом, в группе больных АГ женщин диастолическая функция изменяется на холодовой стресс разнонаправлено. Мы предполагаем, что такое изменение диастолической функции как ЛЖ, так ПЖ связано, прежде всего, с регуляторными и вегетативными особенностями реагирования сердечно-сосудистой системы на стресс.

0690 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСТРОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА У КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Губская П.М., Прошина Л.Г., Евсеев М.Е.
Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: провести сравнительный анализ структурных изменений в миокарде левого и правого желу-

дочков сердца крыс линии Вистар под влиянием преднизолона.

Материал и методы: крысам-самцам линии Вистар однократно интраперитонеально вводился преднизолон из расчета 3 мг/кг. Через 2 часа и 6 часов после однократного введения препарата под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) и в правом желудочке (ПЖ) в каждой серии эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности кардиомиоцитов (КМЦ), коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства (ВКП).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что в ЛЖ наиболее значительные структурные изменения миокарда выявлены через 2 часа после введения преднизолона: значительно уменьшилась плотность КМЦ (с 79,13±1,09 об.% в контроле до 70,32±1,74 об.% через 2 часа после введения, $p<0,05$), увеличилась плотность коллагена (с 7,06±0,63 об.% в контроле до 14,55±1,22 об.% через 2 часа после введения, $p<0,05$) и объем ВКП (с 8,6±0,56 об.% в контроле до 13,21±1,19 об.% через 2 часа после введения, $p<0,05$).

В миокарде ПЖ максимальное уменьшение плотности кардиомиоцитов отмечено через 6 часов после введения препарата (с 82,3±1,17 об.% в контроле до 62,48±2,24 об.% через 6 часов, $p<0,05$), причем степень снижения более выражена, нежели в ЛЖ. Плотность коллагена под влиянием преднизолона в ПЖ, как и в ЛЖ увеличилась, но максимальных изменений достигла через 6 часов (с 7,48±0,6 об.% в контроле до 21,82±6,66 об.% через 6 часов, $p<0,05$). Объем ВКП достоверно увеличился с 3,48±0,53 об.% в контроле до 13,04±1,24 об.% через 2 часа ($p<0,05$) и до 14,73±1,14 об.% через 6 часов после введения преднизолона ($p<0,05$).

Таким образом, под влиянием преднизолона развиваются выраженные структурные изменения в миокарде обоих желудочков. Острое ремоделирование миокарда левого желудочка развивается уже через 2 часа после введения препарата, тогда как в правом желудочке структурные изменения достигают максимума через 6 часов, причем степень снижения плотности кардиомиоцитов и отек коллагена в правом желудочке более выражены, нежели в ЛЖ. Такой выраженный асинхронизм острого ремоделирования миокарда левого и правого желудочков под влиянием преднизолона, как во времени, так и в особенностях морфологических изменений, в клинике может привести к развитию тяжелых кардиальных эпизодов.

0691 АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФАТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Рудакова Л.Е., Фаткабраров М.Ф., Бондаренко Л.А., Кольчугина В.В., Нефедова Л.В., Козина Л.Е.
Медицинский институт ПГУ, кафедра "Внутренние болезни", МУЗ ГКБ СМП имени Г.А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель исследования — ретроспективное изучение частоты и причин возникновения фатальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у больных различного профиля, умерших в городских больницах Пензы.

Материал и методы. В работе используются данные патолого-анатомического отделения МУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, в котором проводилось вскрытие умерших пациентов из 5 многопрофильных больниц. Всего в 2008-2009гг произведено 1752 аутопсии, выявлено 104 случая ТЭЛА (5,9 %), явившейся непосредственной причиной смерти или фатально осложнившей течение основного заболевания. ТЭЛА была диагностирована при жизни в 25 случаях (24 %), была только отражена в заключительном клиническом диагнозе, но при жизни не была распознана в 12 случаях (11,5 %). ТЭЛА не была диагностирована и даже не входила в диагностическую гипотезу при жизни больных, а была обнаружена лишь на вскрытии в 67 случаях (64 %). В 106 случаях диагноз ТЭЛА был выставлен, но не подтвержден на аутопсии. Источник ТЭЛА был установлен во всех 104 случаях. У 103 пациентов был выявлен ТГВ, у 1 пациента обнаружены тромбы в камерах правого сердца, у 6 пациентов одновременно выявлялись тромбы в венах нижних конечностей и правых отделах сердца. В подавляющем большинстве случаев (76,7 %) ТГВ был дистальный, значительно реже — проксимальный (23,3 %). Средний возраст умерших от ТЭЛА составил 68,9±1,3 года, лиц моложе 50 лет было 7. Женщины составили 65 %. Признаки застойной сердечной недостаточности были обнаружены клинически и при аутопсии в 25 % случаев, расширенные вены — в 2,9 %, избыточная масса тела — в 43,3 %, длительное пребывание на постельном режиме — в 24 %. У большинства больных выявлялась комбинация 3 и более факторов риска венозной тромбоэмболической болезни. Среди всех пациентов, умерших от ТЭЛА, больные терапевтического профиля составили 40,4 %, хирургического — 30,8 %, неврологического — 28,8 %. Среди больных терапевтического и неврологического профиля в 93 % случаев основным заболеванием, приведшим к летальной ТЭЛА, являлась декомпенсация ХСН на фоне крупноочагового постинфарктного кардиосклероза, повторного ИМ, легочного сердца, раковой болезни, инсульта. У больных хирургического профиля фатальная ТЭЛА чаще развивалась при онкозаболеваниях и гангрене нижних конечностей. Среди всех летальных исходов массивная ТЭЛА была диагностирована в 63,5 % случаев, субмассивная — в 31,7 %, мелких ветвей — в 4,8 %. В 15,4 % случаев летальных исходов ТЭЛА привела к развитию инфарктной пневмонии.

Выводы. ТЭЛА у умерших пациентов многопрофильных больниц Пензы выявляется в 5,9 % случаев. Фатальная ТЭЛА развивается значительно чаще у госпитализированных пациентов терапевтического профиля. Прижизненная диагностика ТЭЛА и ее источников крайне низкая. У 99 % больных, умерших в стационаре от ТЭЛА, на аутопсии выявляется ТГВ, который клинически протекает преимущественно бессимптомно.

0692 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ФАТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Рудакова Л.Е., Беляева Ю.Б., Бондаренко Л.А., Кукушкина Л.С., Чернышова О.Н.
Медицинский институт ПГУ, кафедра внутренних болезней; ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель исследования — изучение клинико-лабораторных особенностей течения фатального инфаркта миокарда (ИМ) у больных сахарным диабетом (СД).

Методы исследования. Рассмотрены истории болезни и результаты аутопсий 72 пациентов, умерших от ИМ в течение 2008г в кардиологическом отделении № 2 МУЗ ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина г. Пензы, среди них 33 мужчины и 39 женщин в возрасте от 46 до 88 лет, средний возраст 71,1±9,8 года. Выделены две группы. В 1-ую группу вошли 55 пациентов с ИМ, 2-ую группу составили 17 пациентов с ИМ и СД. Следует подчеркнуть, что у всех пациентов 2-ой группы был СД 2 типа, который был диагностирован на догоспитальном этапе.

Результаты. За период с января по март 2008 года в отделении кардиологии № 2 находились на лечении 157 больных с ИМ, среди них лиц без СД 115 (73 %), с наличием СД 2 типа — 42 (27 %). Известно, что в России около 5 % населения страдает СД 2 типа. С учетом этих данных можно говорить о том, что распространенность СД 2 типа среди больных ИМ в 5,5 раз выше распространенности данного заболевания в общей популяции.

По половому составу больные распределялись следующим образом: в 1-ой группе насчитывалось 28 (51 %) мужчин, 27

(49 %) женщин, во 2-ой группе — 5 (29 %) мужчин и 12 (71 %) женщин.

По частоте рецидивов, локализации, глубине и распространенности ИМ существенных различий между группами не установлено. Типичная, то есть, болевая форма ИМ наблюдалась у 91 % больных 1-ой группы (50 человек) и лишь у 65 % (11 человек) 2-ой группы, в то время, как атипичные клинические формы ИМ (в частности, безболевая и абдоминальная) наблюдались в 9 % и 35 % случаев в 1-ой и 2-ой группах соответственно. Таким образом, ИМ у больных СД 2 типа протекает атипично в 4 раза чаще по сравнению с лицами без СД.

Большой интерес вызвал анализ гликемии у больных фатальным ИМ. Интервалы колебаний уровня глюкозы в сыворотке крови в группах больных практически не отличались и составили у больных 1-ой группы от 4,7 ммоль/л до 25,8 ммоль/л, в среднем 10,6±5,1 ммоль/л; у больных 2-ой группы — от 4,8 ммоль/л до 22,4 ммоль/л, в среднем 12,0±5,3 ммоль/л. Гликемия более 5,5 ммоль/л в группе пациентов с фатальным ИМ без СД наблюдалась в 51 (92,7 %) случае; причем в 15 (27 %) из них уровень глюкозы превышал 11,0 ммоль/л, а в 6 (11 %) — 18 ммоль/л. Высокая гипергликемия, выявленная у подавляющего большинства больных 1-ой группы, с одной стороны, может быть обусловлена стрессовой ситуацией, а с другой — наличием в этой группе лиц с недиагностированным СД.

Выводы. 1. Среди больных ИМ распространенность СД 2 типа в 5,5 раз выше, чем распространенность данного заболевания в общей популяции в России.

2. Среди пациентов с фатальным ИМ и СД преобладают женщины. 3. Течение ИМ у больных с СД 2 типа характеризуется большой частотой атипичных форм. 4. У пациентов с фатальным ИМ без диагностированного СД в 27 % случаев уровень глюкозы в сыворотке крови превышал 11,0 ммоль/л.

0693 ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Руденко В.Г., Закирова А.Н., Валеев И.Г., Берг А.Г., Багманова З.А.
ГОУ ВПО "Башкирский Государственный медицинский университет", Уфа, Россия

У больных с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца (ИБС), миокардитическим кардиосклерозом с сохранной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) нередки случаи возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП).

Целью исследования явилась оценка диастолической функции ЛЖ у больных с пароксизмами ФП, как возможной причины гемодинамической перегрузки левого предсердия

Методы исследования. Проведена оценка диастолической функции ЛЖ у 60 больных с пароксизмами ФП на фоне ИБС, артериальной гипертензии 1-2 степени, миокардитического кардиосклероза (39 мужчин, 21 женщина). Признаков систолической дисфункции в этой группе больных не отмечалось (фракция выброса ЛЖ, рассчитанная по формуле L. Teıcholtz, составила 0,65±0,008). Средний возраст больных составил 55,6±1,21 года. Диастолическая функция ЛЖ оценивалась на аппарате "HDI-5000" (фирма ATL, США) методом допплерэхокардиографии в импульсном режиме по показателям трансмитрального потока на фоне спокойного дыхания в фазу выдоха по 5 сердечным циклам на синусовом ритме. Определялась максимальная скорость потока раннего наполнения ЛЖ (Ve), максимальная скорость предсердной систолы (Va), Ve/Va, время замедления раннего наполнения ЛЖ (DTe), время изоволюметрического расслабления (IVRT). Признаками нарушения диастолической функции ЛЖ считали увеличение IVRT более 100 мс, уменьшение соотношения Ve/Va менее 1,0, увеличение DTe более 240 мс. Проводился расчет конечного диастолического давления (КДД) ЛЖ по формуле: КДД ЛЖ (мм рт.ст.) = 1,06+15,15×Va/Ve. Группу контроля составили 20 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту и полу.

Полученные результаты. У больных с пароксизмами ФП не выявлено выраженного нарушения диастолической функции ЛЖ. Максимальная скорость потока раннего наполнения ЛЖ (Ve) составила 66,0±1,6 см/с, максимальная скорость предсердной систолы (Va) — 63,0±1,5 см/с, Ve/Va — 1,09±0,03, DTe — 200,0±4,4 мс, IVRT — 93,0±2,3 мс. Однако в группе с пароксизмами ФП значение максимальной скорости предсердной систолы (Va), и соотношение Ve/Va имели достоверные различия по сравнению с группой контроля (Va — 63±1,5 см/с против 54±2,9 см/с, $p<0,05$, Ve/Va — 1,09±0,034 против 1,29±0,07, $p<0,05$ в группе с ФП и в контроле, соответственно). Также отмечалось достоверное различие по расчетному КДД ЛЖ, которое составило 15,0±0,47 мм рт. ст. в группе больных с пароксизмами ФП и 12,9±0,66 мм рт.ст. в группе контроля ($p<0,05$).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о наличии тенденции к нарушению диастолической функции ЛЖ у больных с пароксизмами ФП, что приводит к повышению давления наполнения ЛЖ и гемодинамической перегрузке левого предсердия. Этот механизм может участвовать в патогенезе пароксизмальной ФП. Ухудшение релаксации ЛЖ, по-видимому, обусловлено наличием основного заболевания (ИБС, артериальной гипертонии, перенесенного миокардита).

0694 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рузов В.И., Мельникова М.А., Олезов Н.В., Гимаев Р. Х., Халаф Х.
Центр артериальной гипертензии Ульяновского областного клинического госпиталя ветеранов войн, Ульяновск, Россия

Цель. Выявить структурно-функциональные особенности сердца у больных с контролируемой и неконтролируемой артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 50 больных АГ (17 мужчин, 33 женщины; средний возраст 48,3±6,7 лет). Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от эффективности контроля АГ. Критериями контролируемости АГ являлись — достижение целевого уровня АД, длительность стабилизированного корригированного АД >30 % в течение суток, снижение вариабельности АД, отсутствие кризов во время лечения. Первую группу (n=22) составили пациенты с неконтролируемой АГ (мужчин 9, женщин 13); вторую группу (n=28) пациенты с контролируемой АГ (мужчин 8, женщин 20). Всем пациентам проводились общеклинические и лабороторно-инструментальные обследования включая допплер эхокардиографию. Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Medison Sonoace 8000 EX. Оценивались следующие показатели: масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), диастолическая функция левого и правого желудочка, продольный размер левого желудочка.

Полученные результаты. В ходе настоящего исследования было установлено что в группе больных с неконтролируемой АГ отмечались более выраженные структурно-функциональные изменения сердца по сравнению с пациентами из группы контролируемой АГ. Так в группе с неконтролируемой АГ средние значения ММЛЖ были достоверно выше по сравнению с пациентами из группы контролируемой АГ — 270,0±12,3 и 193,4±10,0г соответственно ($p<0,05$). Нарушение диастолической функции левого желудочка отмечалось у 73 % больных (20чел) с контролируемой АГ и у 92 % больных (21чел) неконтролируемой АГ. Нарушение диастолической функции правого желудочка в группе с контролируемой АГ было у 43 % больных, а в группе неконтролируемой АГ у 53 % пациентов. Продольный размер левого желудочка в диастолу у больных с контролируемой АГ составил 52,0±6,2 мм, тогда как в группе с неконтролируемой АГ 62,0±7,0 мм ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, структурно-функциональное состояние сердца зависит от контролируемости артериальной гипертензии. У пациентов с контролируемой артериальной гипертензией достоверно чаще отмечается выраженная гипертрофия левого желудочка и нарушение диастолической функции.

0695 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рузов В.И., Олезов Н.В., Мельникова М.А., Халаф Х., Гимаев Р.Х.
Кафедра факультетской терапии Ульяновского государственного университета, Ульяновск, Россия; Центр артериальной гипертонии Ульяновского областного клинического госпиталя ветеранов войн, Ульяновск, Россия

Цель. Изучить частоту встречаемости метаболического синдрома у больных с контролируемой и неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 50 больных АГ (6 мужчин, 44 женщины; возраст 46 — 61 лет); из них с контролируемой АГ — 26 больных (4 мужчин, 22 женщины), неконтролируемой АГ — 24 больных (2 мужчин, 22 женщины). Всем пациентам проводилось общеклиническое и лабороторно-инструментальное обследование, включая определение индекса массы тела, ЭКГ, эхокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ и АД, исследование липидного профиля и углеводного обмена. Критериями контролируемости АГ являлись — достижение целевого уровня артериального давления (АД), длительность стабилизированного корригированного АД >30 % в течение суток, снижение вариабельности АД, отсутствие кризов во время лечения.

Результаты. В ходе настоящего исследования нами установлено, что на контролируемость течения артериальной гипертензии оказывает метаболический синдром, который достоверно чаще встречался в группе с неконтролируемой АГ — у 20 пациентов (83 %), тогда как в группе контролируемой АГ лишь у 6 пациентов (23 %) ($p<0,05$). В группе больных с неконтролируемой АГ ожирение наблюдалось у 12 (50 %) пациентов, тогда как в группе контролируемой АГ лишь у 6 пациентов (23 %). Следует отметить, что у всех 24 (100 %) пациентов с неконтролируемой АГ отмечались нарушения липидного обмена, тогда как в группе с контролируемой АГ у 41,6 % (12 чел). Наличие сахарного диабета ассоциировалось со снижением эффективности контроля АГ. Так в группе с неконтролируемой АГ число пациентов с сахарным диабетом составило 10 человек (41,6 %), тогда как в группе больных с контролируемой АГ лишь у 6 (23 %).

Заключение. Таким образом, на эффективность контроля лечения артериальной гипертензии большое влияние оказывает наличие коморбидной патологии. Достоверно чаще наблюдается ожирение, дислипидемия, сахарный диабет в группе больных с неконтролируемой артериальной гипертензией.

0696 К ВОПРОСУ О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЛИЦ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ФОРМИРОВАНИЮ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Румбешт В.В., Дюжиков А.А., Амелина С.С.
Центр кардиохирургии ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: оценить роль синдромов соединительнотканной дисплазии (ДСТ) и ассоциированной с врожденным двустворчатым аортальным клапаном (ВДАК) аортопатии в структуре этиологических причин аневризм восходящей аорты (АВА) для формирования системы диспансерного наблюдения.

Материалы и методы: с января 2005 года по декабрь 2009 года прооперирован 51 пациент с АВА, из них у 24 больных (47 %) причиной развития явилась ДСТ, у 5 (9 %) имелся ВДАК. Диагноз установлен в 100 % случаев при трансторакальном эхокардиоскопическом исследовании (ЭхоКС). Выполнялся гистологический анализ интраоперационного материала (участок стенки аорты, клапан, резецированный в случаях проведения протезирования) морфологическими методиками в целях поиска причин развития патологии. При подозрении на наследственный генез АВА пациенты были консультированы генетиком для уточнения нозологии.

Результаты: В подгруппе ДСТ средний возраст пациентов 33,1±10,5 лет (от 19 до 54 лет). Преобладания по гендерному признаку не выявлено. Аортальная недостаточность была выявлена у 87,5 % пациентов. Преобладали случаи недифференцированной ДСТ, тогда как наследственные ДСТ выявлены у 10 больных — в виде синдрома Марфана (СМ) у 5, синдрома Элерса-Данло у 3, сочетание АВА с несовершенным остеогенезом и поликистозом почек (2 случая). У всех пациентов с АВА на фоне наследственной ДСТ у родственников выявлялись признаки ДСТ.

А.,♀, 19 лет — СЭД — диагноз АВА (признаки расслоения +) установлен после внезапной смерти матери.

Б.,♂, 44 года — СМ, АВА (признаки расслоения +) — при уточнении наследственного анамнеза выявлен установленный у сына диагноз СМ.

В.,♂, 29 лет — СМ? АВА (признаки расслоения -) — отец был направлен в г. Москва на оперативное лечение в связи с АВА и низкой ФВ.

Г., ♂,19 лет — поликистоз почек и АВА (признаки расслоения -) — у отца поликистоз почек

Д., ♂, 31 год — СМ? АВА (признаки расслоения+++) — у брата СМ, АВА — диспансерное наблюдение.

Средние размеры отделов аорты при оценке методом ЭхоКС и спиральной компьютерной томографии составили 33,67±6,67 мм — дуга аорты, 58,86±14,08 мм — восходящая аорта, 59±13,14 мм — основание аорты, 29,3±4,43 мм — грудной отдел аорты, 33,5±13,0 мм — брюшной отдел аорты.

В подгруппе ассоциированной с ВДАК аортопатией преобладали мужчины, возраст пациентов составил от 18 до 62 лет.

Заключение. Врожденные (ВДАК) и наследственные факторы риска составили 33 % всех случаев АВА. Диспансерное наблюдение пациентов с ВДАК является основной мерой профилактики развития осложнений, ассоциированных с ним. При выявлении пациента с АВА на фоне ДСТ целесообразно обследование семей пациентов (родители, дети) для уточнения лиц группы риска. Динамическая ЭХОКС у пациентов групп риска по развитию АВА (аортальные пороки, ДСТ, особенно синдром Марфана и Элерса — Данло, атеросклероз аорты) позволит выявить начальные признаки формирования АВА, тем самым позволит выполнить оперативное пособие по коррекции в плановых условиях и при стабильной гемодинамике.

0697 НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Рябцева Е.А., Гоголашвили Н.Г., Протопопов А.В.
Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель: изучить частоту наджелудочковых нарушений ритма у пациентов с ишемической болезнью сердца в ходе операций транслюминальной баллонной ангиопластики со стентированием коронарных артерий.

Материалы и методы: было обследовано 42 человека (34 мужчины, 8 женщин) в возрасте от 37 до 81 года (средний возраст обследуемых мужчин — 54,1±1,3 года, средний возраст обследуемых женщин — 62,9±3,6 года). Давность анамнеза ишемической болезни сердца в среднем составила

3,3 года. У 59,5 % обследованных в анамнезе имел место инфаркт миокарда (Q — инфаркт миокарда — у 80 %, инфаркт миокарда без зубца Q — у 20 % больных). До операции у 2,4 % пациентов наблюдалась безболевая форма ишемии. Приступы стенокардии отмечались у 97,6 % пациентов (у 14,3 % — I функциональный класс, у 54,8 % — II функциональный класс, у 28,6 % — III функциональный класс), Артериальная гипертензия имела место у 85,7 % пациентов, хроническая сердечная недостаточность — у 35,7 %, сахарный диабет — у 14,3 % пациентов. Бета-адреноблокаторы получали 92,9 % пациентов, антиаритмики — 11,9 %, и АПФ — 88,1 %, антагонисты рецепторов ангиотензина II — 4,8 %, блокаторы кальциевых каналов — 16,7 %, нитраты — 23,8 % пациентов, все пациенты принимали дезагреганты. Больным проводилось 72-х-часовое холтеровское мониторирование кардиомониторами SHILLER 101. Анализировался предоперационный период (в среднем — 25,7 часов), период операции ангиопластики и послеоперационный период (в среднем — 45,3 часа). В момент раздувания баллона оператором наносился маркер события на регистраторе.

Результаты: исходно наджелудочковые аритмии наблюдались у 92,9 % пациентов. В ходе операции и после нее данные нарушения наблюдались у 97,6 % обследованных. В предоперационном периоде наиболее часто наблюдалась единичная наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) — у 38,1 %, парные НЖЭ встречались у 33,3 %. В послеоперационном периоде отмечается некоторое снижение количества случаев единичных НЖЭ (до 28,6 %) и парной НЖЭ (до 28,6 %). Неустойчивые пароксизмы наджелудочковой тахикардии (длительностью менее 30 секунд) в предоперационном периоде выявлены у 16,67 % пациентов, в послеоперационном периоде — у 30,95 %. Устойчивые пароксизмы наджелудочковой тахикардии до и после операции не определялись. Пароксизмы фибрилляции предсердий выявлены до операции у 4,76 % пациентов, после операции — у 7 %. Устойчивые пароксизмы фибрилляции предсердий до операции не регистрировались, после операции были зарегистрированы у 1 человека. В целом, пароксизмы фибрилляции предсердий до операции наблюдались у 4,76 %, после операции — у 9,52 % пациентов.

Вывод: Таким образом, в ходе операций реваскуляризации и в послеоперационном периоде отмечалось снижение частоты возникновения единичной и парной НЖЭ, в сравнении с предоперационным периодом, и повышение частоты пароксизмов наджелудочковой тахикардии и фибрилляции предсердий.

0698 АКТИВНОСТЬ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ МВ КАК ПРИЗНАК ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Рябченко А.Ю., Долгов А.М.
ГОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Кафедра нервных болезней, медицинской генетики, нейрохирургии и медицинской генетики, Оренбург, Россия

Острые нарушения мозгового кровообращения могут обусловить различные изменения сердечной деятельности, что было обозначено в литературе как "цереброкардиальный синдром" (Боголепов Н.К., 1971; Долгов А.М., 1994).

Цель исследования — выявление поражения миокарда при ОНМК, установление его частоты и связи со степенью неврологического дефицита.

Объект и методы. Исследовались данные ЭКГ, активность фермента креатинфосфокиназа МВ (КФК-МВ) и неврологический статус по шкале NIHSS у больных остром периоде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) полушарной локализации. Диагноз подтверждался с помощью компьютерной томографии (КТ) головы.

Результаты исследования. Обследовано 57 больных в остром периоде нарушения мозгового кровообращения. Ишемический инсульт был у 82,4 %, геморрагический у 17,6 %. Выжили 42 больных (73,6 %), умерло 15 (26,4 %). Данные ЭКГ ни в одном случае не указывали на острый инфаркт миокарда. Среди выживших больных у 6 были явления ишемии, у 9 нарушение ритма в виде суправентрикулярной экстрасистолии у остальных явления хронической коронарной недостаточности. Среди умерших у 9 были явления ишемии миокарда и фибрилляция предсердий, у 6 явления хронической коронарной недостаточности. Активность КФК МВ превышала норму у 89,4 % больных. Активность КФК МВ при геморрагических инсультах превышала норму в 1,82 раза и составляла 43,67±17,94, по шкале NIHSS 16,33±1,25. Активность фермента КФК МВ при ишемических инсультах превышала норму в 1,54 раза и составляла 37,07±7,63, по шкале NIHSS 12,57±3,0. У умерших больных активность КФК МВ превышала норму в 1,92 раза и составляла 46±15,09, по шкале NIHSS 16,6±1,33.

Заключение. 1. Активность КФК МВ является чувствительным признаком цереброкардиального синдрома при острых нарушениях мозгового кровообращения 2. Наиболее высокие показатели активности КФК МВ определялись у больных с геморрагическим инсультом. 3. Более тяжелые проявления неврологического статуса по шкале NIHSS 16,33±1,25, а также более высокие показатели активности КФК МВ в 1,34 больше чем у выживших отмечались среди умерших больных.

0699 ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА КАК СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рязанова А.Ю., Пономарёва Ю.В., Давыдов И.Н., Магницкая О.В.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель и задачи. Выявить основные ошибки терапии ИБС как сопутствующего заболевания у пациентов, находившихся на стационарном лечении в связи с обострением хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) или бронхиальной астмы (БА).

Материалы и методы. В исследование были включены истории болезни пациентов, находившихся на лечении в пульмонологических и терапевтических отделениях стационаров (n=3) г.Волгограда с 01.01.08 по 31.12.08 в связи с обострением БА или ХОБЛ с сопутствующим диагнозом ИБС (n=221). На каждую историю болезни заполняли ИРК. Определяли фактическое потребление лекарственных средств (ЛС) для лечения ИБС с помощью ATC/DDD методологии ВОЗ (DDD/100 койко-дней) с последующим анализом основных потребляемых ЛС (сегмента DU-90 %) и соответствия лечения современным Российским рекомендациям ВНОК "Диагностика и лечение стабильной стенокардии" (2008). Результаты представлены в виде M±σ.

Результаты. Большинство пациентов 84,2 % (186/221) было госпитализировано в стационар в связи с тяжёлым обострением БА и ХОБЛ (средний возраст 67,9±9,3 года, мужчины/женщины 124/96 соответственно, средний стаж БА/ХОБЛ 13,1±9,2 лет). Сопутствующая ИБС в большинстве случаев была представлена стабильной стенокардией II (108/221) и III (82/221) функциональных классов (48,8 % и 37,1 % соответственно). Средний стаж ИБС составил 8,2±7,5 лет. В 40,3 % случаев (89/221) больные перенесли инфаркт миокарда (ИМ). Почти у всех больных установлена сопутствующая гипертоническая болезнь (92,3 %) и хроническая сердечная недостаточность (92,4 %). Средний койко-день составил 14,0±4,7 дней.

Во время стационарного лечения только 44,8 % (99/221) пациентов были проконсультированы кардиологом, из них 56,6 % (56/99) больных рекомендованная терапия была назначена в полном объёме, в 30,3 % случаев (30/99) — выполнялась частично, у 13,1 % (13/99) — не выполнялась.

Анализ фактического потребления ЛС для лечения ИБС показал, что в сегменте DU-90 % оказались: ИАПФ (75,5 DDD/100 к-дн — 36,7 %), аспирин (49,2 DDD/100 к-дн — 23,97 %), нитраты (26,2 DDD/100 к-дн — 12,7 %), верапамил (18,6 DDD/100 к-дн — 9,0 %), амлодипин (13,9 DDD/100 к-дн — 6,8 %), бета-блокаторы (2,9 DDD/100 к-дн — 1,4 %). Несмотря на противопоказания к назначению бета-блокаторов больным ИБС на фоне обострения бронхообструктивных заболеваний, они назначались в 11,8 % (26/221) случаев, причём у больных БА — в 6,7 % случаев (8/120). Абсолютно показанные всем больным ИБС статины оказались в сегменте DU-10 % (0,58 DDD/100 к-дн — 0,28 %).

Выводы. 1. Несмотря на соответствие всех препаратов сегмента DU-90 % современным стандартам терапии хронической ИБС, объём их потребления снижен, что отражает показатель DDD/100 к-дней. 2. Неоправданно низкое назначение и потребление статинов (0,58 DDD/100 к-дн). 3. Назначение бета-блокаторов для лечения ИБС на фоне БА недопустимо. 4. Необходимо увеличить частоту консультаций кардиолога с контролем выполнения рекомендаций.

0700 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПОЗДНЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Сабирова Э.Ю., Чичерина Е.Н., Пояркова Е.В.
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Лечение ИБС состоит из консервативных и хирургических методов. Восстановление функций организма после АКШ во многом зависит от проведения реабилитационных мероприятий. Пациенты проходят госпитальный, санаторно-курортный и амбулаторно-поликлинический этапы реабилитации, последний из этих этапов является слабым звеном в программе реабилитации.

Цель исследования: оценить клинико-функциональные состояние сердечно-сосудистой системы пациентов в позднем реабилитационном периоде после АКШ.

Материалы и методы. Обследовано 10 мужчин перенесших АКШ (3-5 шунтов) более 3 лет назад. Средний возраст составил 54,4±7,3 года. Боли ангинозного характера до операции наблюдались у всех пациентов и соответствовали III ФК стенокардии по классификации Канадского сердечно — сосудистого общества. Показатели СН по классификации NYHA разделились следующим образом: ХСН II ФК-70 %, ХСН III ФК-30 %. По данным ХМ-ЭКГ до операции: макс. ЧСС 129,7±14,3уд/мин, миним. ЧСС 54,4±9,3уд/мин, сред. ЧСС 72,0±6,1уд/мин. НЖЭ наблюдались у 50 % больных, ЖЭ I градации (по Lown) — 50 %, IVa градации — 20 %. Депрессии сегмента ST выявлены у 60 % пациентов. Данные Эхо-КС до АКШ: КДР ЛП 43,4±3,3мм, КДР ЛЖ 48,6±3,1мм, МЖП 11,2±2,4мм, ЗСЛЖ 10,6±2,3мм, ММЛЖ 197,6±53,2г, ОТС 0,45±0,1, ФВ ЛЖ (Тейхольц) 62,2±3,8 %. На момент обследования, спустя 5,1±4,7 лет после АКШ, лишь у 5 пациентов была клинически установлена стенокардия напряжения: ФК III лишь у 2 больных, что составило 20 %, I ФК у 10 %, II ФК у 20 %. I ФК ХСН — 50 % обследованных, II ФК — 40 %, III ФК — 10 %. ХМ-ЭКГ показало недостоверное снижение: макс. ЧСС 116,7±21,9уд/мин (p=0,196), миним. ЧСС 51,3±6,6 уд/мин (p=0,448), ср.ЧСС 72,6±8,7уд/мин (p=0.869), отсутствие эпизодов НЖТ, частота ЖЭ осталась на прежнем уровне. Удлинение интервала QT у 1 пациента на 1 % времени. Депрессии сегмента ST отсутствовали у 100 %. Данные Эхо-КС: КДР ЛП 42,5±2,0мм (p=0,515), КДР ЛЖ 51,5±4,1мм (p=0,167), ОТС 0,43±0,05 (p=0,680), МЖП 11,4+1,3мм (p=0,832), ЗСЛЖ 11,1+0,9мм (p=0,547), ПЖ 30,0+1,5 мм, ФВЛЖ 63,1+5,5 % (p=0,743), ММЛЖ 242,3+61,2г. (p=0,169), ИММЛЖ 126,7+23,2гр/м^2, ВИВРЛЖ 86,4+19,7с, СДЛА 24,7+5,3мм.рт., E/A0,9+0,3. Соблюдали гипохоле-стериновую диету 20 %. Алкоголь употребляют 80 %. Продолжают курить 60 %. На амбулаторно-поликлиническом этапе пациенты постоянно получали: антиагреганты-70 %, антикоагулянты-30 %, нитраты-10 %, и-АПФ-50 %, β-АБ-70 %, БМКК-70 %, диуретики-50 %, статины-20 %, сартаны-10 %, антигипоксанты-20 %.

Выводы: пациенты в позднем реабилитационном периоде после АКШ получая многокомпонентную медикаментозную терапию, отмечают клиническое улучшение в 80 % случаев, что подтверждает отсутствием зарегистрированных ишемических эпизодов и НЖТ при ХМ-ЭКГ, концентрическое ремоделирование ЛЖ. Прослеживается тенденция к соблюдению медикаметозных методов и нарушению немедикаментозных методов терапии.

0701 ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Савельева Н.Ю., Жержова А.Ю., Антипина Н.С., Гапон Л.И., Добрынина Л.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Материал и методы. В исследование включено 16 пациентов обоего пола с артериальной гипертонией 3 степени в сочетании с гемодинамически значимым стенозом 1 или обеих почечных артерий, (средний возраст 50,4±2,96; индекс массы тела 27,3±1,28; стаж АГ 16,33±2,4). Все пациенты получали комбинированную терапию из 5-ти групп гипотензивных препаратов (бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, агонисты имидазолиновых рецепторов, диуретики). Уровень офисного АД 193,3±7,8 мм рт.ст. Трём пациентам проводилось оперативное лечение — баллонная ангиопластика почечных артерий со стентированием. Наблюдение за пациентами осуществлялось в течение 4-х лет.

Всем пациентам определяли уровень сывороточного креатинина, мочевины, мочевой кислоты плазмы крови; экскрецию альбумина в суточной моче (микроальбуминурия, МАУ) определяли иммунохимическим методом на аппарате Orion Diagnostic (Orion Corporation, Финляндия); скорость клубочковой фильтрации (СКФ) вычисляли по формуле Cocroft-Gault.

Результаты. Уровень офисного АД через 4 года не имел достоверных отличий от исходного. При оценке уровня МАУ, уровня креатинина крови, СКФ, мочевой кислоты плазмы крови в группе ВРГ исходно и через 4 года достоверных отличий выявлено не было. Так уровень МАУ исходно составлял 78,46±37,4 мг/сут, через 4 года 181,47±84,9мг/сут; уровень креатинина крови 119,86±14,4 мкмоль/л, через 4 года 116,1±21,6 мкмоль/л; СКФ 83,64±10,5 мл/мин, через 4 года 88,38±12,4 мл/мин; концентрация мочевой кислоты плазмы крови исходно 396, 27±54,2 ммоль/л, через 4 года 351,1±47,2 ммоль/л. Однако, через 4 года наблюдения у 4-х пациентов с вазоренальной гипертонией (36,4 %) была диагностирована ХПН: 1 степень у 1 пациента (9,1 %), 2-ая у 1 пациента (9,1 %) и 3-тья степень ХПН у двух пациентов (18,2 %) (отличия недостоверны).

Вывод. Артериальная гипертония была характерной резистентной, как исходно, так и через 4 года наблюдения. Лабораторные показатели функции почек не выявили достоверных отличий в конце срока наблюдения по сравнению с исходными данными, хотя увеличилась частота выявления ХПН.

0702 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Савина Н.М., Байдина О.И., Александрова А.Ю., Гладких А.С., Сидоренко Б.А.
ФГУ Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: оценить динамику терапии бета-адреноблокаторами госпитализированных больных с ХСН за 20-летний период.

Материал и методы: выполнен клинико-статистический анализ историй болезни больных с ХСН II-III стадии по классификации Н.Д. Стражеско — В.Х. Василенко, госпитализированных в кардиологические и терапевтические отделения Центральной клинической больницы УД Президента РФ в 1988г (n=426), 1998г (n=447) и 2008г (n=288). Средний возраст больных увеличился от 73,9 лет в 1988г до 76,6 лет в 2008г (p=0,002). Мужчины составили 51 % в 1988г и 49 % в 2008г Число больных с тяжелой ХСН IIБ-III стадии уменьшилось с 1988г по 1998г (p=0,001, $\chi 2$=16,8) и существенно не изменилось за следующее десятилетие (53 %-51 %). Значительно снизилась частота выявления признаков застоя в малом и большом кругах кровообращения (p<0,001).

Результаты: в 1988г БАБ назначались больным с ХСН с целью лечения сочетанной патологии в качестве гипотензивных, антиангинальных и антиаритмических средств. Частота назначения составляла 58 %. Больным назначались только 2 препарата: пропранолол (85 %) в средней суточной дозе 60 мг и атенолол (15 %) в средней суточной дозе 100 мг.

Важным событием на рубеже веков явилось новое представление о роли БАБ в лечении ХСН: были получены доказательства способности улучшать выживаемость больных с ХСН метопролола сукцината и бисопролола (исследования MERIT-HF и CIBIS II), а также карведилола (исследование COPERNICUS).

В 1998г БАБ назначались 59 % больных, из них только 6 % больных принимали препарат с доказанной эффективностью бисопролол в средней суточной дозе 5,0 мг. Атенолол, не имеющий доказательств эффективности применения у больных с ХСН, назначался с частотой 75 % в средней суточной дозе 50 мг. В 11 % случаев назначался пропранолол в прежней суточной дозе 60 мг. В большинстве случаев эти препараты принимали больные старческого возраста с сопутствующей артериальной гипертонией или стенокардией.

В 2008г частота назначения современных БАБ, рекомендованных для лечения ХСН, составила 73 % (карведилол в средней суточной дозе 18,0 мг — 10 %, бисопролол в средней суточной дозе 5,0 мг — 54 %, метопролол в средней суточной дозе 40,0 мг — 9 %). В 1 % случаев назначался небиволол в средней суточной дозе 5,0 мг. Частота назначения БАБ больным с тяжелой ХСН за 20-летний период увеличилась с 53 % до 83 % (p=0,001, $\chi 2$=51,9).

Таким образом, период внедрения в клиническую практику нейрогормональной терапии, в т.ч. БАБ, сопровождался улучшением клинического течения ХСН, уменьшением тяжести застойной сердечной недостаточности. Бета-адреноблокаторы заняли важное место в лечении ХСН и достигнутое усовершенствование их применения на госпитальном этапе в целом соответствует международным и национальным рекомендациям.

0703 КАК ИЗМЕНИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗА 20 ЛЕТ

Савина Н.М., Байдина О.И., Александрова А.Ю., Гладких А.С., Сидоренко Б.А.
ФГУ Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить динамику терапии сердечными гликозидами госпитализированных больных с ХСН за 20-летний период.

Материал и методы: выполнен клинико-статистичесий анализ историй болезни больных с ХСН II-III стадии по классификации Н.Д. Стражеско — В.Х. Василенко, госпитализированных в кардиологические и терапевтические отделения Центральной клинической больницы УД Президента РФ в 1988г (n=426), 1998г (n=447) и 2008г (n=288). Средний возраст больных увеличился от 73,9 лет в 1988г до 76,6 лет в 2008г (p=0,002). Мужчины составили 51 % в 1988г и 49 % в 2008г. Число больных с тяжелой застойной ХСН значимо уменьшилось с 1988г по 2008г (p<0,001).

Результаты: в 1988г СГ назначались 65 % больных, через 10 лет эта цифра уменьшилась до 28 %, в 2008г — до 18 % (p<0,001). В основе подходов к терапии СГ в 1988г лежала тяжесть ХСН, выраженность нарушений гемодинамики. СГ принимали 72 % больных с тяжелой ХСН в 1988г. Частота назначения СГ больным как с тяжелой ХСН, так и с ХСН средней тяжести статистически значимо уменьшилась (p=0,001). За 20 лет изменились подходы к применению СГ, изучаемый нами период характеризуется как период внедрения нейрогормональной терапии в клиническую практику лечения больных с ХСН. Согласно международным и национальным рекомендациям по лечению ХСН, основным показанием для назначения СГ стало наличие мерцательной аритмии. В 1988г только у 37 % больных с ХСН, получавших СГ, имелась мерцательная аритмия, в 1998г — у 45 % больных, в 2008г — у 87 % больных (p<0,001). В подавляющем большинстве случаев назначение СГ в 2008г определялось наличием мерцательной аритмии у больных с ХСН. Кроме того, отмечены изменения в структуре группы препаратов: в 1988г кроме дигоксина (82 %) в среднесуточной дозе 0,24 мг, применяли коргликон (5,5 %) в среднесуточной дозе 0,06 мг, изоланид (10 %) в среднесуточной дозе 0,37 мг и талусин (2,5 %) среднесуточной дозе 0,5 мг. Через 10 и 20 лет дигоксин являлся единственным используемым сердечным гликозидом в лечении больных с ХСН. Сравнительный анализ среднесуточных доз дигоксина в группах больных различий не выявил.

Выводы: на госпитальном этапе лечения ХСН установлены положительные тенденции в терапии основными группами лекарственных средств в соответствии с международными и национальными рекомендациями и современными представлениями о патогенезе ХСН. За 20-летний период частота назначения СГ уменьшилась с 65 % до 18 %. Наличие мерцательной аритмии у больных с ХСН являлось основным показанием к назначению сердечных гликозидов.

0704 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Савинова Е.Б., Соколова Л.А.
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: оценить взаимосвязь степени артериальной гипертензии (АГ) и выраженности дисфункции эндотелия у беременных женщин с АГ.

Методы исследования: обследовано 30 беременных женщин с АГ в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст 26,1±1,7 года) в сроки беременности 12-36 недель. При наблюдении в течение 42 дней после родов у 15 из них выявлена хроническая, у 15 — гестационная АГ. Всем беременным помимо двукратного измерения офисного АД, проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД); определение эндотелиальной дисфункции пробой с реактивной гиперемией на аппарате Endo-PAT 2000 (“ITAMAR”). Полученные результаты обработаны статистически с использованием рангового метода Спирмена.

Результаты исследования: среднее значение офисного систолического АД (САД) у исследуемых пациенток с хронической АГ составили 157,0± 4,7 мм рт.ст., с гестационной АГ — 144,0±5,6 мм рт.ст. (p<0,05); среднее значение офисного диастолического АД (ДАД) составили — 91,8±2,1 мм рт.ст. и 86±4,1 мм рт.ст. соответственно (p<0,05). Среднесуточное САД у беременных с хронической АГ по данным СМАД составило 136±6,7 мм рт.ст., с гестационной АГ — 130,0±7,1 мм рт.ст. (p<0,05), а ДАД 88±3,2 мм рт.ст. и 83±5,1 мм рт.ст. соответственно (p<0,05). Повышение индекса времени АГ более 25 % отмечалось у 7 из 15 (46 %) пациенток с хронической АГ, и у 3 из 15 (20 %) с гестационной АГ. Нарушение эндотелийзависимой вазодилатации, определенное пробой с реактивной гипе-

ремией, выявлялось у 17 из 30 (56 %) пациенток обеих групп (12 пациенток с хронической и 5 с гестационной АГ). Обнаружена достоверная отрицательная корреляционная связь между эндотелийзависимой вазодилатацией и показателями нагрузки давлением по данным СМАД (индексом времени АГ) (r=-0,48) p<0,05, а также между эндотелийзависимой вазодилатацией и среднесуточными значениями САД и ДАД в группе пациенток с хронической АГ (r=-0,45) p<0,05. Аналогичная связь выявлена в группе беременных с гестационной АГ (r=-0,43 и r=-0,41 соответственно p<0,05)

Заключение: у беременных с артериальной гипертензией функция эндотелия (эндотелийзависимая вазодилатация) находится в обратной зависимости от степени АГ, определенной по показателям нагрузки давлением и среднесуточным значениям АД по данным СМАД.

0705 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Саджая Л.А.[1], Малинова Л.И.[1], Тихонова Л.А.[2]
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий[1], Саратов, Россия; НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Саратов-II ОАО "РЖД"[2], Саратов, Россия

Оценка состояния цереброваскулярной системы составляет важную часть стратификации кардиоваскулярного риска при артериальной гипертензии. К настоящему времени отсутствует единое мнение о гендерно-возрастных особенностях структурного и функционального состояния сосудов цереброваскулярного бассейна, в связи с чем нами была поставлена цель: выявление гендерных особенностей состояния цереброваскулярной системы у пациентов пожилого и старческого возраста при артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией, средний возраст которых составил 67,5±6,5 лет. Из них: 68,5 % мужчин и 31,5 % женщин. Всем пациентам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование; полученные качественные данные индексировались согласно принятому протоколу. Дуплексное сканирование общей и внутренней сонных (ОСА, ВСА), позвоночных (ПА), а также средней мозговой (СМА), передней мозговой (ПМА) и задней мозговой артерий (ЗМА) проводилось при помощи аппарата Philips Envisor MD (USA), с использованием линейного (5-12 МГц) и секторного (2-4 МГц) датчиков. Оценивалась пиковая систолическая скорость, индексы сопротивления, диаметр сосуда, толщина комплекса интима-медиа (КИМ), наличие и характеристика атеросклеротического поражения обследуемых сосудов.

Результаты. Обследованные пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту и основным клиническим характеристикам заболевания. Уровни систолического и диастолического артериального давления, оцениваемые в процессе проведения ортостатических проб, также не различались (p level от 0,433 до 0,927). Частота выявления атеросклеротического поражения исследуемых сосудов, а также их локализация, морфологические и УЗ характеристики не достигали степени статистической значимости различия у мужчин и женщин. У мужчин толщина КИМ была статистически достоверно больше во всех оцениваемых артериях (p level от 0,004 до 0,001). Резистивный индекс экстракраниальных сосудов был выше у мужчин, достигая степени статистической значимости при сравнении сонных артерий (p level от 0,026 до 0,028), в то время как при оценке обследуемых интракраниальных сосудов отмечалась противоположная тенденция, достигающая степени статистической значимости относительно ЗМА (p = 0,009).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о сохранении гендерных различий гипертензивного ремоделирования сосудов цереброваскулярного бассейна у лиц пожилого и старческого возраста, т. е. в условиях возрастной инволюции влияния половых гормонов на морфо-функциональное состояние сосудистой стенки.

0706 ШКОЛА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Садреева Д.С.
ГОУ ВПО "СамГМУ Росздрава", Самара, Россия

Цель исследования — изучение роли терапевтической обучающей программы — Школы артериальной гипертонии (ШАГ), в практике сельского здравоохранения, как эффективного метода вторичной профилактики артериальной гипертонии, способствующей улучшению прогноза и качества жизни (КЖ) сельских жителей Самарской области.

Материал и методы исследования. Изучена распространенность модифицированных факторов риска (ФР) и проведена оценка КЖ 390 сельских жителей, больных АГ из 16 районов Самарской области, средний возраст — 52,5±11,9 лет, преимущественно с 1 степенью АГ. В исследовании использовались разработанные автором анкеты — "Выявление факторов риска различных хронических заболеваний у лиц трудоспособного возраста"; "Факторы, влияющие на развитие АГ"; "Оценка информированности больного АГ о заболевании и обучающих программах по профилактике АГ"; для оценки КЖ применялся опросник SF-36. До начала занятий в ШАГ анкетирование проводилось у 360 больных АГ и через 12 месяцев после занятий в ШАГ повторно у больных АГ из 3 сел Самарской области.

Результаты. Суммарные показатели информированности о своём заболевании и факторах риска АГ среди больных АГ, сельских жителей был низкий и составил — 11,4±3,1 балла. Большинство исследуемых больных АГ Самарской области нерегулярно контролируют АД, 3,1 % их них не измеряют АД "вообще" (p<0,05). В развитии и прогрессировании заболевания важную роль играют ФР. Среди больных АГ, сельских жителей, погрешность и нарушения в питании имело место у 70,3 %, ожирение у 34,1 %, гиподинамия установлена у 23,8 % респондентов (p<0,05), высок уровень психоэмоционального напряжения и стресса. В структуре больных АГ, жителей села, выявлен низкий показатель КЖ, особенно психологический компонент — 56,8±3,5 балла (p<0,05).

В группе обучения ШАГ сельских жителей отмечена эффективность коррекции модифицированных факторов риска АГ — снижение САД на 10,7 мм рт.ст., ДАД на 4,7 мм рт.ст.; повышение числа больных, достигших целевого уровня АД до 41,9 %; освоение методов самоконтроля АД и МТ; увеличение комплаенса по антигипертензивным препаратам у 90,3 % больных. Оценка КЖ, проведенная по опроснику SF-36, выявила тенденцию улучшения КЖ у сельских жителей, прошедших обучение в ШАГ, особенно в компоненте психологического здоровья (81,1±6,5 балла).

Образовательная медицинская профилактическая технология — ШАГ, направленная на вторичную профилактику АГ у сельских жителей, показала свою реалистичность и эффективность выполнения на практике. Она поддерживает высокий уровень мотивации больного для обеспечения процесса стабилизации заболевания, формирует приверженность к лечению, новые психологические установки, ведущие к изменению поведения, стиля и образа жизни, отказа от вредных привычек, улучшает прогноз и КЖ жителей Самарской области.

0707 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Садыкова А.Р., Шамкина А.Р., Кривоносова С.Ш., Каримуллина З.Ф.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Актуальность. В ряде работ показано, что увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) в большей степени, чем требует гемодинамическая нагрузка повышенным артериальным давлением (АД), которое получило отражение в концепции "непропорционально высокой ММЛЖ" [Simone G. et al., 1998], является фактором, неблагоприятно влияющим на прогноз.

Цель исследования: провести стратификацию риска осложнений артериальной гипертензии (АГ) в ближайшие 10 лет у женщин репродуктивного возраста при непропорционально высокой ММЛЖ.

Материал и методы. Обследована группа из 107 женщин — жительниц г.Казани в возрасте 21–46 лет. Контрольную группу составили 19 женщин с нормальным АД (<130/85 мм рт. ст.) без указания на подъемы АД в анамнезе. Клиническую группу составили 88 пациенток с давностью АГ 0,5–24 года; из них 22 пациентки с высоким нормальным АД (ВНАД) (АД 130–139/85–89 мм рт.ст.) и 66 пациенток с АГ (А⇐140/90 мм рт. ст.) по классификации ВНОК (2008). Из исследования исключались пациентки с симптоматическими АГ. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере "SIM 5000 Plus" (Esaote Biomedica, Россия-Италия). Фактическую ММЛЖ рассчитывали по формуле Devereux R.B. et al. (1986), должную ММЛЖ – по формуле Simone G. et al. (1998). По отношению фактической ММЛЖ к должной рассчитывался коэффициент диспропорциональности (КД). Непропорционально низкую ММЛЖ констатировали п и КД †72 % (1-я группа), пропорциональную ММЛЖ – при КД 72,1–127,9 % (2-я группа), непропорционально высокую ММЛЖ – при КД ≥ 128 % (3-я группа) [Simone G. et al., 1998]. Стратификация риска осложнений АГ в ближайшие 10 лет проводилась в соответствии с классификацией ВНОК (2008).

Для оценки достоверности различий распределения в группах использовались критерий $\chi 2$ и точный метод Фишера.

Результаты. Частота встречаемости и среднее количество факторов риска во 2-й и 3-й группах среди пациенток с ВНАД+АГ, пациенток с АГ значимо не различались. Поражения органов-мишеней (ПОМ) среди пациенток с ВНАД+АГ, пациенток с АГ значимо ($p<0,05$) чаще встречаются в 3-й группе (60,3 % vs 17,2 %; $p<0,001$ и 70,4 % vs 23,8 %; $p<0,01$ по критерию χ^2, соответственно). В 3-й группе среди пациенток с ВНАД+АГ, пациенток с АГ, по сравнению со 2-й группой, отмечаются значимо ($p<0,05$) более высокое среднее количество ПОМ (0,62±0,52 vs 0,17±0,38; $p<0,001$ и 0,72±0,50 vs 0,24±0,44; $p<0,001$ по критерию χ^2, соответственно), более высокая степень риска осложнений АГ в ближайшие 10 лет (2,76±1,05 vs 2,14±1,19; $p<0,02$ и 3,1±0,8 vs 2,6±1,0; $p<0,05$ по критерию χ^2, соответственно).

Вывод. У женщин репродуктивного возраста среди пациенток с ВНАД+АГ, пациенток с АГ непропорционально высокая масса миокарда левого желудочка ассоциируется с статистически значимо ($p<0,05$) большей частотой встречаемости поражений органов-мишеней, более высоким средним количеством поражений органов-мишеней и более высокой степенью риска осложнений АГ в ближайшие 10 лет.

0708 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ МАКРОЭРГИЧЕСКИХ ФОСФАТОВ (АДЕНОЗИНТРИФОСФАТА И 2,3-БИФОСФОГЛИЦЕРАТА) В ЭРИТРОЦИТЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН

Садыкова А.Р., Шамкина А.Р., Гизятуллова Р.И., Байкеев Р.Ф.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Актуальность. В связи с высокой распространенностью артериальной гипертензии (АГ) в Российской Федерации (у 39,2 % мужчин и 41,4 % женщин) актуальной является задача разработки методов прогнозирования АГ. Содержание аденозинтрифосфата (АТФ) и 2,3-бифосфоглицерата (2,3-БФГ), регулирующего сродство гемоглобина к кислороду, в эритроците отражает состояние метаболизма окружающих тканей и, косвенно, тяжесть течения заболевания.

Цель исследования: разработать новый метод прогнозирования течения АГ у женщин на основании определения содержания АТФ и 2,3-БФГ в эритроците.

Материал и методы. Были обследованы 15 женщин с высоким нормальным артериальным давлением (АД) и 43 пациентки с АГ по классификации ВНОК (2008) в возрасте 25–59 лет со средней давностью АГ 15,6±11,0 лет. Контрольную группу составили 11 женщин с нормальным АД в возрасте 38–58 лет (средний возраст 45,2±7,0 лет). Стратификация риска осложнений АГ в ближайшие 10 лет проводилась в соответствии с классификацией ВНОК (2008). Повторное клиническое исследование проводилось на сроках 5 лет от первоначального. Максимальная скорость натрий-литиевого противотранспорта (НЛПТ) через мембрану эритроцита определялась по методу M. Canessa (1980). Образцы крови для последующего определения содержания АТФ и 2,3-БФГ в эритроцитах методом 31P ЯМР-спектроскопии готовились по R.Arkowitz (1987). Использовались непараметрическая описательная статистика и множественный нелинейный регрессионный анализ. Модель множественной нелинейной регрессии считалась значимой при $p<0,1$.

Результаты. Было составлено уравнение множественной нелинейной регрессии, включавшее в качестве аргументов содержание АТФ и 2,3-БФГ в эритроците, скорость НЛПТ, возраст и риск. В качестве зависимой переменной в уравнении выступала вероятность перехода пациенток в более высокую группу АГ по классификации ВНОК (2008). При пошаговом исключении статистически незначимых факторов было получено значимое ($p=0,07$) уравнение (коэффициент детерминации 0,25), включавшее возраст, содержание АТФ и 2,3-БФГ. На основании этого уравнения составлены номограммы, позволяющие прогнозировать вероятность прогрессирования АГ у женщин в ближайшие 5 лет. Наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении оказалось сочетание более низкого содержания АТФ и более высокого содержания 2,3-БФГ в эритроците, что проявлялось уже у пациенток репродуктивного возраста и было выражено более отчетливо в старшей возрастной группе.

Вывод. С помощью разработанных номограмм при единовременном определении содержания АТФ и 2,3-БФГ в эритроците у женщин с АГ в изученном возрастном диапазоне становится возможным определение вероятности прогрессирования заболевания в ближайшие 5 лет.

0709 ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST В ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТАМИ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Сайганов С.А.
ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Считается, что при нижних инфарктах миокарда (ИМ) депрессия сегмента ST в грудных отведениях является проявлением реципрокных изменений к элевации в отведениях II, III, и aVF. Однако, существует мнение, что к депрессии ST в прекордиальных отведениях могут отражать ишемию миокарда в бассейне левой коронарной артерии "ишемии на расстоянии" у больных с многососудистым поражением сердца.

Целью нашего исследования было путем сравнения данных электрокардиографии, эхокардиографии и коронарографии определить значение депрессий ST в грудных отведениях в диагностике ишемии на расстоянии при нижних инфарктах миокарда.

Материал и методы. Было обследовано 84 пациента с нижним инфарктом миокарда с зубцом Q без инфарктов миокарда в анамнезе, поступивших в первые сутки заболевания. Группа А состояла из 51 пациента с депрессиями ST в прекордиальных отведениях 1,5 мм и больше. Группу Б составили 33 больных без депрессий ST в грудных отведениях. Всем пациентам выполняли эхокардиографию и коронарографию.

Результаты. Данные коронарографии показали, что многососудистое поражение сердца со стенозами в бассейне левой коронарной артерии (ЛКА) 90 % просвета и более чаще встречались в группе А (у 31 (69 %) человека против 8 (24 %) больных в группе Б, p<0,001). Также в группе больных с депрессиями ST в грудных отведениях чаще наблюдали развитие острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН). Сердечную недостаточность II класса по Killip и выше наблюдали у 27 (53 %) больных группы А и у 9 (27 %) в группе Б (p<0,001). Анализ данных эхокардиографии определил появление нарушения локальной сократимости миокарда в области передней и боковых стенок ЛЖ у пациентов с депрессиями ST в грудных отведениях и тяжелым поражением ЛКА, что значительно увеличивало индекс локальной сократимости (ИЛС) во всей группе. ИЛС в группе А составил 1,9±0,04, тогда как в группе Б показатель в среднем был равен 1,7±0,03 (p<0,05). Соответственно, и площадь миокарда с нарушенной кинетикой была больше в группе А (45±2,2 против 35±1,9 % в группе Б, p<0,001).

Выводы: Исследование выявило у пациентов с депрессиями сегмента ST в грудных отведениях склонность к многососудистому коронарному поражению с выраженным сужением просвета коронарных артерий. Более того, обширная площадь нарушения локальной сократимости миокарда в группе А с вовлечение сегментов передней и боковых стенок ЛЖ свидетельствует о вероятном развитии ишемии миокарда в бассейне ЛКА у пациентов с тяжелым многососудистым поражением. Увеличение площади миокарда с нарушением сократимости, в свою очередь, приводит к усилению дисфункции левого желудочка с более частым проявлением острой сердечной недостаточности. Депрессия ST в грудных отведениях в таких случаях может быть проявлением ишемии, а не реципрокными изменениями к элевации во II, III и aVF отведениях.

0710 ПРИЧИНЫ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Сайганов С.А.
ГОУ ДПО СПбМАПО Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Острая сердечная недостаточность является основной причиной смертности при инфаркте миокарда (ИМ). Правая коронарная артерия кровоснабжает менее 40 миокарда ЛЖ, поэтом площадь пораженного миокарда при нижних инфарктах не велика. Тем не менее, у таких пациентов довольно часто развивается острая дисфункция ЛЖ, сопровождающаяся.

Целью нашего исследования было выявить причины дисфункции ЛЖ у пациентов с нижними инфарктами путем сравнения данных анамнеза, эхокардиографии и коронарографии.

Материал и методы. Всего было обследовано 99 пациентов с Q формой ИМ нижней стенки ЛЖ. Группу А составили 60 пациентов с признаками острой сердечной недостаточности (ОСН) II класса по Killip и выше. Группу Б составили 39 больных без явлений ОСН. Всем пациентам была выполнена коронарография и эхокардиография. У пациентов групп Б проводили мониторинг центральной гемодинамики.

Результаты. Больные с ОСН чаще имели в анамнезе хроническую ишемическую болезнь сердца. Стенокардия в группах А и Б была у 42 (70 %) и 22(56 %) человек соответственно (p<0,05). Принесенные ИМ в группе А были у 32 человек (53 %) и у 5 в группе Б (p<0,05). По данным коронарографии у пациентов группы А чаще встречались стенозы 90 % просвета артерии и более в бассейне ЛКА (57 человек в группе А (95 %) и 13(33 %) в группе Б, p<0,05). При эхокардиографическом исследовании было выявлено, что площадь миокарда с нарушением локальной сократимости была больше в группе А (58±1,6 против 32,5±1,7 % в группе Б, p<0,0001) за счет появление зон гипо- и акинезии в бассейне инфарктнезависимой артерии у пациентов ранее перенесших инфаркт миокарда или имевших тяжелые стенозы в бассейне ЛКА. Фракция выброса ЛЖ была ниже в группе больных с ОСН (30±1,6 % в группа А и 50,3 % в группе Б, p<0,0005). Несмотря на низкие показатели сократимости ЛЖ в группе А, пятеро пациентов группы имели нормальные значения ФВ (более 50 %), что свидетельствует о большом значении диастолической дисфункции ЛЖ в развитие ОСН при ИМ. Наиболее выраженные изменения в ЛКА выявляли у пациентов с низким сердечным индексом в сочетании с высокими цифрами ДЛА и ДЗЛА, а так же у больных с кардиогенным шоком.

Выводы. Рубцовые изменения у пациентов с перенесенными ранее ИМ создают дополнительную зону акинезии и приводят к резкому снижению глобальной сократимости ЛЖ. Дополнительную зону гипо- и акинезии могут создавать ишемизированные сегменты миокарда в инфарктнезависимой артерии “ишемия на расстоянии” у пациентов с выраженными стенозами в ЛКА. Таким образом, основными причины систолической и диастолической дисфункций левого желудочка у больных с нижними ИМ являются перенесенный ранее инфаркт миокарда и появление ишемии в бассейне инфарктнезависимой артерии.

0711 ГЕНДЕРНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЙ

Самородская И.В., Мырзакулов Е.С.
ГУ НЦССХ им А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель: изучение гендерных особенностей взрослых пациентов оперированных на клапанах сердца и оценка гендерных различий, как фактора, возможно влияющего на госпитальную летальность.

Методы исследования. В исследование включены ретроспективно 1095 взрослых пациента (старше 18 лет), которым в 2009г выполнены в течении одной госпитализации операции на одном или нескольких клапанах, в сочетании или с другими операциями (коронарное шунтирование, операция “Лабиринт” с и без радиочастотного воздействия, радиочастотная аблация, имплантация ЭКС, закрытие дефекта перегородки). В анализ включено 20 параметров. Необходимые данные были выбраны из текстовой части автоматизированной истории болези, закодированы и введены в таблицы Excel. Затем данные обработаны с помощью программы SPSS.

Полученные результаты: Оперируемые женщины были достоверно на 2,5±0,8 года (95 % ДИ 0,9-3,9) p=0.000 старше мужчин. Выявлены статистически достоверные различия между структурой операций на митральном и на аортальном клапане у женщин и мужчин (p=0.000). У женщин реже, чем у мужчин выполнялись операции на других (аортально и/или трикуспидальном) клапанах и выполняли реконструкцию митрального. Женщинам реже чем, мужчинам имплантировали механический протез. В среднем у мужчин градиент давления на аортальном клапане было больше на 4,3±6,6 мм рт.ст. (95 %ДИ 4,5-18,6) p=0,006 по сравнению с женщинами. Фибрилляция, трепетание предсердий у мужчин регистрировались значительно реже по сравнению с женщинами ОШ=0,434 (95 % ДИ 0,33-0,56) p=0.000, но у мужчин чаще регистрировались инфекционный эндокардит ОШ= 3,2 (95 % ДИ 2,18-4,81) p=0,000; артериальная гипертензия ОШ=1,56 (95 % ДИ 1,18-2,06) p=0,000; инфаркт миокарда в анамнезе ОШ=2,8 (95 % ДИ 1,47-5,41) p=0,001. В среднем при выполнении операции у мужчин продолжительность времени искусственного кровообращения было больше на 11,5±3,6 мин (95 %ДИ 4,5-18,6) p=0,002 и на 8,7±2,4 мин (95 %ДИ 3,9-13,4) p=0,000 время пережатия аорты соответственно. По таким параметрам как: индекс массы тела, давление в легочной артерии, фракция выброса левого желудочка, конечно-диастолический размер левого желудочка, время искусственного кровообращения, время пережатия аорты, продолжительность лечения после опе-

рации, ИБС, сахарного диабета, операций с искусственным кровообращением в анамнезе, имплантированного до поступления ЭКС достоверных различий между женщинами и мужчинами не выявлены.

Выводы. Среди взрослых пациентов, оперированных клапанах сердца (в сочетании или без коррекции сочетанной кардиальной патологией) выявлены достоверные гендерные различия в возрасте, градиенте давления на аортальном клапане, структуре операций на клапанах сердца, частоте встречаемости фибрилляции предсердий, инфекционного эндокардита, артериальной гипертензии, инфаркта миокарда в анамнезе, время искусственного кровообращения и время пережатия аорты.

0712 ГИПОТЕНЗИВНАЯ И ЛИПИДОСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ "ДИАЛОГ")

Сапожникова И.Е., Тарловская Е.И., Ануфриева Е.Н.
ГОУ ВПО "Кировская ГМА РОСЗДРАВА", Киров, Россия

Цель: проанализировать терапию, назначенную поводу сердечно-сосудистых заболеваний пациентам с сахарным диабетом (СД) 2 типа в реальной практике.

Методы исследования: обследование 200 амбулаторных пациентов, согласившихся участвовать в программе, проведено 10 врачами-эндокринологами. Использованные методы: анкетный, антропометрический, лабораторный (исследование углеводного и липидного обмена).

Результаты: среди пациентов (возраст 57 [52; 63,5] лет) было 77 % женщин и 23 % мужчин, в основном (65,5 %) жителей областного центра. Гипертоническая болезнь (ГБ) диагностирована в 83 %. Монотерапию гипотензивными препаратами получали 24,5 % пациентов, фиксированную комбинацию гипотензивных препаратов — 5,5 %, свободную комбинацию из 2 гипотензивных препаратов — 44 %, из 3 гипотензивных препаратов — 22 %, из 4 гипотензивных препаратов — 4 % (Me 2 [1; 3] препарата). По мнению врачей, 94 % пациентов с ГБ получали постоянную гипотензивную терапию (в 25 % — монотерапию). Однако только 77 % пациентов с ГБ и СД 2 типа сообщили о регулярном приеме гипотензивных препаратов (16 % — курсами; 2,4 % — при кризах; 4,8 % не ответили на вопрос). По данным анкет врачей, диагноз стенокардии напряжения установлен у 17 % опрошенных, при этом 33 % пациентов дали положительный ответ на вопрос, описывающий типичный приступ стенокардии. Статины получал 21 % опрошенных пациентов, препараты ацетилсалициловой кислоты -16,5 %. У 79,5 % пациентов имелись тонометры. 25,9 % пациентов с ГБ и СД 2 типа проводят самоконтроль АД 2 раза в день; 21,7 % — 1 раз в день; 38,5 % — реже 1 раза в день (с различной частотой), 26,5 % — только при ухудшении самочувствия.

Выводы:

1) Частота гипертонической болезни в выборке пациентов с СД 2 типа составила 83 %.

2) Один гипотензивный агент получали 24,5 % пациентов с ГБ и СД 2 типа.

3) Данные анкет пациентов продемонстрировали недостаточную приверженность к постоянной гипотензивной терапии.

4) Стенокардия напряжения диагностирована у 17 % пациентов, однако 33 % опрошенных отметили наличие симптомов типичного приступа стенокардии.

5) Отмечена низкая частота приема статинов и препаратов АСК в группе пациентов максимального риска ССЗ.

0713 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сапожникова И.Е.[1], Тарловская Е.И.[1], Тарловский А.К.[2]
Кировская государственная медицинская академия[1], Киров, Россия; Кировская областная клиническая больница[2], Киров, Россия

Цель: изучить выраженность гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), особенности ремоделирования и диастолической функции миокарда ЛЖ у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), в том числе сочетающейся с сахарным диабетом (СД) 2 типа, и оценить их ассоциации с метаболическими параметрами, результатами Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ) и дисперсией интервалов QT и JT ЭКГ.

Методы исследования: обследовано 92 пациента с ГБ 1-2 степеней повышения артериального давления (АД). В 1-ю группу вошло 30 пациентов с СД типа 2, ГБ, дислипидемией (ДЛП) и абдоминальным ожирением (АО). Во 2-ю группу вошли 32 пациента с ГБ без избыточного веса. Исследовались углеводный и липидный обмен, проводились велоэргометрия, Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), Эхо-КС, расчет дисперсии интервалов QT и JT ЭКГ. Из исследования исключались пациенты с ИБС.

Результаты исследования: по данным ХМЭКГ нарушения ритма сердца (НРС) выявлены у 94,7 % обследованных пациентов 1-й группы, из них у 52,6 % — желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) 1-3 градаций по Lown; у 32 % пациентов 2-й группы (ЖЭС у 16 %). В 1-й группе были достоверно больше масса тела, индекс массы тела, окружность талии (ОТ), а также уровни общего холестерина и триглицеридов, гликемии и гликозилированного гемоглобина. В 1-й группе, по сравнению со 2-й, определялись достоверно более высокие показатели вертикальной и горизонтальной дисперсии интервалов QT и JT ЭКГ. По данным Эхо-КС выявлено, что, при сравнимом уровне АД, в 1-й группе гипертрофия и ремоделирование ЛЖ встречались достоверно чаще, были больше ММЛЖ, ТЗСЛЖ, ТМЖП, а также чаще регистрировались неблагоприятные варианты ремоделирования сердца: концентрическая ГЛЖ и концентрическое ремоделирование. Нарушения диастолической функции миокарда ЛЖ выявлены у 100 % обследованных пациентов с ГБ и СД типа 2.

Выводы: 1) У обследованных пациентов сочетание ГБ с СД типа 2 сочеталось с более значительной распространенностью суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии.

2) У обследованных пациентов в случае ассоциации ГБ и СД типа 2 гипертрофия миокарда ЛЖ была более выражена;

3) У обследованных пациентов с ГБ и СД типа 2 достоверно чаще формировались неблагоприятные варианты ремоделирования: концентрическая гипертрофия и концентрическое ремоделирование, а также нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ.

4) У пациентов с ГБ, сочетающейся с СД типа 2 были достоверно выше показатели вертикальной и горизонтальной дисперсии интервалов QT и JT ЭКГ.

0714 КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ СВИНЦА

Саркулова С.М.
ЮКГМА, Шымкент, Казахстан

Цель: изучить клинико-гемодинамические особенности АГ у рабочих свинцового производства.

Материал и методы: проведено эпидемиологическое, общеклиническое исследование у 1370 рабочих ШСЗ, углубленное кардиологическое, включая клинико-функциональное, лабораторное исследование у 620 рабочих основного свинцового производства с высокой концентрацией свинца в воздухе рабочей зоны.

Результаты: среди рабочих основных цехов свинцового завода АГ была выявлена у 53,8 %, в целом по заводу — у 38,2 %, ср. возраст лиц с АГ составил 43,6±1,5 л, средний

стаж — 14,2±1,7 л. Основными ФР были: нерациональное питание (у 85 %), курение (у 72,5 %), повышенное употребление соли (у 73 %), отягощенная наследственность (у 24,4 %), повышенная МТ (у 30,5 %). В клинической картине наряду с симптомами изменений сердечно-сосудистой системы отмечались признаки нарушения центральной и периферической нервной системы: утомляемость (у 64,3 %), раздражительность (у 43,4 %), нарушение сна (у 33,2 %), парестезии (у 18,3 %), судороги (у 13,8 %), миалгии (у 25,5 %), вегетативные расстройства (у 38 %), что свидетельствовало о токсическом воздействии свинца. Уровни АД были тесно связаны с производственным стажем (r=0,68), отмечено преимущественное повышение ДАД. У 16,7 % рабочих была отмечена изолированная диастолическая гипертония. При стаже более 10 лет данные ЭхоКГ выявили снижение систолической и признаки диастолической дисфункции ЛЖ: ФВ — 62,6±1,37 %; пикЕ — 50,21±2,5 см/сек. пикА — 49,8±2,42 см/сек. Отношение Е /А — 1,02±0,7, наряду с достоверным нарастанием ОПСС — 3582,8±108,7 дин/с х см 10-5.

Выводы: АГ у рабочих свинцового производства характеризуется высокой частотой распространенности среди лиц молодого возраста, полиморфизмом клинической картины, гиподинамическим вариантом гемодинамики.

0715 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ФАРМАКОДИНАМИКИ КАРДИОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Сафронова Э.А., Миронова Т.Ф., Шадрина И.М.
ГОУ ВПО "ЧелГМА Росздрава", Челябинск, Россия

Больные стенокардией составляют самую многочисленную группу больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). При ИБС возникают определенные нарушения пейсмеккерной активности синусового узла (СУ). Однако остаются неизученными вегетотропные эффекты нитратов, что определяет актуальность изучения данной проблемы.

Обследованы 225 мужчин со стабильной стенокардией. Стенокардия 2 функционального класса (ФК) была у 107 пациентов, и 3 ФК у всех прочих. Перенесли инфаркт миокарда 45 человек. Всем проводились ЭКГ, ЭхоКС, суточное мониторирование ЭКГ. Группой контроля служили 30 здоровых лиц. Кроме стандартных методов, для изучения состояния периферической вегетативной регуляции сердечного ритма использовалось патентованное ритмокардиографическое (РКГ) исследование на аппаратно-программном комплексе КАП-РК-01-"Микор" высокого разрешения. В основе метода — оценка периферической вегетативной постганглионарной регуляции пейсмекерной активности СУ. ВСР исследовалась исходно лёжа и в 4-х пробах: Вальсальвы, Ашнера, активной ортостатической, с физической нагрузкой (Vm, pA, AOP, PWC). В стационарной части РКГ выделялись статистические показатели: средний интервал RR, среднеквадратические отклонения амплитуд всех колебаний и, отдельно, — гуморальных, симпатических и парасимпатических волн ВСР — σRR, σl, σm, σs. В частотном анализе определялось соотношение σl%, σm%, σs% (VLF%, LF%, HF%). В разные дни проводили регистрацию РКГ до и через 2 минуты после сублингвального приема 0,5 мг нитроглицерина. Значения РКГ регистрировались утром до приема основной терапии (ацетилсалициловая кислота 0,125г в сутки, β-блокаторы, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента).

У пациентов с ИБС наблюдалось снижение парасимпатических флуктуаций при увеличении гуморально-метаболических воздействий, появление участков стабилизации сердечного ритма по сравнению с данными показателями у здоровых лиц. В общем спектре после приема нитроглицерина у пациентов со стенокардией по сравнению с исходом ($p<0,05$) увеличивалось гуморальное влияние в ph, pA и симпатическое влияние в СУ. Увеличивалось количество симпатических волн (σm) в пробах и соотношение их в частотном спектре (σm%) в Vm, pA, AOP за счет уменьшения парасимпатического воздействия (σs%) в ph, Vm, pA. В кратковременном контролируемом мониторинге предварительно выявлено усиление гуморального и симпатического влияния в СУ под влиянием органических нитратов за счет угнетения парасимпатической регуляции.

Выводы:

1. Несмотря на положительный клинический эффект экзогенных нитровазодилататоров, по данным РКГ наблюдалась отрицательная динамика, так как в норме парасимпатическая регуляция должна преобладать.

2. Результаты ВСР-исследования манифестируют неописанную автономную периферическую фармакодинамику нитроглицерина у больных стенокардией 2 и 3 ФК.

0716 СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Сейсембеков Т.З., Козлова И.Ю., Иманкулов С.Б., Кенжина З.З.
АО "Медицинский университет Астана" и ННМЦ, Астана, Казахстан

Одним из современных критериях стратификации риска артериальной гипертензии (АГ)- поражения сосудов служат утолщение стенки артерии — толщина интима-медия (ТИМ) >0,9мм. При этом, не исследовано состояние адвентиции (наружного слоя), через который проходят мельчайшие кровеносные сосуды (сосуды сосудов), питающие сосудистую стенку. При АГ одними из первых поражаются эти мелкие артерии, что может существенно сказаться на состоянии адвентиции, нарушать питание и приводить к ее изменению.

Цель исследования — определить ранние признаки поражения сосудов при АГ.

Материал и методы исследования. Обследовано 25 больных АГ: 1 ст. -7 чел; 2 ст. -10 и 3 ст. — 8 чел. Все обследованные больные ранее не получали регулярной гипотензивной терапии. Контрольную группу составили 11 практически здоровых добровольцев соответствующего пола и возраста. Проводилось ультразвуковое триплексное сканирование плечевой артерии с помощью линейного датчика, работающего в частотном диапазоне от 4,0 до 7,0 МГц на аппарате HDl-1500 (Phılips). Триплексное сканирование сочетает 3 режима: двумерную серошкальную эхографию — В-режим, спектр сдвига допплеровских частот и цветное допплеровское кодирование. Перед исследованием исключается прием любых лекарственных препаратов, кофе, алкоголя и курение в течение 24 часов. Перед проведением сканирования обследуемый находится в горизонтальном положении не менее 10 минут. Датчик устанавливается на внутренней поверхности верхней трети плеча. Измеряется внутренний диаметр плечевой артерии (ПА), толщина адвентиции и комплекса интима-медиа, а также плотность сосудистой стенки. Оценка плотности сосудистой стенки проводилась гистографическим денстинометрическим методом в условных единицах (УЕ).

Результаты. Установлено, что при АГ отмечается утолщение комплекса интима-медиа, однако достоверно значимые различия этого показателя выявлены только при АГ 2 ст. (0,061±0,004 см). и 3 ст. (0,060±0,003 см), в контроле =0,051± 0,002 и АГ 1 ст.=0,053±0,003 см. При этом, наблюдается достоверно выраженное утолщение адвентиции, прямо пропорциональное степени АГ (соответственно = 0,067±0,003; 0,068±0,05; 0,072±0,058 см, при контроле =0,056±0,02 см.). В такой же зависимости отмечается увеличение плотности сосудистой стенки ПА (соответственно= 96,0±10,02; 125,0±11,65; 141,5±12,56 УЕ; контроль=72,0±9,64). Для поражения артерий при АГ характерно также расширение внутреннего диаметра ПА. Несмотря на то, что диаметр ПА при АГ 1 ст. больше, чем в группе контроля, достоверные различия отмечаются только при АГ 2 и 3 ст.

Выводы. Изменению сосудистой стенки в виде утолщения комплекса интима-медиа, являющегося предиктором сердечно-сосудистых осложнений при АГ, предшествуют более ранние изменения: утолщение адвентиции и увеличение

плотности сосудистой стенки. Следовательно, данные феномены могут быть рекомендованы как дополнительные ранние критерии в стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений артериальной гипертензии.

0717 КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИЕТЫ И МЕТФОРМИНА

Сейтмаганбетова Н.А., Жолдин Б.К.
ЗКГМУ имени М.Оспанова, Актобе, Казахстан

Цель: изучение возможности применения метформина в качестве коррекции инсулинорезистентности.

Методы исследования. Было обследовано 109 человек с индексом массы тела (ИМТ) (25,0-29,9 кг/м²) в возрасте от 28 до 55 лет (средний возраст 48,5±8,39), из них (63 мужчин, 46 женщин). У всех обследуемых определяли антропометрические данные, концентрацию глюкозы и инсулина в крови натощак и инсулинорезистентность (ИР) по индексу Caro, липидный спектр крови. В качестве коррекции инсулинорезистентности у пациентов нами изучалась возможность применения метформина (Сиофор фирмы "Berlin-Chemie") в дозе 500-1000 мг. Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев. В зависимости от вида лечения обследуемые были разделены на две группы. 1- группу составили 69 человек, которым для коррекции избыточной массы тела и ИР применили низкокалорийную диету и метформин в дозе 500-1000 мг, во 2-группу вошли 40 человек, которым назначили только диету.

Результаты исследования. На фоне лечения диетой и метформином наблюдалось достоверное улучшение антропометрических параметров. В 1- группе ИМТ до лечения 28,2±0,14 кг/м², после лечения 26,8 ±0,13 кг/м² (p<0,001), окружность талии (ОТ) до лечения 99,2±0,76 см, после лечения 96,6±0,73 см (p<0,01), тогда как во 2-группе ИМТ до лечения 28,5±0,20 кг/м², после лечения 27,6±0,13 кг/м² (p<0,01), окружность талии (ОТ) до лечения 102,1±0,58 см, после лечения 98,6±0,54 см (p<0,01). Со стороны липидного спектра крови в 1-группе отмечалось достоверное снижение содержания общего холестерина (ОХС) 6,34±0,12 до 5,35±0,09 ммоль/л (p<0,001), триглицеридов (ТГ) с 2,4±0,11 ммоль/л до 1,4±0,07 (p<0,001), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) 4,85±0,10 до 4,0±0,11 (p<0,05), уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) достоверно повысился с 0,96±0,02 до 1,4±0,07 (p<0,001). Во 2-группе, также отмечалось достоверное снижение ОХС 6,47±0,14 до 5,7±0,17 ммоль/л (p<0,05), ТГ с 2,6±0,18 до 2,0±0,14 ммоль/л. Со стороны углеводного обмена в 1 — группе отмечалось достоверное снижение показателя глюкозы с 6,5±0,23 до 5,3±0,17 ммоль/л (p<0,001), содержания инсулина с 42,0±1,58 до 20,0±1,09 мЕд/мл, а показатель глюкоза/инсулин увеличился с 0,16±0,006 до 0,29±0,01 усл.ед. Во второй группе, также наблюдалось уменьшение содержания инсулина с 33,9±1,73 до 27,2±1,86 мЕд/мл (p<0,05). Показатель глюкоза/инсулин увеличился с 0,17±0,009 до 0,22±0,01усл.ед. (p<0,05).

Вывод. Таким образом, у лиц с избыточной массой тела и ИР сочетанное применение диеты и метформина способствует достоверному снижению массы тела с уменьшением ИМТ и ОТ. Одновременно наблюдается снижение уровня инсулина в крови и возможно восстановление чувствительности тканей к инсулину, сопровождаемое достоверным улучшением обменных нарушений.

0718 ПРЕДИКТОРЫ ДВУХЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Селезнев С.В., Якушин С.С.
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Цель: определить значение предикторов неблагоприятного прогноза в течение 2 лет при ХСН ишемического генеза для отбора пациентов, имеющих неблагоприятный краткосрочный прогноз для изменения тактики ведения.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 109 пациентов (85,3 % мужчин), средний возраст 61,5 (9,6) лет, страдающих ХСН ишемического генеза. Критерии включения: подписанное ИС, наличие документированной ИБС, наличие систолической хронической сердечной недостаточности, подтвержденной ЭхоКГ исследованием (ФВ ЛЖ по Teiccholz ≤45 %). На визите Год 0 после подписания ИС, оценки критериев включения/исключения проводился сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, объективное обследование по общепринятой методике, проведение теста шестиминутной ходьбы, Холтеровского мониторирования ЭКГ. Выживаемость определялась через 1 и 2 года. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 7.0. Выживаемость оценивалась методом Kaplan-Meier. С целью выявления независимых предикторов неблагоприятного исхода признаки, для которых была доказана значимость в однофакторном анализе, включались в пошаговый многофакторный анализ пропорциональных рисков Кокса. Для определения пограничных, "отрезных" значений предикторов определялся относительный риск (ОР) и его 95 % доверительный интервал (ДИ).

Результаты и их обсуждение. Однолетняя выживаемость при ХСН ишемического генеза в нашем исследовании составила 77,1 %, двухлетняя — 58,5 %. Независимые предикторы неблагоприятного исхода в течение 2 лет: тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) (p=0,0001), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (p=0,01), аортальная регургитация (АР) (p=0,00005) и трикуспидальная регургитация (ТР) (p=0,0008). Для ТШХ "отрезным" явилось значение ≤ 400 м (ОР 3,1; 95 % ДИ 1,2-7,8), для ФВ ЛЖ ≤34 % (ОР 1,7; 95 % ДИ 1,1-2,8), для ТР 2 ст и выше (для 2 ст. ТР ОР 3,0 (95 % ДИ 1,7-5,5), для 3 ст. ТР ОР 3,0 (95 % ДИ 1,6-5,8)) АР 2 ст. и выше (для 2 ст. АР ОР 2,3 (95 % ДИ 1,3-4,0), для 3 ст. ТР ОР 2,9 (95 % ДИ 1,5-5,6)). Наши данные подтверждают еще раз результаты предыдущих исследований касательно ТШХ о его влиянии на прогноз. Снижение фракции выброса также является доказанным ранее независимым предиктором неблагоприятного исхода, значение ФВ, при котором значимо ухудшался прогноз, варьировало от 45 до 26 %. Данные, согласно которым относительная недостаточность трикуспидального клапана (ТР) и аортального клапана (АР) ухудшают прогноз, также были выявлены в доступной нам литературе.

Выводы. Предикторы неблагоприятного прогноза в течение 2 лет при ХСН ишемического генеза: ТШХ ≤400 м, ФВ ЛЖ ≤34 %, ТР 2 ст и выше, АР 2 ст. и выше. Пациентам, имеющим эти факторы риска, необходимо изменение тактики дальнейшего ведения: проведение коронарного шунтирования, постановка кардиовертера-дефибриллятора и других видов оперативного лечения.

0719 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАНДЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Селиванова Г.Б., Жалсараев Т.Ж.
Кафедра общей терапии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: определение антигипертезивной эффективности и оценка влияния на показатели суточного профиля АД кандесартана у больных с артериальной гипертензией по данным суточного мониторирования АД.

Материалы и методы: в исследование включено 15 пациентов (мужчин — 6, женщин — 9), страдающих эссенциальной артериальной гипертензией 1-2 степени, в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст — 55,4±8,9лет). Длительность повышения АД составила 7,4±2,3 года. В качестве антигипертезивной терапии применяли кандесартан в дозе 16 мг/сут. Для контроля эффективности антигипертензивной терапии проводили суточное мониторирование АД (СМАД) аппаратом фирмы "BPLab" МнСДП-2: исходно — при поступлении больного в стационар и через 30 дней после приема препарата (амбулаторно) с оценкой индекса времени гипертензии систолического и диастолического АД (САД и ДАД), вариабельности и суточного индекса САД и ДАД.

Результаты: при лечении кандесартаном пациентов с артериальной гипертензией выявлена достоверная положительная динамика показателей СМАД и получены следующие результаты: уменьшение индекса времени гипертензии САД днем на 35,7 % (с 71,0±8,1 % до 36,0±5,8 %, p=0,01), снижение индекса времени САД ночью на 52,0 % (с 67,2±9,9 % до 15,2±3,2 %, p=0,01), уменьшение индекса времени гипертензии ДАД днем на 31,3 % (с 49,2±8,05 % до 18,4±4,5 %, p=0,02), снижение индекса времени ДАД ночью на 45,3 % (с 60,8±7,5 % до 15,4±5,6 %, p=0,001). Кроме того, на фоне проводимой терапии отмечалась достоверная положительная динамика значений вариабельности САД днем в виде снижения на 38,0 % (с 17,4±2,6 мм рт.ст. до 10,8±1,3 мм рт.ст., p=0,04) и вариабельности САД ночью со снижением на 35,8 % (с 16,2±4,2 мм рт.ст. до 10,4±1,5 мм рт.ст., p=0,01); вариабельность ДАД днем снизилась на 25 % (с 13,6±1,8 мм рт.ст. до 10,2±1,9 мм рт.ст., p=0,02), вариабельность ДАД ночью снизилась на 28,1 % (с 11,4±1,6 мм рт.ст. до 8,2±1,3 мм рт. ст., p=0,005).

Исходно суточный индекс САД и ДАД у всех больных находился в нормальных пределах, а проводимая антигипертензивная терапия кандесартаном не нарушала двухфазный ритм АД с колебаниями в нормальных пределах значений суточного индекса САД и ДАД: так суточный индекс САД снизился на 3,6 % (с 18,0±2,9 % до 14,4±2,07 %, p=0,03), суточный индекс ДАД снизился на 5,8 % (с 17,2±2,2 % до 11,4±4,03 %, p=0,02).

Выводы: по результатам СМАД на фоне терапии кандесартаном продемонстрирована достоверная положительная динамика показателей суточного мониторирования АД, что свидетельствует о высокой антигипертензивной эффективности данного препарата. Побочных эффектов на фоне терапии кандесартаном не зарегистрировано.

0720 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОЗАРТАНА И КАНДЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ВЛИЯНИЮ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД

Селиванова Г.Б., Жалсараев Т.Ж.
Кафедра общей терапии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности лозартана и кандесартана по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: в исследование включено 30 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией 1-2 степени: (мужчин — 12, женщин — 18, средний возраст — 52,4±6,5 лет). Первую группу составили 15 больных с АГ, которым проводилась гипотензивная терапия лозартаном в дозе 50 мг/сут. Вторую группу составили 15 больных с АГ, которым проводилась гипотензивная терапия кандесартаном в дозе 16 мг/сут. Всем больным по стандартной методике проводилось СМАД аппаратом фирмы “BPLab” МнСДП-2, исходно — при поступлении больного в стационар и через 30 дней после приема препарата (амбулаторно) с оценкой индекса времени гипертензии систолического и диастолического АД (САД и ДАД), вариабельности и суточного индекса САД и ДАД. Обработка результатов исследования проводилась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты: при сравнительном анализе препаратов по влиянию на суточный профиль АД получено достоверное преимущество кандесартана над лозартаном по ряду показателей СМАД. Так в группе кандесартана индекс времени гипертензии САД днем уменьшился на 50,7 % (p<0,01), в группе лозартана — на 37,8 % (p<0,05), индекс времени гипертензии ДАД днем в группе кандесартана уменьшился на 37,3 % (p<0,01), в группе лозартана — на 28,7 % (p<0,05), индекс времени гипертензии ДАД ночью в группе кандесартана уменьшился на 25,3 % (p<0,01) и на 14,6 % (p<0,05) в группе лозартана, вариабельность САД днем в группе кандесартана снизилась на 38,0 % (p<0,05), а в группе лозартана — на 27,1 % (p<0,05), в группе кандесартана вариабельность ДАД днем снизилась на 25 % (p<0,01), в группе лозартана — на 18,3 % (p<0,01), также в группе кандесартана показатель вариабельности ДАД ночью регрессировал на 28,1 % (p<0,05), тогда как у лозартана — на 21,9 % (p<0,05). Кроме того, суточный индекс САД в группе кандесартана снизился на 5,8 %, в группе лозаратана — на 4,8 % (p<0,05). Однако, по таким показателям, как: индекс времени гипертензии САД ночью (снижение в группе кандесартана на 22,6 %, в группе лозартана на 25,2 %), вариабельность САД ночью (снижение в группе кандесартана на 37,6 %, в группе лозартана — на 37,7 %, p<0,05), была выявлена равнозначная динамика.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют, что кандесартан по сравнению с лозартаном достоверно эффективнее влияет на динамику показателей суточного профиля АД, преимущественно в дневное время, а именно: индекс времени гипертензии САД и ДАД, вариабельность САД и ДАД. В ночное время показано преимущество кандесартана по влиянию на значения индекса времени гипертензии и вариабельности ДАД.

0721 МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ АДРЕНОЗАВИСИМОЙ ВАЗОРЕЛАКСАЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Семячкина-Глушковская О.В., Бердникова В.А., Кузнецова Я.В., Кузнецова А.С.
ГОУ ВПО “Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского”, Саратов, Россия

Целью исследований явилось изучение механизмов β2-адренозависимой вазорелаксации в норме и при развитии артериальной гипертонии (АГ).

Исследования выполнены на 97 нормотензивных и гипертензивных самцах крыс. Введение изопротеренола — (0,5 мкг/кг, 0,05 мкг/кг, 0,005 мкг/кг, iv), глибенкламида (2,5 мг/кг, 5 мг/кг, 10 мг/кг, iv), индометацина (1 мг/кг, 2,5 мг/кг, 5 мг/кг, iv), NG-nitro-L-arginine-methyl ester (L-NAME, 2,5 мг/кг, 5 мг/кг, 10 мг/кг, iv) осуществляли через полиэтиленовый катетер, вживленный в яремную вену под нембуталовым наркозом (0,40 мг/кг, ip).

Введение изопротеренола сопровождалось развитием гипотензивных реакций. При этом уже на начальных стадиях формирования АГ отмечалось снижение сосудистой чувствительности к изопротеренолу, которое прогрессировало по мере развития заболевания. У нормотензивных крыс предварительная блокада NO-синтазы путем введения L-NAME вызывала дозо-зависимое снижение сосудистой чувствительности к изопротеренолу. Предварительная блокада КАТФ-каналов глибенкламидом также индуцировала дозо-зависимое подавление гипотензивных эффектов изопротеренола. Предварительная блокада простациклина индометацином не сопровождалась какими-либо изменениями в сосудистых эффектах изопротеренола. Предварительная блокада синтеза NO и КАТФ-каналов полностью предотвращала способность изопротеренола к вазорелаксации.

Таким образом, результаты экспериментов показали, что дилатация сосудов, вызванная активацией бета2-адренорецепторов, осуществляется активацией КАТФ-каналов и синтеза NO, но не простациклина.

На начальных этапах формирования АГ отмечалось снижение сосудистой чувствительности к блокаде КАТФ-каналов. Действительно, в предгипертензивной группе амплитуда снижении ср.АД глибенкламидом (10мг/кг) была ниже в 2,2 раза (p<0.05), чем у нормотензивных крыс. Прогрессирование АГ сопровождалось усугублением нарушений в механизмах вазорелаксации, связанными с активацией КАТФ-каналов. Так, амплитуда снижения ср.АД в ответ на введение глибенкламида у гипертензивных крыс была ниже в 3,8 раза (p<0.05) по сравнению с нормотензивными животными. Сосудистая

чувствительность к введению L-NAME (10мг/кг), равно как и содержание NO в крови, не различались между предгипертензивной и нормотензивной группами, но существенно снижались у гипертензивных животных.

Таким образом, механизмы нарушения бета2-адренозависимой вазорелаксации различны на этапах формирования и прогрессирования АГ. Латентная форма АГ характеризуется снижением активности КАТФ-каналов и отсутствием каких-либо изменений в NO-зависимых процессах вазодилатации. Прогрессирование АГ сопровождается усугублением первичных нарушений в деятельности КАТФ-каналов и сопутствующим снижением в активности системы генерации NO.

0722 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сергеева С.С., Новожилова Н.В., Кузнецова Т.Ю.
ГУЗ "Республиканская больница им. В.А. Баранова", ГОУ ВПО ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Цель: проанализировать факторы риска хронической сердечной недостаточности с сохранной систолической функцией (ХСН с ССФ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследован 21 больной ИБС, у которых на основании симптомов и клинических признаков заподозрена ХСН, а по данным ЭхоКС при оценке трансмитрального кровотока (Е/А) диагностирована диастолическая дисфункция (ДД). Средний возраст 58,5 лет, мужчин 15 человек (71,4 %). Обследование: ЭКГ, ЭхоКС; коронарография. ХСН с ССФ диагностировали при наличии симптомов, клинических и объективных признаков (ЭКГ признаки рубцовых изменений, гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ), наличие специфических ЭхоКС показателей по тканевому допплеру, в основном, диастолический подъёма основания ЛЖ (Em). Определяли соотношение скоростей волны Е трансмитрального кровотока и диастолического подъёма основания ЛЖ (Е/Em). В качестве дополнительного диагностического критерия определяли мозговой натрий-уретический пептид (МНУП).

Результаты. Больные разделены на 2 группы: 1-я (13 человек, 61,9 %) — больные ИБС с ДД ЛЖ, у которых диагностирована ХСН с ССФ, 2-я (8 человек, 38,1 %) — ХСН с ССФ исключена. Отношение Е/Em выше 15 свидетельствовало о наличии ХСН с ССФ, Е/Em менее 8 — исключало диагноз, а при Е/Em от 8 до 15 оценивались дополнительные данные: определение типа наполнения ЛЖ, объёма ЛП, наличие ГЛЖ, фибрилляции предсердий, уровень биомаркёров. Средний возраст больных 1 группы составил 58,7 лет, второй — 58,25 лет. В 1 группу вошли 11 мужчин (84,6 %), во 2-ю — 4 (50 %). Курение было выявлено у 8 больных 1 группы (61,5 %) и у 3 больных 2 группы (37,5 %). Сахарный диабет диагностирован у 5 (38,4 %) и 2 (25 %) больных 1 и 2 групп соответственно. Все пациенты как 1-й, так и второй групп имели анамнез артериальной гипертензии. ГЛЖ выявлена у 9 (69,2 %) и 6 (75 %) человек 1 и 2 групп. Пациенты с СН с ССФ и отсутствием ГЛЖ имели более тяжёлое поражение коронарных артерий. ОИМ в анамнезе имели 5 пациентов 1 группы и 1 человек из 2 группы (12,5 %). Из пациентов 1 группы по данным КАГ определено: стволовое поражение — у 3 человек (23 %), трёх-сосудистое поражение — 5 человек (38,4 %), двух-сосудистое поражение — 4 человек (30,7 %), у 1 человека (7,9 %) выявлено однососудистое поражение ($p<0,05$). По сравнению, однососудистое поражение имели 6 человек 2 группы (75 %), у 1 человека диагностирован кардиологический синдром Х (12,5 %), у 1 человека по данным КАГ выявлено 2-сосудистое поражение (12,5 %). Как минимум у четверти пациентов при тканевой допплерографии выявлены более тяжёлые нарушения диастолы, чем при оценке трансмитрального потока.

Выводы: у больных ИБС с признаками диастолической дисфункции по данным ЭхоКС диагноз ХСН с ССФ подтверждён в 61,9 % случаев с помощью тканевой допплерографии. Наличие ХСН с ССФ у больных ИБС достоверно зависело от тяжести поражения коронарных артерий.

0723 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Сергиенко Т.Н.
Учреждение НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: сравнить клинико-функциональные показатели у мужчин и женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС), в зависимости от тактики лечения ИБС.

Материалы и методы. В исследование включены больные с хронической ИБС, поступившие в отделение реабилитации больных НИИ кардиологии СО РАМН (n=258). Всем больным было проведено общеклиническое обследование, а также тестирование госпитальной шкалой самооценки тревоги и депрессии (HADS), шкалой социального функционирования Шихана. Все пациенты были разделены на три группы в соответствии с проведенным инвазивным лечением ИБС или без него: 1-ю группу составили пациенты, перенесшие коронарную ангиопластику со стентированием (n=87, из них 70 мужчин и 17 женщин); больным 2-й группы (n= 28, 21 мужчина и 7 женщин) была проведена операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ); в 3-ю группу были включены пациенты, у которых была выбрана консервативная тактика лечения ИБС (n=143, из них 97 мужчин и 46 женщин). Средний возраст женщин в трех группах не различался: 59,8±7,4 лет (1-я гр.), 56,2±7,1 лет (2-я гр.), 62,2±9,9 лет (3-я гр.) (p=0,2). Стентированные мужчины были младше мужчин двух других групп: 53,2±10,1 лет (1-я гр.), 56,2±7,1 лет (2-я гр.), 57,8±10,1 лет (3-я гр.) (p=0,04). Также мужчины 1-й и 3-й групп были младше женщин этих же групп соответственно: p=0,057 (в 1-й группе) и p=0,001 (в 3-й группе). Мужчины и женщины, которым проводилась операция АКШ по возрасту не отличались (p=0,3). Статистическая обработка материала производилась программы "STATISTIKA 8.0". Данные представлялись в виде "среднее±отклонение среднего". Статистически значимым считался уровень $p<0,05$.

Результаты. В группах инвазивного лечения ИБС частота перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) была одинаковой у мужчин и женщин: 68 % vs 67 % (1-я гр., p=0,95) и 63 % vs 67 % (2-я гр., p=0,9), несмотря на то, что коронарный стаж у стентированных женщин был больше, чем у мужчин этой же группы: 7,7±3,1 и 3,7±5,9 лет соответственно (p=0,01). В двух других группах давность заболевания по полам была одинаковой. В 1-й группе мужчины чаще переносили ИМ, чем женщины: 40 % vs 18 % (p=0,0017), хотя они были значительно младше последних. Женщины, перенесшие операцию АКШ, чаще страдали СД, чем мужчины той же группы (p=0,03). Уровень глюкозы крови у таких пациенток был выше: 6,1±1,2 и 4,6±0,4 ммоль/л соответственно (p=0,002). В 1-й и 3-й группах частота СД была одинаковой как у мужчин, так и у женщин. У женщин 3-й группы индекс массы тела (ИМТ) был выше, чем у мужчин этой же группы: 32,2±5,6 vs 29,1±5,2 (p=0,03). Также в 3-й группе женщины отличались от мужчин более высоким уровнем общего холестерина (ОХС): 6,5±1,4 и 5,7±1,3 ммоль/л соответственно (p=0,001). Концентрация ОХС в сыворотке крови не отличалась у пациентов двух других групп (p=0,7). Переносимость физической нагрузки по данным велоэргометрии (ВЭМ) у женщин была ниже, чем у мужчин во всех группах (рис.2): 41,7±14,4 vs 61,9±30,7 Вт (1-я гр.) (p=0,2); 15,0±14,1 vs 48,5±29,9 Вт (2-я гр.) (p=0,099); 37,9±25,0 vs 69,6±33,9 Вт (3-я гр.) (p=0,003). При тестировании шкалой HADS выявлен более высокий уровень депрессии у женщин без вмешательства, чем у мужчин этой же группы (p=0,09): 7,5±3,6 vs 6,3 ±3,6 баллов соответственно. Достоверных различий по уровню тревоги и депрессии между мужчинами и женщинами других групп

не выявлено (p=0,3). Уровень социальной адаптации у пациентов всех групп не различался (p=0,19). Во всех исследованных группах получена отрицательная корреляция между уровнем тревоги и депрессии и социальной адаптации (r=-0,512).

Выводы: пациентам, страдающим ИБС, необходимо оценивать не только общепринятые клинико-инструментальные и лабораторные показатели, но и выявлять психологические расстройства с дифференцированным подходом к терапии.

0724 СРАВНИТЕЛЬНАЯ РИТМУРЕЖАЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА И ВЕРАПАМИЛА

Серебряков П.В., Мелентьев А.В.
ФГУН ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, Москва, Россия

Цель: Проведение сравнительной оценки влияния на ЧСС и показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) ивабрадина и верапамила.

Методы: Методом рандомизации 58 обследованных мужчин, со средним возрастом — 52,1±7,1 лет, с выявленной повышенной среднесуточной ЧСС (>80 в мин) были разделены на 2 группы. Обследованные 1 группы (27 человек), получали ивабрадин (Servier, Франция) в дозе 10 мг в сутки. Во 2 группе (31 человек) получали верапамил (Акрихин, Россия) 120 мг в сутки. Сравнительная эффективность препаратов оценивалась через 10 суток от начала терапии с повторным проведением суточного ЭКГ-мониторирования и анализом ВСР на аппарате CardioDay Holter (Германия).

Результаты: В 1 группе на фоне терапии ивабрадином отмечено достоверное снижение медианы среднесуточной ЧСС с 85,4 до 74,7 уд/мин (p<0,001). Во 2 группе медиана среднесуточной ЧСС уменьшилась с 83,5 до 78,9 уд/мин (p<0,05).

Выявлена значимая динамика показателей ВСР в 1 группе, медианы SDNN и rMSSD достоверно выросли с 105,0 мс до 129,0 мс (p<0,01) и с 28,0 мс до 36,0 мс (p<0,01) соответственно, уже через 10 дней на фоне терапии ивабрадином. Во 2 группе достоверно возросла только медиана SDNN с 105,0 мс до 128,0 мс (p<0,01), медиана rMSSD на фоне терапии верапамилом значимо не увеличилась (с 25,0 мс до 27,0 мс).

На фоне терапии ивабрадином снижение ЧСС менее чем на 10 % от исходных цифр достигнуто в 48,9 % случаев, снижение ЧСС в диапазоне от 10 % до 19 % от исходных показателей отмечено в 32,4 % случаев и в 18,7 % случаев достигнуто снижение ЧСС на 20 % и более. На фоне терапии верапамилом ритмурежающий эффект отсутствовал в 12,9 % случаев, снижение ЧСС менее чем на 10 % отмечено в 29,0 % случаев, и в 58,1 % случаев отмечено снижение ЧСС в диапазоне от 10 % до 19 % от исходных показателей.

Прирост ВСР, оцениваемый по показателям SDNN и rMSSD, на фоне приема ивабрадина отмечен у всех обследованных 1 группы. При этом в 44,5 % случаев, прирост был более чем на 20 %. Прирост ВСР в диапазоне от 10 до 19 % отмечен в 22,2 % случаев и минимальный эффект, в виде прироста до 10 %, отмечен в 33,3 % случаев.

На фоне приема верапамила прироста ВСР не было в 32,3 % случаев, увеличение ВСР менее чем на 10 % во 2 группе отмечено в 29,0 % случаев и в 38,7 % случаев прирост ВСР составил от 10 до 19 %.

В целом, достоверных различий по степени выраженности отрицательного хронотропного эффекта между ивабрадином и верапамилом не получено (критерий Манна-Уитни, U=0,70, p>0,1). Прирост ВСР на фоне приема ивабрадина был достоверно более значимым по сравнению с верапамилом (U=3,65, p<0,05).

Выводы: Ритмурежающий эффект ивабрадина (10 мг/сут) выше аналогичного эффекта верапамила (120 мг/сут). Снижение ЧСС за счет ингибирующего влияния ивабрадина на синусовый узел сопровождается более оптимальным влиянием на показатели ВСР, по сравнению со снижением ЧСС за счет замедления атриовентрикулярной проводимости, происходящего на фоне применения верапамила.

0725 ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Сермягин Д.В.
МУЗ "МГКБСМП № 1" Оренбург, Россия

Цель: оценить значимость электрокардиографических признаков ишемического повреждения миокарда правого желудочка в диагностике инфаркта правого желудочка и специфические требования ведения данных больных.

Методы исследования: В исследование было включено 20 пациентов, поступивших в отделение кардиореанимации больницы скорой медицинской помощи № 1 г. Оренбурга, в возрасте от 47 до 75 лет. Среди них 12 мужчин и 8 женщин. В исследование включались пациенты с острым инфарктом миокарда по диагностическим критериям ВНОК нижней или задней локализации. Всем больным проводилось стандартное клиническое и лабораторно-инструментальное исследование, включающее физикальное обследование, клинический и биохимический анализы крови, рентгенографию органов грудной клетки, запись электрокардиограммы в 12 общепринятых отведениях, регистрировались крайние правые грудные отведения (V3R, V4R), стандартное Эхо-допплерографическое исследование.

Результаты: Электрокардиографические признаки инфаркта миокарда правого желудочка (ИМПЖ) выявлено у 5 больных с инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. Больные с ЭКГ признаками ИМПЖ имеют более длительный анамнез ИБС, хроническую обструктивную болезнь лёгких и более выраженную дислипидемию. Сахарным диабетом болели семь пациентов двое с ЭКГ-признаками ИМПЖ. Больные с ЭКГ-признаками ИМПЖ имели стойкую артериальную гипотензию без аускультативных признаков отека легких. Эхокардиография зарегистрированная в двухмерном и допплеровском режимах, позволяет выявить признаки поражения ПЖ и снижение его систолической функции.

Выводы: Вероятность развития инфаркта миокарда правого желудочка у больных с острым инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка тем выше, чем больше длительность существования ишемической болезни сердца до возникновения инфаркта, а так же наличие хронических патологических состояний. Элевация сегмента S-T в отведениях V3Rи V4R, является признаком ишемического повреждения миокарда правого желудочка, однако, не отражает объема и тяжести нарушений систолической функции правого желудочка. Основные принципы лечения больных ИМПЖ основанные прежде всего на поддержании ЦВД, а далее ничем не отличаются от стандартной терапии острого инфаркта миокарда левого желудочка.

0726 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫМ РИСКОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сизова Ж.М., Захарова В.Л.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Многочисленные эпидемиологические исследования убедительно показывают, что сочетание нескольких факторов риска (ФР) встречается у большинства пациентов в возрасте старше 45 лет, обращающихся за медицинской помощью. При наличии нескольких ФР их воздействие синергично и сердечно-сосудистый риск увеличивается в геометрической прогрессии, что также сопровождается ухудшением качества жизни больных в связи с усугублением психо-эмоционального фактора.

Цель исследования: оценить возможности коррекции показателей качества жизни у больных высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) посредством комбинированной антигипертензивной и гиполипидемической терапии.

Материал и методы: под наблюдением находились 27 амбулаторных больных высокого ССР (м-11, ж-16; ср. возраст 54,9±6,5 лет), определяемого сочетанием нескольких ФР. Артериальная гипертония диагностирована у 100 % больных, ишемическая болезнь сердца — у 37 %, заболевания периферических артерий — у 14,8 %, цереброваскулярная болезнь — у 66,7 %, сахарный диабет — у 33,3 %, гиперлипидемия IIa, IIб и IV типов — у 100 % больных. Всем пациентам назначалась комбинированная гипотензивная терапия эналаприлом в дозе 10-40 мг/сутки и индапамидом в дозе 2,5 мг/сутки и гиполипидемическая терапия симвастатином в дозе 20-40 мг/сутки. Титрация доз эналаприла и симвастатина осуществлялась до достижения целевых показателей артериального давления (АД) <130/80 мм рт.ст. и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) <2,0 ммоль/л. До начала и по окончании лечения оценивали гемодинамические показатели — систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД), лабораторные параметры — общий холестерин (ОХС), ХС ЛНП, триглицериды (ТГ) и холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), а также показатели качества жизни по опроснику SF-36, госпитальной шкале депрессии и тревоги (HADS) и визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Длительность наблюдения — 20 недель.

Результаты исследования. Под влиянием комбинированной фармакотерапии эналаприлом и индапамидом в течение 20 недель САД и ДАД у больных высокого ССР достоверно снизились на 15,2 % и 12,4 % (p<0,05 в обоих случаях); при этом целевой уровень АД был достигнут у 70,4 % больных. Гиполипидемическая терапия симвастатином привела к снижению ОХС, ХС ЛНП и ТГ на 26,1 %, 28,9 % и 21,1 % соответственно (p<0,05 во всех случаях) и повышению ХС ЛВП на 12,7 % (p<0,05); при этом целевой уровень ХС ЛНП был достигнут у 63 % больных. Анализ показателей качества жизни показал, что к 20-й неделе лечения отмечена тенденция к улучшению параметров опросника SF-36 в среднем на 26 %; общий средний балл по шкале HADS достоверно уменьшился на 36,8 %, средний балл по шкале ВАШ достоверно не изменился.

Выводы: комбинированная антигипертензивная и гиполипидемическая терапия больных высокого ССР, достоверно улучшая гемодинамические показатели и липидный профиль, не только не оказывает негативного влияния на качество жизни пациентов, но и способствует улучшению ряда показателей за счет уменьшения роли тревожно-депрессивного фактора в соматизации процесса.

0727 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сизова Ж.М.[1], Захарова В.Л.[1], Глазков А.Л.[2]
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова[1], Москва, Россия; ГУЗ "Кардиологический диспансер № 2" УЗ ЮАО[2], Москва, Россия

Несмотря на широкий арсенал лекарственных средств, использующихся сегодня в кардиологической практике, и накопленный опыт их применения, сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной инвалидизации и смертности в экономически развитых странах, при этом на долю ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда (ИМ) приходится примерно две трети случаев смерти от сердечно-сосудистой патологии. В связи с этим, поиск путей лечения больных стабильной стенокардией, попрежнему, остается одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии и находится в центре внимания практических врачей.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения отечественного препарата Коронель (К) — никорандила у больных стабильной ИБС со стенокардией напряжения (СН) II-III функционального класса (ФК) в качестве средства профилактики и купирования приступов стенокардии.

Материалы и методы: под наблюдением находились 30 больных ИБС (м-17, ж-13; ср.возраст 58,6±5,8 лет) со стабильной СН II ФК (52,8 %) и III ФК (47,2 %). До начала исследования пациенты были рандомизированы на 2 группы: больные 1 гр. (n=15) принимали К в суточной дозе 60 мг, больные 2 гр. (n=15) — амлодипин (А) в суточной дозе 10 мг. До начала и по окончании лечения оценивали гемодинамические показатели, толерантность к физической нагрузке, показатели суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ), лабораторные параметры, клинические проявления стенокардии. Длительность наблюдения составила 12 нед.

Результаты: Через 12 нед. лечения во 2 гр. отмечено снижение частоты приступов стенокардии на 47 % (p<0,05), в 1 гр. — на 60 % (p<0,05). Длительность приступов стенокардии к 12 нед. достоверно уменьшилась на 37 % и 38 % (p<0,05 в обоих случаях) под влиянием А и К соответственно, однако максимальный эффект достигался на 4 нед. и сохранялся неизменным до 12 нед. Через 2 нед. лечения пациенты 1 гр. для купирования приступов стенокардии использовали дополнительно 75 таб. К; пациенты 2 гр. — 79 таб. К. Через 4 нед. лечения в 1 гр. потребность в дополнительном приеме К снизилась на 39 %, во 2 гр. — на 32 %; через 8 и 12 недель указанный показатель достоверно не изменился. Средняя эффективность дополнительного приема К для купирования приступов стенокардии составила 79 %. Средняя продолжительность нагрузки до возникновения приступа стенокардии под влиянием К возросла к 12 нед. на 56 % (p<0,05), под влиянием терапии А на 38 % (p<0,05). По данным ХМ ЭКГ через 12 нед. лечения количество эпизодов ишемии у больных 1 гр. достоверно уменьшилось на 64 % (p<0,05), а у больных 2 гр. — на 54 % (p<0,05). Нежелательные явления (головная боль, головокружение, тошнота) были несерьезными и не потребовали отмены препаратов.

Выводы: Коронель (никорандил) является эффективным и безопасным препаратом для купирования и профилактики приступов стенокардии у больных ИБС со стабильной СН II-III ФК, обладающим выраженным антиангинальным и антиишемическим действием и отсутствием развития толерантности.

0728 НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Сизова Ж.М., Лапидус Н.И., Байчоров И.Х.
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Кардиологический диспансер № 2 УЗ ЮАО, Москва, Россия

Введение. Проблема когнитивных расстройств у больных ХСН является одной из наиболее актуальных, в связи с чем, улучшение качества жизни этих больных определяется не только уменьшением симптомов декомпенсации, но и коррекцией нарушений когнитивной сферы.

Цель исследования: оценка эффективности и переносимости пронорана у больных ХСН с синдромом умеренных когнитивных нарушений (УКР).

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 больных ХСН II-III ФК в возрасте от 52 до 70 лет (ср. возраст — 66,3±5,8 лет, муж.-75 %, жен.-25 %) с УКР. Ср. ФК ХСН-2,92±0,09. Все больные находились на стандартной терапии ХСН. Все больные были разделены на 2 группы. 1 группа (30 больных, ср. возраст — 66,5±10,2 лет., ср. ФК ХСН — 2,83±0,83, ФВ ЛЖ — 37,8±6,0 %), получала прономан в дозе 50 мг однократно в сутки. 2 группа (30 больных, ср. возраст — 65,8±8,8 лет., ср. ФК ХСН — 2,92±0,79, ФВ ЛЖ — 36,3±4,9 %) находилась на традиционной терапии ХСН. Длительность наблюдения-12 недель. Для оценки наличия и степени выраженности УКР были использованы краткая шкала исследования психического статуса (MMSE) и тест

рисования часов. Диагностические критерии: результаты MMSE от 25 до 27 баллов при любом результате теста рисования часов или результат MMSE более 27 баллов при тесте рисования часов менее 9 баллов.

Результаты исследования. До начала лечения пронораном у 24(80 %) больных ХСН 1-й группы по MMSE кол-во баллов составило в среднем 26,1±0,5 при любом тесте рисования часов; у 6-х (20 %) больных-28,2±0,7 баллов при тесте рисования часов менее 9 баллов (в среднем-8,7±0,4). Все больные 1 группы соответствовали критериям синдрома УКР. Достоверных отличий при сравнении исходных нейропсихологических показателей больных 1-й и 2-й групп не было. Через 12 недель лечения пронораном у больных ХСН 1-й группы отмечены достоверные изменения психологического статуса. Ср. балл по шкале MMSE составил 27,2±0,9, тест рисования часов-8,6±0,3 ($p<0,05$, $p<0,05$ соответственно). Отмечено уменьшение субъективных симптомов: головной боли у 40 % больных, головокружения у 23,3 %, шума в голове у 56,6 %, нарушения сна у 53,3 %, улучшения памяти у 73,3 % больных. К 12 неделе ср. балл по шкале MMSE составил 27,8±0,4, тест рисования часов — 9,0±0,4 ($p>0,05$, $p>0,05$ соответственно). Переносимость пронорана была хорошей: у 4 больных возникла сонливость на 2-4 дни лечения. У 3-х больных сонливость прошла к 10 дню приема препарата; в одном случае препарат был отменен на 7 день лечения из-за сильной сонливости.

Выводы: проноран в дозе 50 мг однократно в сутки достоверно улучшает когнитивные функции у 73,3 % больных ХСН. Максимальное действие пронорана в коррекции когнитивных нарушений у больных ХСН отмечается к 12 неделе непрерывной терапии. Проноран хорошо переносится.

0729 АССОЦИАЦИЯ СТЕНОКАРДИИ С "БОЛЕЗНЬ-ОБУСЛОВЛЕННЫМИ" ФАКТОРАМИ РИСКА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Синеглазова А.В.
ГОУ ВПО "ЧелГМА Росздрава", Челябинск, Россия

Цель. Оценить взаимосвязь стенокардии с характеристиками ревматоидного артрита и проводимой противоревматической терапией у женщин.

Материалы и методы. Обследовано 64 женщины с достоверным диагнозом РА. Средний (ср.) возраст 46,8±11 лет. Ср. длительность РА 9,8±1 г. В менопаузе находились 37 женщин (58 %). У большинства отмечен положительный ревматоидный фактор (69 %). Преобладала 2 степень активности (48,4 %), 3 рентгенологическая стадия (40,6 %), 2 степень функциональной недостаточности (67,2 %). Проводилось детальное объективное и лабораторно-инструментальное обследование, включая подсчет числа припухших и болезненных суставов с расчетом интегрированного индекса активности Disease Activity Score (DAS 28). Учитывался прием базисных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидов (ГК) с расчетом суммарной дозы метотрексата и ГК. Функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата оценивалась согласно классификации РА и по анкете оценки здоровья Health Assessment Questionnaire (HAQ). Стенокардия устанавливалась по данным стандартизованного опросника Роуза и Блекборна. Выделялись группы больных с определенной и вероятной стенокардией. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS, 17 версия.

Результаты. У 18 женщин (28 %) установлена определенная стенокардия, у 16 (25 %) — вероятная стенокардия, у остальных 30 пациенток (47 %) стенокардии отмечено не было. Отмечена ассоциация стенокардии с длительностью РА ($r=0,416$, $p=0,001$), индексом HAQ $r=0,375$, $p=0,002$, степенью функциональной недостаточности суставов ($r=0,284$, $p=0,023$), числом болезненных суставов ($r=0,252$, $p=0,046$). Из всех базисных противовоспалительных препаратов взаимосвязь стенокардии установлена только с метотрексатом: продолжительностью его приема ($r=0,382$, $p=0,002$) и суммарной дозой ($r=0,357$, $p=0,006$). ГК-терапия также коррелировала с клиническими проявлениями стенокардии: установлена ассоциация с длительностью приема ГК ($r=0,368$, $p=0,003$), суммарной ($r=0,366$, $p=0,003$), поддерживающей ($r=0,344$, $p=0,006$) и максимальной дозой ГК ($r=0,332$, $p=0,011$).

Выводы. Проявления стенокардии у женщин с РА взаимосвязаны с длительностью РА, степенью нарушения функций суставов, в том числе оцененной по опроснику HAQ, числом болезненных суставов, а также терапией метотрексатом и глюкокортикоидами.

0730 ТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И СТЕНОКАРДИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Синеглазова А.В., Калев О.Ф.
ГОУ ВПО "ЧелГМА Росздрава", Челябинск, Россия

Цель. Оценить влияние традиционных факторов риска сердечно-сосудистой патологии с клиническими проявлениями стенокардии у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Обследовано 64 женщины с достоверным диагнозом РА. Средний (ср.) возраст 46,8±11 лет. Ср. длительность РА 9,8±1 г. В менопаузе находились 37 женщин (58 %). У большинства отмечен положительный ревматоидный фактор (69 %). Преобладала 2 степень активности (48,4 %), 3 рентгенологическая стадия (40,6 %), 2 степень функциональной недостаточности (67,2 %). Проводилось детальное объективное и лабораторно-инструментальное обследование, включая развернутую липидограмму, эхокардиографию. Рассчитывался 10-летний фатальный риск сердечно-сосудистых заболеваний (SCORE). Стенокардия устанавливалась по данным стандартизованного опросника Роуза и Блекборна. Выделялись группы больных с определенной и вероятной стенокардией. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS, 17 версия.

Результаты. У 18 женщин (28 %) установлена определенная стенокардия, у 16 (25 %) — вероятная стенокардия, у остальных 30 пациенток (47 %) стенокардии отмечено не было. При корреляционном анализе наиболее сильная взаимосвязь установлена между стенокардией и артериальной гипертензией (АГ): уровнем систолического артериального давления (АД) $r=0,492$, $p=0,000$, диастолического АД ($r=0,435$, $p=0,001$), стадией АГ ($r=0,478$, $p=0,000$), а также уровнем общего холестерина ($r=0,46$, $p=0,000$), значением SCORE ($r=0,419$, $p=0,001$), отношение окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ) ($r=0,410$, $p=0,003$). Отмечена ассоциация стенокардии с возрастом ($r=0,395$, $p=0,001$), индексом массы тела ($r=0,351$, $p=0,004$), наличием менопаузы ($r=0,321$, $p=0,01$), употреблением животных жиров ($r=0,307$, $p=0,015$). Менее значимая взаимосвязь имелась между стенокардией и значением холестерина-ЛПНП ($r=0,294$, $p=0,025$), триглицеридов ($r=0,274$, $p=0,031$), холестерина-ЛПВП ($r=0,273$, $p=0,036$), холестерина-ЛПОНП ($r=0,271$, $p=0,039$) и длительностью менопаузы ($r=0,268$, $p=0,032$).

Выводы. У женщин с РА клинические проявления стенокардии ассоциированы с традиционными факторами риска сердечно-сосудистой патологии: артериальной гипертензией, уровнем холестерина и его фракций, ИМТ и отношением ОТ к ОБ, возрастом, наличием и длительностью менопаузы, значением SCORE.

0731 КОМПЛЕКС К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У РАБОТАЮЩИХ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ

Синцова С.В., Чичерина Е.Н., Мазунина О.Н., Гаар Т.В.
Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

В общей структуре заболеваемости работников железнодорожного транспорта патология органов сердечно — сосудистой системы занимает лидирующие позиции. Одно из первых мест занимает артериальная гипертензия.

Анализ заболеваемости и временной утраты трудоспособности по артериальной гипертензии (АГ) в Кировском отделении Горьковской железной дороги ОАО "РЖД" показал высокую значимость данной нозологии для акционерного общества в обеспечении безопасности железнодорожного движения, а также в экономическом ущербе, наносимом большим числом дней временной нетрудоспособности по АГ. Учитывая высокую степень корреляции между уровнем артериального давления и успешностью профессиональной деятельности, становится очевидным, что адекватная фармакотерапия АГ и её высокий комплаенс необходимы для обеспечения безопасности движения железнодорожного транспорта.

Цель исследования: анализ уровня комплаенса гипотензивной терапии у железнодорожников, работающих в Кировском отделении Горьковской железной дороги ОАО "РЖД".

Материалы и методы исследования. Нами была разработана анкета и проведено скрининговое анкетирование 16 пациентов с АГ, находящихся на госпитализации в кардиологическом отделении НУЗ "Отделенческой больницы на ст. Киров ОАО "РЖД". Средний возраст больных 49,81±6,97 лет. Из них 12 мужчин (ср. возраст 49,25±7,49 л) и 4 женщины (ср. возраст 51,50±4,72 г). У опрошенных пациентов преобладала II стадия (75 %), а 2 и 3 степени АГ встречались в равно степени (по 44 %).

Результаты. 69 % больных при первично установленном диагнозе АГ проходили обследование и подбор терапии в условиях кардиологического отделения. В последующем 81 % пациентов самостоятельно приобретают рекомендованные лекарственные препараты и лишь 6 % получают их по льготным рецептам, а 12,5 % вообще не приобретают лекарственные средства. При этом на вопрос: "Забываете ли Вы принимать гипотензивные препараты" — только 19 % опрошенных ответили — нет, 56 % — иногда забывают, 12,5 % — часто забывают. Лишь 12,5 % всегда соблюдают время приема гипотензивных препаратов, 50 % — иногда, а 25 % часто меняют время приема рекомендованных лекарственных средств. На вопрос: "Какие аспекты жизни с гипертонией Вы считаете для себя самыми трудными или неприятными?" — наиболее значимыми для пациентов оказались психологические проблемы: пациенту трудно осознать, что у него есть хроническое заболевание, его тяготит необходимость лечиться даже при неплохом самочувствии -37,5 %; понимание причин гипертонии и её осложнения, необходимость снижения веса по 31,3 % опрошенных больных; необходимость изменения питания и регулярного посещения врача, регулярного приёма лекарства для снижения АД, возможные осложнения гипертонии — отметили по 25 % пациентов.

Таким образом, результаты опроса показывают низкий уровень комплаенса гипотензивной терапии, что на наш взгляд создает необходимость повышения качества амбулаторно-поликлинической помощи.

0732 О ПРОГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф., Новиков Р.А.*
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия; ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия

У больных с проявлениями сердечной недостаточности (СН) наличие анемии ассоциируется с повышенным риском смерти. Однако до настоящего времени отсутствует консенсус о влиянии анемии на долгосрочный прогноз пожилых больных (> 75 лет) с признаками диастолической СН. Это и явилось целью нашей работы

Методы. В исследование включено 154 пациента, страдающих СН при сохраненной систолической функции левого желудочка (ФВ ЛЖ ≥50 %). Пациенты были разделены на 2 группы: с анемическим синдромом (группа 1, n=84) и без такового (группа 2, n=70). Использовалась модель пропорционального риска Кокса для определения влияния уровня гемоглобина на 5-летнюю частоту госпитализаций и уровень летальности у данных больных.

Результаты. В 1-й группе больных имеет место более короткий средний период выживаемости (34,2±1,9 мес vs 40,1±1,7 мес. в группе 2, p=0,01). Мы не получили достоверных различий в частоте госпитализации между группами (7,4±7,1 vs 7,8±6,3, p=0,622). При проведении анализа по подгруппам было установлено, что анемический синдром является предиктором более высокой летальности у больных старше 75 лет с признаками диастолической СН.

Выводы. При длительном наблюдении за больными с диастолической СН анемический синдром ведет к повышению летальности. Вероятно, данный синдром является независимым предиктором неблагоприятного прогноза у пожилых больных, страдающих СН. Однако для подтверждения данной гипотезы необходимо проведение крупномасштабных исследований.

0733 ОБ ОТСУТСТВИИ ЗНАЧИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф., Новиков Р.А.*
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия; ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия

Значимость изменений на ЭКГ у больных с острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (ОИМБПСST) требует уточнения.

Целью работы являлось детальное описание и характеристика ЭКГ-изменений у данной категории больных на стационарном этапе лечения.

Методы. В исследование включено 328 больных с ОИМБПСST, госпитализированных в ряд кардиологических отделений г.Саратова. Пациенты были разделены на 2 группы: с изменениями на ЭКГ (ЭКГ+, группа 1) и без таковых (ЭКГ-, группа 2). Мониторирование ЭКГ проводилось в течение первых суток от момента поступления в стационар и затем ежедневно до момента выписки. Значимыми считали следующие изменения на ЭКГ: депрессия сегмента ST≥ 1 мм или инверсия зубца Т в двух и более последовательных (смежных) отведениях.

Результаты. Среди включенных больных лишь у 32 (9,76 %) отсутствовали изменения на ЭКГ. По сравнению с больными ЭКГ-позитивной группы пациенты данной подгруппы были моложе (60 лет [49-71] vs 68 лет [56-77], p=0,002), в основном являлись мужчинами (82 % vs 71 %, p=0,007) с более высокими показателями ФВ ЛЖ (p=0,002), более низкими уровнями тропонина I, СРБ и N-концевого предшественника МНУП. При сопоставлении данных коронароангиографии в ЭКГ-негативной подгруппе значительная часть больных характеризовалась отсутствием атеросклеротического поражения венечных артерий (20 % vs 9 %, p=0,002), а также большим числом больных с одососудистым поражением коронарного русла. В обеих группах больных лечение на этапе стационара было одинаковым, за исключение петлевых диуретиков (p=0,003), которые достоверно чаще использовались в ЭКГ-позитивной группе пациентов. Чрескожные коронарные вмешательства достоверно чаще применялись у больных группы 1. Показатели летальности в течение 1 года наблюдения была достоверно ниже у ЭКГ-негативных больных по сравнению с пациентами, ЭКГ которых претерпевала изменения на стационарном этапе лечения (3 % vs 12 %, p=0,03).

Выводы. Отсутствие значимых изменений на ЭКГ у больных с ОИМБПСST в течение стационарного этапа лечения связано с низким риском летального исхода в течение одного года наблюдения. Однако подтверждение данной гипотезы требует проведения крупных многоцентровых исследований.

0734 ДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ

Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф., Новиков Р.А.*
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия; ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия

Цель: исследование взаимосвязей между уровнями циркулирующих андрогенов и выраженностью симптомов депрессии, а также их сочетанного влияния на прогноз мужчин, страдающих ХСН.

Методы. В исследование включено 205 мужчин (средний возраст 59±10 лет) со стабильно протекающей ХСН I/II/III/IV ф.к.: 36/101/60/8. Средний показатель ФВ ЛЖ составил 30±9 % здоровых мужчин в возрасте от 35 до 80 лет.

Результаты. Показатель >15 баллов по опроснику депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) расценивался как расстройство депрессивного спектра умеренной выраженности и достоверно чаще встречался у лиц с ХСН во всех возрастных группах по сравнению со здоровыми лицами (35-45 лет: 22 % vs 3 %, p<0,01; 46-55 лет: 36 % vs 3 %, p<0,0001; 56-65 лет: 26 % vs 9 %, p=0,01; 66-80 лет: 48 % vs 26 %, p<0,05). При проведении множественного регрессионного анализа было установлено, что выраженность аффективно-депрессивных симптомов связана с функциональным классом ХСН, уровнем вчСРБ, низкими уровнями гемоглобина, общего тестостерона (ОТ) сыворотки и дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭА-С). Выраженность сомато-вегетативных симптомов депрессии коррелировала со снижением показателя клубочковой фильтрации и высокими плазменными концентрациями NT-proBNP (во всех случаях p<0,05). В течение периода наблюдения (среднее 24±12 месяцев) зарегистрировано 74 случая сердечно-сосудистой смерти и незапланированных госпитализаций. Были получены следующие независимые предикторы неблагоприятного исхода у мужчин, страдающих ХСН: дефицит ОТ и ДГЭА-С, высокие уровни NT-proBNP (>3200 пг/мл), уровень депрессии > 15 баллов по BDI (во всех случаях p<0,05). Рассчитывался коэффициент риска наступления неблагоприятного исхода для 1, 2, 3 и 4 предикторов по сравнению с их отсутствием, соответственно: 1,01 [0,5-2,04], p=0,98; 3,41 [1,60-6,88], p<0,001; 8,05 [3,90-16,63], p<0,0001; 15,27 [6,03-38,67], p<0,0001.

Выводы. Депрессия достоверно чаще встречается у мужчин, страдающих ХСН. При этом выраженность симптомов депрессии обратно зависит от уровней ОТ и ДГЭА-С. Депрессия, сочетающаяся с признаками нейрогуморальной активации и дефицита андрогенов, связана с неблагоприятным жизненным прогнозом у данных больных. Значение заместительной терапии андрогенами в уменьшении выраженности депрессии и улучшении прогноза у мужчин, страдающих ХСН, по-прежнему остается неизученным.

0735 О ВЗАИМОСВЯЗЯХ УРОВНЕЙ ЦИРКУЛИРУЮЩЕГО ЭСТРАДИОЛА И СМЕРТНОСТИ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф., Новиков Р.А.*
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия; ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия

Цель. Исследование взаимосвязи между сывороточными концентрациями эстрадиола (ЭС) и смертности у мужчин, страдающих ХСН.

Методы. Сывороточные концентрации ЭС и андрогенов (общий тестостерон-ОТ, дегидроэпиандростерон-сульфат — ДГЭА-С) определяли посредством ИФА у 208 больных с систолической сердечной недостаточностью (средний возраст 60±11 лет, ФВ ЛЖ 29±8 %, класс ХСН по классификации NYHA (I/II/III/IV) 25/102/65/16. ХСН ишемической этиологии имела место в 71 % случаев.

Результаты. В течение периода наблюдения (36±18 месяцев) умерло 38 % больных (79 человек). При проведении множественного регрессионного анализа сывороточные концентрации ЭС являлись значимым предиктором смерти у мужчин, страдающих ХСН (p<0,0001) независимо от концентраций ОТ и ДГЭА-С, сниженной ФВ ЛЖ, высокого функционального класса ХСН по классификации NYHA и высоких концентраций N-концевого предшественника МНУП. У пациентов нижнего и верхнего квинтелей по уровням ЭС регистрировалось наибольшее количество летальных случаев по сравнению с больными с промежуточными концентрациями данного гормона (коэффициент риска [КР] 3,33, 95 % ДИ: 2,05-5,40 и 2,62 95 % ДИ, 1,57-4,38, p<0,001 в обоих квинтилях, соответственно). Больные этих двух групп имели различные клинико-лабораторные характеристики. У пациентов с наименьшими уровнями ЭС регистрировались повышенные уровни ОТ, снижение уровня ДГЭА-С. У таких больных ХСН была в основном ишемической этиологии. Пациенты этой группы, как правило, имели более высокий функциональный класс ХСН по классификации NYHA, более низкие уровни гемоглобина и меньшие показатели клубочковой фильтрации (во всех случаях p<0,05). У больных с наибольшими показателями уровней ЭС отмечалось выраженное нарушение функции печени (сывороточный билирубин, активность аминотрансфераз). При сопоставлении с данными средних квинтилей различия достоверны (p<0,05).

Выводы. У мужчин, страдающих систолической формой ХСН, высокие и низкие сывороточные концентрации ЭС связаны с ростом летальности. Механизмы подобной U-образной зависимости летальности от уровней ЭС требуют дальнейшего уточнения. Возможно, изменение метаболизма стероидов является потенциальной терапевтической мишенью у некоторых категорий мужчин, страдающих ХСН.

0736 ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ПРЕДИКТОР НАБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф., Новиков Р.А.*
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава", Саратов, Россия; ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области*, Саратов, Россия

Цель. Исследование влияния хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на прогноз больных, страдающих ХСН.

Методы. В исследование включено 235 больных с признаками ХСН. Наличие ХОБЛ и других коморбидных состояний оценивалось при поступлении. Первичной конечной точкой исследования являлся показатель общей смертности, вторичной — декомпенсация ХСН при поступлении и выписке.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 72±11 лет. Основную массу пациентов составляли мужчины (65 %). Средняя ФВ ЛЖ ≈ 33±14 %, более чем у половины больных тяжесть ХСН соответствовала III-IV ф.к. по классификации NYHA. В 27 % случаев диагноз ХОБЛ был установлен при поступлении. Пациенты, страдающие ХОБЛ, в основном были представлены лицами мужского пола пожилого возраста с более выраженными нарушениями функции почек. У данной категории больных достоверно чаще регистрировалась фибрилляция предсердий. При проведении одновариантного анализа наличие ХОБЛ ассоциировалось с худшим прогнозом (коэффициент риска [КР] 1,40, 95 % ДИ, 1,13-1,71, p=0,002). Кроме

того, наличие ХОБЛ ассоциируется с более тяжелым классом ХСН при поступлении в стационар (КР 1,43, 95 % ДИ, 1,09-1,84, p=0,008). При проведении множественного регрессионного анализа установлено, что ХОБЛ является независимым предиктором наступления композитной конечной точки (КР 1,29, 95 % ДИ, 1,01-1,65, p=0,043).

Выводы. ХОБЛ является независимым предиктором неблагоприятных клинических исходов у больных, страдающих ХСН.

0737 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Скибицкий В.В., Пыхалова Н.Е., Фендрикова А.В., Пыхалова И.Е.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель работы: оценить эффективность комбинации амлодипина и моксонидина у женщин с артериальной гипертонией (АГ), метаболическим синдромом (МС) и субклиническим гипотиреозом (СГ) в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. Обследовано 32 женщины с АГ, МС и СГ, средний возраст составил 59,3±4,8 лет. Пациентки были распределены в две группы: первая группа (17 женщин) имели ИМТ<30 кг/м^2, вторая группа (15 женщин) — ИМТ ≥30 кг/м^2 (ожирение I-IIст.). Критерии включения в исследование: субклинический гипотиреоз; уровень артериального давления (АД) ≥ 140/90 мм рт.ст.; ЧСС<90 ударов в минуту; абдоминальное ожирение (окружность талии > 80 см) в сочетании с любыми 2 критериями МС. До начала исследования и через 12 недель терапии всем пациенткам проводили общеклиническое обследование, измерение офисного АД, определение уровней глюкозы крови, липидного спектра. Всем женщинам назначалась комбинация амлодипина (Кардилопин, Egis Pharmaceuticals Ltd) в дозе 5 мг/сутки и моксонидина (Физиотенз, Solvay Pharma) в дозе 200 мкг/сутки. При недостаточном снижении АД через 3 недели увеличивали начальные дозы препаратов: амлодипина до 10 мг/сутки, моксонидин до 400 мкг/сутки. Через 8 недель при отсутствии эффекта к терапии добавляли индапамид-ретард (Арифон ретард, Servier) в дозе 1,5 мг/сутки.

Результаты исследования. До исследования средний уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) составил: в первой группе171,12±9,14 мм рт.ст. и 98,72±5,56 мм рт.ст.; во второй группе 174,54±8,90 мм рт.ст. и 101,34±2,31 мм рт.ст. (p>0,05). Целевого уровня АД удалось достичь: в первой группе через 3 недели терапии у 12 женщин (70,59 %), во второй группе — у 7 женщин (46,67 %), p_{1-2}< 0,05; через 8 недель — у всех женщин первой группы и у 12 женщин (80 %) второй группы. В дальнейшем во второй группе 3 женщинам (20 %) добавляли к терапии индапамид-ретард. К 12 недели терапии в первой группе уровень САД снизился до 128,24±1,83 мм рт.ст. (p<0,05), уровень ДАД — до 81,39±3,78 мм рт.ст. (p<0,05); во второй группе — до 132,09±2,26 мм рт.ст. (p<0,05) и 83,28±4,15 мм рт.ст. (p<0,05) соответственно. К моменту окончания исследования целевых значений АД удалось достичь в обеих группах. Кроме того, ни одна из комбинаций отрицательно не повлияла на показатели углеводного и липидного обменов.

Заключение. 1) У большинства женщин при сочетании АГ, МС, СГ и наличии избыточной массы тела применение амлодипина и моксонидина в небольших дозах позволяет достичь целевых значений АД. 2) При наличии избыточной массы тела для достижения целевых уровней АД у 30 % женщин с МС и СГ необходимо применение полнодозовой двухкомпонентной комбинированной антигипертензивной терапии. 3) При сочетании АГ, МС, СГ и ожирения у 80 % женщин достижение целевого уровня АД возможно при использовании комбинации амлодипина и моксонодина, однако у 20 % женщин необходима трехкомпонентная терапия. 4) Комбинация амлодипина, моксонидина и индапамида-ретарда является метаболически нейтральной.

0738 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КОСТНАЯ МАССА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Скрипникова И.А., Косматова О.В., Абирова А.С., Новиков В.Е., Мурашко Л.М.
ФГУ “ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий”, Москва, Россия

В последние годы становится всё более очевидным, что сердечно-сосудистые заболевания, связанные с атеросклерозом (ССЗ-АЗ) и остеопороз (ОП), являющиеся наиболее частыми причинами инвалидизации и смертности населения, не только часто сочетаются у одного и того же человека, но и имеют общий механизм патогенеза.

Цель: оценка взаимосвязи биологических факторов риска ССЗ-АЗ, таких как избыточная масса тела, артериальная гипертония (АГ) и дислипопротеидемия с костной массой (КМ) у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы: На базе ГНИЦ ПМ одномоментно обследовано 195 женщин в постменопаузальном периоде. Средний возраст обследованных 56±0,34 лет. Всем пациенткам проводилось анкетирование для оценки ФР, измерение антропологических показателей, уровня АД, липидного спектра, минеральной плотности кости (МПК). Диагноз ОП устанавливался согласно критериям ВОЗ при показателе Т-критерия ниже -2,5 стандартных отклонений. МПК измерялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Hologic. АГ устанавливалась при уровне АД≥140/90 мм рт.ст. Высоким ИМТ считался при значении более 25 кг/м ².

Результаты: Из всех обследованных женщин ОП был выявлен у 24 %, остеопения у 45 % человек. ИМТ прямо коррелировал с МПК во всех обследованных регионах скелета, особенно в проксимальном отделе бедра (r=0,39; p=0,0001). Однако, несмотря на известную ассоциацию остеопении с низкой массой тела, в данном исследовании у 66 % женщин с остеопенией и ОП отмечен высокий ИМТ. Среди них не было больных с изолированным ОП, все женщины, наряду с пониженной костной массой, имели факторы риска ССЗ-АС или само заболевание. Цифры САД и ДАД достоверно не различались у пациенток с высокой и низкой КМ, однако, у пациенток, нуждающихся в терапии АГ, отмечались более высокие показатели МПК, достигающие достоверности в шейке бедра (p<0,05). Выявлена прямая достоверная корреляционная связь между абсолютными значениями МПК позвоночника (r=0,16; p=0,02), шейки бедра (r=0,19; p=0,02) и наличием АГ, в то время как корреляции между МПК лучевой кости и АГ не обнаружено. Отмечена достоверная обратная связь между уровнем общего холестерина крови и МПК проксимального отдела бедра (r=- 0,27; p=0,002). Уровень триглицеридов и, соответственно, ХС ЛОНП был достоверно выше у женщин с остеопенией и ОП (p<0,05), по сравнению с пациентками с нормальными показателями МПК.

Выводы: В результате проведённого исследования была выявлена взаимосвязь между биологическими факторами риска ССЗ-АС и КМ: избыточная масса тела ассоциировалась с высокой МПК, АГ — с нормальной МПК бедра, что, по-видимому, обусловлено влиянием избыточной массы тела, которая была выявлена у подавляющего большинства пациенток с АГ. МПК проксимального отдела бедра обратно коррелировала с уровнем ОХС. Низкая МПК ассоциировалась с гипертриглицеридемией.

0739 ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ.

Скрипченко А.Е., Огарков М.Ю., Шаповалова Э.Б., Индукаева Е.В., Янкин М.Ю., Левиус Е.М., Станкова О.Н. Артамонова Г.В.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования — изучить распространенность метаболических нарушений (дислипидемии и гипергликемии) среди работников крупного угольного объединения в сочетании с социальными факторами риска ССЗ.

Материал и методы. Объект исследования — работники крупного угольного предприятия г. Новокузнецк всех профессиональных групп (1204 человека). Методы исследования — социологический опрос, клинико-биохимический. Оценивалось наличие основных факторов риска (дислипидемия, гипергликемия, курение, избыточный вес, гиподинамия) и выявлялись уже имеющиеся заболевания (артериальная гипертензия, ИБС и другие заболевания).

Результаты. У работников при углубленном медицинском осмотре средний уровень общего холестерина (ОХС) составил 4,9±1,2 ммоль/л (диапазон 2,38-8,86 ммоль/л). При этом 42,5 % шахтеров имеют повышенный и высокий уровень ОХС (более 5,0 ммоль), из которых у 12,9 % цифры ОХС превышают 6,0 ммоль/л.

Повышенный уровень триглицеридов (ТГ) отмечался у 30,6 % работников шахты, у 5 человек уровень ТГ был от 5,0 до 6,5 ммоль/л. Уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) составлял от 1,01 ммоль/л до 5,92 ммоль/л, (средний 2,8±0,7 ммоль/л). Повышенный уровень (более 3 ммоль/л) зарегистрирован у 40,7 % обследованных. Антиатерогенный холестерин липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) в среднем составлял 1,37±0,4 ммоль/л. Низкие значения этого показателя (менее 1,2 ммоль/л у женщин и менее 1,0 ммоль/л у мужчин) чаще встречались у женщин — в 24,4 %, у мужчин низкие цифры ХСЛПВП наблюдались лишь в 8,4 % случаев.

Средний уровень глюкозы плазмы среди работников шахты "Полосухинская" был 4,8±1,1 ммоль/л. При этом 14,5 % человек имели повышенные (выше 5,6 ммоль/л) цифры, а у 3,2 % из них глюкоза крови была выше 6,9 ммоль/л, а у 10 человек цифры превышали 10 ммоль/л. Сахарный диабет в анамнезе имелся только у 1 человека, имевшего повышенные цифры глюкозы сыворотки крови.

Среди лиц, имевших дислипидемию, у 1 человека в анамнезе перенесенный ишемический инсульт, ИБС ранее никому выставлена не была, 16,1 % имеют артериальную гипертензию, но уровень АД выше 140/90 мм рт. ст. во время осмотра был выявлен у 29,9 % обследованных, имевших дислипидемию. 53,5 % лиц, имеющие нарушения липидного профиля курят.

Выводы. По результатам профилактического осмотра работников выявляется высокая распространенность дислипидемии и гипергликемии. Выявлена высокая распространенность основных факторов риска ССЗ, значительно увеличивающих риск заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

0740 ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Слепуха Е.Г., Булашова О.В.
ГОУ ВПО "Казанский ГМУ Росздрава", МУЗ "Городская клиническая больница № 7", Казань, Россия

Целью настоящего исследования было изучение отдаленного прогноза больных, страдающих сердечной недостаточностью по материалам полутора лет наблюдения.

Материалы и методы: в группу наблюдения вошли 96 больных (50 мужчин, 46 женщин), включенных в исследование во время лечения в стационаре с верифицированным диагнозом ХСН. Средний возраст пациентов составил 62,38±10,45 лет, средняя продолжительность ХСН — 3,41±3,03 лет. Длительность наблюдения составила 1,5 года. Соотношение пациентов по степени функциональных расстройств составило: I ФК 17,71 %, II ФК — 39,58 %, III ФК — 36,46 %, IV ФК — 6,25 %. По нозологической составляющей ХСН преобладали пациенты, страдающие сочетанной патологией ИБС и АГ — 58,33 %, изолированной АГ — 13,54 %, ИБС — 22,92 %, КМП — 3,13 %, клапанными пороками — 2,08 %. Анализ отдаленного прогноза проводился по нескольким критериям: общее число госпитализаций за последние пять лет, среднее число госпитализаций по поводу сердечно-сосудистого заболевания за последний год, количество обращений к врачу в амбулаторном режиме, смертность в группе наблюдения: общая и от сердечно-сосудистых событий.

Результаты: все 96 пациентов как минимум один раз нуждались в стационарном лечении за последние пять лет, в среднем этот показатель составил 3,69±2,52 госпитализаций на одного больного. По поводу сердечно-сосудистого заболевания 77,44 % проходили стационарное лечение в минувшем году, среднее число госпитализаций на одного больного составило 1,33±0,67, в 27,18 % случаев больные были госпитализированы повторно, 8,74 % пациентов нуждались в стационарном лечении в минувшем году 3 и более раз. Количество амбулаторных посещений за год среди опрошенных по окончании срока наблюдения составило 5,32±3,52, при этом поликлинику посещали 91,73 % пациентов.

Общая смертность в группе наблюдения составила — 11,46 % (11 человек: 9 мужчин и 2 женщины), все случаи смерти связаны с сердечно-сосудистыми причинами: ОССН — 7 случаев (63,64 %), ИМ — 3 случая (27,27 %), расслаивающая аневризма аорты — 1 случай (9,09 %). Среди умерших 4 пациентов при включении в исследование имели II ФК, 3- III ФК, 4 — IV ФК ХСН, среди больных I ФК случаев смерти не выявлено. Все случаи смерти ассоциировались с ИБС, средняя ФВ составила 43±15,3 %.

Выводы: В общей структуре больных ХСН отмечается высокий уровень частоты госпитализаций при низкой активности пациентов на амбулаторном этапе. Неблагоприятный прогноз имеют пациенты с ИБС, с систолическими расстройствами и выраженными функциональными нарушениями.

0741 ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ПРОВЕРКАМ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН ГОРОДСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Смазнов В.Ю., Акимова Е.В., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН и ЯНЦ РАМН, Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение отношения к профилактическим проверкам своего здоровья в открытой мужской популяции 25-64 лет в зависимости от возраста.

Исследование в рамках кардиологического скрининга проводилось с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА. Репрезентативная выборка из избирательных списков мужчин одного из административных округов г. Тюмени была сформирована в количестве 1000 человек, по 200 человек в каждой из четырех возрастных групп (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % — 850 участников. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. В анализ были включены следующие вопросы: "Если на работе Вы почувствовали себя не совсем хорошо, что Вы делаете?"; "Если вы гриппуете или температурите, что Вы предпринимаете?"; "Как Вы считаете, полезна ли профилактическая проверка своего здоровья?". Вопросы сопровождались перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, по их мнению, являлся наиболее правильным.

Положительное отношение к профилактическим проверкам своего здоровья в популяции оказалось равным 87,4 %. Около 35 % респондентов выказывали низкую ответственность по отношению к своему здоровью — 35,9 % продолжали работу в случае, если на работе почувствовали себя не совсем хорошо и 34,5 % продолжали работать при температуре или гриппе. К врачу при плохом самочувствии обращалась только пятая часть респондентов, около половины популяции при плохом самочувствии или температуре предпочитали отдых и самолечение. По отношению к профилактическим проверкам своего здоровья возрастная категория 55-64 лет с большим доверием отреагировала на полезность профилактических мер сравнительно с лицами молодого возраста 25-34 лет (ответ "возможно, да" в 14,5 % и 8,0 % соответственно, p<0,05). В старших возрастных группах повышалась ответственность за свое здоровье, в возрасте 55-64 лет более, чем вдвое сравнительно с младшей возрастной группой 25-34 лет увеличилось количество мужчин (с 12,5 % до 29,0 %), которые в случаях ухудшения своего здоровья обратились бы за медицинской помощью. В зависимости от возраста не изменилась ответственность к выполнению своей работы, и в случае заболевания 45,3 % мужчин предполагали делать все возможное, чтобы вернуться на работу.

Таким образом, в открытой мужской сибирской популяции выявлена положительная мотивация населения к профилактическим проверкам здоровья в старших возрастных группах, что необходимо учитывать при планировании и проведении плановых профилактических программ.

0742 ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнова Е.А.[1], Якушин С.С.[2], Лиферов Р.А.[1]
Областной клинический кардиологический диспансер[1], Рязань, Россия; ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П.Павлова[2], Рязань, Россия

Актуальным в настоящее время является вопрос о распространенности и коррекции факторов, определяющих развитие и усугубляющих тяжесть течения сердечнососудистых заболеваний.

Цель. Изучение пятилетней динамики распространенности некоторых факторов риска (ФР) среди мужчин и женщин Рязанской области.

Методы исследования. В 2002 году в рамках Российского эпидемиологического исследования "ЭПОХА" обследована репрезентативная выборка населения Рязанской области (2098 человек). В 2007 году данная выборка обследована повторно, отклик составил 83,9 %. Обследовано 1760 человек, умерло 200, эмигрировало 223, категорически отказались от повторного обследования 13. Проанализирована динамика распространенности некоторых ФР: артериальной гипертонии (АГ), курения, злоупотребления алкоголем, ожирения, низкой физической активности.

Результаты. Распространенность АГ за пятилетний период существенно не изменилась (36,6±1,1 % против 39,3±1,2 %). Среди пациентов АГ по-прежнему преобладают женщины, стандартизованная по возрасту распространенность АГ среди женщин выше, чем среди мужчин (42,1 % против 34,8 %, p<0,001). Среди жителей города и области достоверных различий в распространенности АГ при повторном обследовании не выявлено (39,1 % и 39,6 % соответственно). Распространенность АГ закономерно увеличивается с возрастом и в старших возрастных группах достигает 84 % среди женщин и 62,5 % среди мужчин, что сопоставимо с данными пятилетней давности (79,5 % и 63,3 % соответственно). За прошедшие пять лет распространенность курения достоверно не изменилась (25,1 % против 23,9 %). Максимальная распространенность курения приходится на возрастную группу 30-39 лет (62,1 % мужчин и 13,8 % женщин), с увеличением возраста число курящих уменьшается. Мужчины выкуривают в среднем 14,4±0,15 сигарет в сутки, женщины — 9,8±0,18 сигарет. За пятилетний период число лиц злоупотребляющих алкоголем снизилось на 1,6 % (p<0,05) и составило соответственно 12,4 % среди мужчин и 0,6 % среди женщин, что меньше показателей 2002г (14,8 % и 1,2 %), но различия статистически не достоверны. Обращает на себя внимание достоверное увеличение числа обследованных жителей с ожирением с 18,8 % до 26,4 %, p<0,001. Ожирение больше характерно для женщин (31,9 % против 17 %, p<0,001), при этом распространенность ожирения за пятилетний период увеличилась как среди мужчин (на 5,3 %, p<0,001), так и среди женщин (8,3 %, p<0,0001). За истекший период доля лиц, не уделяющих внимания физическим упражнениям, увеличилась на 8,8 %, p<0,001, причем среди мужчин на 14 %, p<0,001, среди женщин на 1,4 %, p=0,48.

Заключение. Выявлена высокая распространенность ФР, определяющих развитие ССЗ в популяции Рязанской области. За период с 2002 по 2007 гг. достоверно увеличилось число обследованных жителей с ожирением (с 18,8 % до 26,4 %, p<0,001).

0743 МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ СЕЗОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ ГОМЕОСТАЗА

Смирнова И.Н., Левицкий Е.Ф., Васильева Н.В., Никонова Л.М.
ФГУ "Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии Федерального медико-биологического агентства", Томск, Россия

Цель работы. Изучение хронобиологических закономерностей течения гипертонической болезни (ГБ) и разработка методов коррекции нарушений гомеостаза физическими факторами. У больных ГБ I-II стадии изучались цирканнуальные ритмы функционирования сердечно-сосудистой системы по данным СМАД, эхокардиографии, велоэргометрии, показателям липидного обмена, гормонального статуса, системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты. Исследования проводились до и после курса восстановительного лечения, состоящего из радоновых ванн и КВЧ-терапии. В результате исследований установлены отчетливые биоритмологические изменения изучаемых показателей. Так, весенне-летний сезон года характеризовался наибольшей частотой выявления клинических симптомов ГБ, в то время как их регрессия после лечения наиболее полно происходила зимой. Максимальные значения АД зарегистрированы в зимнее и летнее время года, снижение САД и ДАД после курса лечения отмечалось в большей степени в зимний и весенний период года. Исходные значения ИРС как показателя, характеризующего потребность миокарда в кислороде, были максимальными в середине летнего сезона — 134,4±20,49 у.е. По результатам ВЭМ показатели физической работоспособности были наиболее высокими в зимнюю фазу окологодового цикла (ТФН 115,0±9,49 Вт), и снижались в середине летнего периода года (ТФН 78,3±14,81 Вт). По данным ЭхоКГ, диастолическая функция миокарда ухудшалась летом, что подтверждалось снижением соотношения скорости раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ (Е/А) и увеличением времени изоволюмического расслабления миокарда (ВИР). Анализ влияния физиобальнеолечения показал, что достоверное улучшение показателей диастолической функции миокарда после курса лечения происходило только в зимний период года, в частности, ВИР уменьшалось с с 91,0±8,79 до 86,7±6,72 мс, p<0,05 при увеличении соотношения Е/А. Полученные результаты еще раз подтверждают имеющуюся в хронобиологии гипотезу о том, что зимой в сердце на клеточном уровне интенсифицируются процессы жирового обмена, в результате высокой энергообеспеченности кардиомиоцитов функция миокарда значительно выше, чем в весенне-летний период, когда основным энергосубстратом является гликоген. Это положение подтверждается и динамикой липидного обмена, характеризующейся максимальными

значениями общего холестерина и атерогенных фракций ЛП в зимний период года. Выявлена стимуляция синтеза кортизола и снижение инсулина в декабре-феврале, что в сочетании с негативной динамикой метаболизма липидов может способствовать прогрессированию атеросклероза.

Таким образом, у больных ГБ в зимнее время года лечение целесообразно дополнять факторами, способных корректировать состояние липидного обмена (статины, лазеротерапия, транскраниальная электростимуляция), а в летний сезон года — факторами гипотензивного действия (озонотерапия, магнитотерапия).

0744 ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Смирнова И.Н., Тицкая Е.В., Левицкий Е.Ф., Барабаш Л.В.
ФГУ "Томский научно — исследовательский институт курортологии и физиотерапии Федерального медико-биологического агентства", Томск, Россия

Ассоциация сердечно-сосудистых заболеваний, особенно гипертонической болезни (ГБ), с дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов обуславливает необходимость разработки новых подходов к восстановительной терапии при сочетании ГБ и остеоартроза (ОА). Целью данной работы явилось изучение эффективности восстановительного лечения больных ГБ I-II степени в сочетании с ОА в разные фазы окологодового ритма. Обследовано 351 больных ГБ I-II степени в сочетании с ОА, проживающих в условиях Западной Сибири. Исследовался гормональный статус, липидный спектр, система перекисного окисления липидов и гемокоагуляции. Исследование проводилось на фоне комплексного восстановительного лечения, включающего КВЧ-терапию и бальнеотерапию (радоновые, йодобромные ванны). Было выявлено, что у больных ГБ в сочетании с ОА в летний период с июня по сентябрь отмечается нарушение реологических свойств крови, что снижало эффективность комплексного восстановительного лечения. Снижение результативности физиобальнеотерапии в эту фазу окологодового цикла было связано и с особенностями течения ОА, характеризующимися повышением концентрации сиаловых кислот, церулоплазмина, сывороточной каталазы, В-лимфоцитов, IgA, ЦИК, что свидетельствовало об активности воспалительного процесса в суставах. Для коррекции лечения в период с июня по сентябрь вместо КВЧ-терапии назначалась магнитотерапия. Анализ результатов лечения показал, что в данной группе наблюдалось улучшение реологических свойств крови, снижение концентрации малонового диальдегида, улучшение параметров липидного спектра, стимуляция Т-клеточного пула лимфоцитов ($p<0,05$). Адаптогенный эффект магнитотерапии, подтверждался увеличением отношения концентраций кортизола и инсулина с 5,97±0,6 до 7,97±0,89 ($p<0,5$), что позволяет достичь устойчивой ремиссии.

0745 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Смирнова Н.В., Скибицкий В.В., Кудряшов Е.А., Раменская Т.Е., Кудряшова Ю.А.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования- оценить влияние различных вариантов терапии на ремоделирование и диастолическую функцию миокарда у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), сочетанной с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы исследования. Обследовано 112 больных ХСН в сочетании с МС. Критериями включения в исследование являлись: наличие клинических признаков ХСН II-III ФК по NYHA, наличие у пациентов МС. Пациенты рандомизированы в три группы: группа 1 (n=39), группа 2 (n=35), группа 3 (n=38). Все пациенты получали "стандартную" терапию ХСН, больным группы 2 добавлялся триметазидин МВ 70 мг/сут, а пациенты группы 3 получали триметазидин и ингибитор панкреатической и кишечной липаз орлистат 360 мг/сут. Для оценки состояния миокарда у всех больных исходно и через 12 месяцев терапии, проводили комплексное обследование, включавшее эхокардиографию.

Результаты. Исходно во всех группах больных глобальная сократимость миокарда левого желудочка (ЛЖ) составляла <50 % (фракция выброса, ФВ) с дилатацией его полости и увеличением систоло-диастолических объемов. Через 12 месяцев соответствующей терапии в 1 группе не отмечено динамики в параметрах глобальной сократимости и ремоделирования миокарда ЛЖ. Следует отметить, что в отличие от 2 и 3 групп наблюдалась отрицательная динамика показателей — увеличение конечно-систолического (КСО) на 10,8 % и конечно-диастолического объемов (КДО) на 7,8 %. Последнее обусловлено тем, что у них не корригировались метаболические нарушения, недостаточно снизились антропометрические параметры (масса тела, окружность талии и др.) и АД, что, в свою очередь, способствовало прогрессированию ХСН. Во 2 группе отмечена положительная динамика показателей — увеличение ФВ и ΔS на 14,5 % и 18,2 %, снижение конечно-систолического размера (КСР) на 8,8 %, КСО на 20,6 %, КДО на 7,9 % и уменьшение Тмжп на 4,4 %, массы миокарда (ММ) на 11,7 %, ИММЛЖ на 8,3 %. В 3 группе показатели ФВ и ΔS увеличились на 26,2 % и 33 %, соответственно. Сократились размеры левого желудочка: КСР-на 18,2 %, КДР на 9,1 % и соответственно КСО (на 38 %), КДО (на 18,7 %). Величины Тмжп и Тслж сократились на 11 % и 8,7 %, соответственно. Значения ММ и ИММЛЖ уменьшились на 25,5 % и 21,6 % соответственно. Анализ диастолической дисфункции ЛЖ (ДДЛЖ) у больных ХСН с МС показал, что исходно преобладал I тип и приблизительно одинаково встречался III тип ДДЛЖ. Через 12 месяцев терапии по сравнению с исходным уровнем в 1 группе количество случаев III типа ДДЛЖ снизилось только на 16,8 %, во 2 группе-на 60 %, а в 3 группе на 80 % ($p<0,05$). Исчезли проявления ДДЛЖ только в 2 и 3 группах — у 5,7 % и 7,9 % больных ($p<0,05$).

Выводы. Комплексное лечение ХСН и МС с включением триметазидина и орлистата позволяет добиться улучшения систолической и диастолической функции миокарда и их нормализации через 12 месяцев терапии. Триметазидин и орлистат, хотя и не входят в Рекомендации по лечению ХСН, по литературным данным и результатам собственных исследований позволяют рассматривать их в качестве вспомогательных средств терапии ХСН у данной категории больных.

0746 ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ И ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ ГЛАЗНОГО ДНА В ИЗУЧЕНИИ СИСТЕМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Соболева Г.Н., Будзинская М.В., Плюхова А.А., Казарян Э.Э., Щеголева И.В., Галоян Н.С., Сургуч В.К.
Научно-исследовательский институт глазных болезней РАМН, Москва, Россия; Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗи СР РФ, Москва, Россия

В последнее время, благодаря развитию новых неинвазивных методов исследования — флюоресцентной ангиографии глазного дна (ФАГД), оптической когерентной томографии (ОКТ)- появилась возможность более детально оценивать состояние кровообращения в ретинальных сосудах и изменения нейроэпителия у пациентов с системным атеросклерозом.

Цель — изучить особенности ретинального микроциркуляторного русла, и нейроэпителия при системном атеросклерозе на основании современных методов обследования.

Материал и методы. Клиническим материалом исследования послужили данные обследования 21 пациента с системным атеросклерозом и 15 здоровых человек в возрасте от 54 до 70 лет. ФАГД выполняли по стандартной методике на фундус-камере FF 450 plus (ФФ 450 плюс) "Карл Цейс" (Германия), ОКТ — на томографе Stratus Stratus "Карл Цейс" (Германия).

Результаты. У большинства больных с системным атеросклерозом выявлено сужение сосудистого просвета (21 из 21), неравномерные, "изъеденные" внутренние контуры ретинальных артерий (15 из 21), наличие окклюзий ретинальных артериол (у 18 из 21). Очевидно, что в исследуемой группе идет генерализованное "обеднение" микроциркуляторного русла, что не может не отразиться на состоянии нейроэпителия и, в дальнейшем, на остроту зрения. ОКТ выявила статистически достоверное уменьшение толщины нервных волокон перипапиллярной и макулярной зон, в 12 случаях диагносцирован начальный эпиретинальный фиброз, в 2 случаях выраженный эпитеринальный фиброз. У 10 человек выявлена задняя отслойка стекловидного тела.

Заключение. Флюоресцентная ангиография глазного дна и оптическая когерентная томография слоя нервных волокон сетчатки позволяют объективно оценить структурные изменения ретинального микроциркуляторного русла и нейроэпителия у больных с системным атеросклерозом; в динамическом наблюдении эти методы позволят объективно оценить стабилизацию или прогрессирование патологического прогресса.

0747 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

***Соколова Н.А., Перевалова Е.Б., Витковский Ю.А., Руцкина Е.А., Бойко Е.В.*.**
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучить основные показатели микроциркуляции у больных с острым отравлением уксусной кислотой в динамике.

Материалы и методы. Исследование проведено у 7 суицидальных больных с тяжелым отравлением уксусной кислотой в Краевом токсикологическом центре г.Читы в динамике. Средний возраст пациентов составил 29±4,5 года. Контрольную группу составили здоровые лица сопоставимые по возрасту и полу. Средняя доза принятой концентрированной уксусной кислоты составила 55,0 мл. Лазерная доплеровская флоуметрия проводилась лазерным анализатором капиллярного кровотока ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Россия) на нижней трети предплечья в течение 10 минут с определением основных параметров.

Полученные результаты. Установлено, что у больных с острым отравлением уксусной кислотой на протяжении всего периода наблюдения (1-2, 6-7, 10-12 сутки) показатель микроциркуляции М и среденеквадратическое отклонение δ были достоверно больше таковых здоровых лиц. Амплитудно-частотные параметры превышали значение контрольных более чем в 3,5 раза в 1-2 сутки отравления и сохранялись высокими в течение 2-х недель. Коэффициент Аэ/δ на протяжении всего периода наблюдения был снижен почти в 2 раза.

Вывод. У больных с острым отравлением уксусной кислотой на протяжении стационарного периода выявлены выраженные нарушения микроциркуляции, характеризующиеся нарушением показателей перфузии и снижением вклада эндотелиальных факторов в регуляции тонуса сосудов.

0748 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И СЕРДЕЧНЫЕ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

***Соколова Н.А., Витковский Ю.А., Руцкина Е.А., Бойко Е.В., Зайцев Д.Н.*.**
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучить параметры вариабельности ритма сердца в зависимости от нарушений ритма у больных с острым отравлением уксусной кислотой.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе краевого токсикологического центра в г.Чите. У 57 больных с острым отравлением уксусной кислотой средней и тяжелой степени тяжести, средний возраст больных составил 26,6±8,1 лет. Средняя доза принятой концентрированной уксусной кислоты составила 55,0 мл. Всем пациентам в первые сутки проводилось 24-х часовое мониторирование ЭКГ с анализом вариабельности ритма сердца с помощью монитора "Астрокард" (фирма "Медитек" г. Москва). Изучались следующие временные показатели вариабельности ритма сердца: SDNN (мс); pNN50 % и спектральный показатель LF\HF.

Полученные результаты. У 29 пациентов (50,8 %) были выявлены различные нарушения ритма и проводимости. Пароксизмальные наджелудочковые нарушения ритма зарегистрированы у 12 больных (21 %), в том числе пароксизмальные тахикардии у 9 пациентов (15,7 %) и пароксизмы фибрилляций предсердий у 3 больных (5,2 %). Желудочковые нарушения ритма отмечены у 17 пациентов (29,8 %) из них у 11 (19,2 %) IVB-V класс по Lown (аллоритмированные, политопные, парные, пробежки желудочковой тахикардии). Нарушения проведения в виде AV блокады 1 степени и AV блокады 2 степени (Мобиц 2), СА блокады 2 степени выявлены у 14 пациентов (24,6 %). Комбинированные нарушения ритма и проводимости зарегистрированы у 11 пациентов (19,2 %). Были изучены основные параметры вариабельности ритма сердца в зависимости от наличия сердечных аритмий. Отмечено, что у больных с острым отравлением уксусной кислотой и наличием сердечных аритмий показатель, отражающий симпатические влияния (коэффициент LF/HF) был достоверно выше, чем у пациентов без аритмий. Показатели, характеризующие парасимпатическую активность (pNN50 %) и общую вариабельность ритма сердца в целом (SDNN) были ниже, чем у пациентов без аритмий.

Вывод. У больных с острым отравлением уксусной кислотой более чем у половины регистрируются сердечные аритмии, при этом в данной группе пациентов выявлена симпатикотония, угнетение вагусных влияний и снижение общей вариабельности ритма сердца.

0749 МОРФО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Соколов Е.И., Голобородова И.В., Лавренова Н.Ю.
ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия

Одним из центральных звеньев патогенеза метаболического синдрома (МС), согласно современным представлениям, является нарушение функционирования и взаимодействия различных компонентов системы гемостаза, что в условиях гемодинамических и метаболических нарушений способно привести к тромбозам различной локализации с тяжёлыми последствиями. Несмотря на то, что уже многие годы проводятся исследования по изучению системы гемостаза у больных МС и накоплено достаточно данных, описывающих нарушения в сосудистом, плазменном компонентах гемостаза, состояние тромбоцитарного звена гемостаза остаётся недостаточно изученным.

Целью настоящего исследования явилось комплексное изучение морфо-биохимических особенностей тромбоцитов у больных метаболическим синдромом и их связи с функциональной активностью тромбоцитов.

Материал и методы: обследовано 39 пациентов с МС в возрасте от 28 до 50 лет (средний возраст 44,04±5,8 лет). Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц. Диагностика метаболического синдрома осуществлялась с использованием критериев МС, предложенных российски-

ми экспертами на совещании российского филиала Института Метаболического синдрома (критерии КРЭ, 2007г). Всем больным проводилось общеклиническое и лабораторное обследование, с помощью чего был изучен их липидный и эндокринологический статус, изучение распределения жировой ткани в абдоминальной области проводилось с помощью компьютерной томографии. Морфология и функциональная активность тромбоцитов была изучена с помощью методики сканирующей микроскопии нативных препаратов с использованием сканирующего электронного микроскопа фирмы PILIPS PSEM — 5500 (Япония). Агрегационную активность тромбоцитов (спонтанную и индуцированную) изучали с помощью двухканального лазерного анализатора 230 LA "BIOLA" (Россия) с использованием в качестве индукторов агрегации растворов АДФ, коллагена, адреналина.

Результаты: у больных МС на фоне метаболических нарушений и/или ассоциированных заболеваний осуществляется процесс перехода тромбоцитов из интактного состояния в активированное. При этом у больных МС количество активных форм тромбоцитов было достоверно выше. Рост активных морфологических форм тромбоцитов сопровождался ростом уровня агрегационной активности тромбоцитов у больных МС, что, прежде всего, выражалось в появлении спонтанной агрегации тромбоцитов, отсутствующей у представителей контрольной группы, и росте уровня агрегации под действием различных индукторов.

Вывод: изучение морфо-биохимических особенностей тромбоцитов у больных МС позволило выявить преобладание активных свободно циркулирующих морфологических форм тромбоцитов с изменённой пространственной конфигурацией и псевдоподиями. У больных МС установлена взаимосвязь между ростом активных морфологических форм тромбоцитов и степенью их агрегационной активности, что оказывает большое влияние на риск развития тромботических осложнений.

0750 МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Соловьева К.В.
ГОУ ДПО "Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Пенза, Россия

Цель. Разработка и исследование компьютерной методики анализа клинических и электрофизических параметров для прогнозирования кардиальных событий при ишемической болезни сердца.

Методы. Используются методы многофакторного анализа в многомерном пространстве диагностических параметров. В качестве целевой функции рассматривается длина вектора состояния пациента, вычисляемая по результатам анамнеза и неинвазивных электрофизических методов диагностики (электрокардиография покоя, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография, нагрузочный тест, вариабельность ритма сердца, сигнал-усредненная ЭКГ).

Результаты. Рассматривались случаи смерти от сердечно-сосудистого заболевания, включая внезапную сердечную смерть, повторный фатальный и нефатальный инфаркт миокарда. Полученные на этапах компьютерного прогнозирования данные с учетом выделения факторов неблагоприятного прогноза дали возможность рассчитать длины векторов для вариантов возможного течения коронарной болезни сердца: коронарной смерти — $\Lambda_{кс}$ (математическое ожидание $\mu_{\Delta ст}$=0,35, при дисперсии $\sigma_{\Delta ст}$=0,01), повторного инфаркта миокарда — $\Lambda_{пи}$ ($\mu_{\Delta пи}$=0,49, $\sigma_{\Delta пи}$=0,02) стабильного течения — $\Lambda_{ст}$ ($\mu_{\Delta кс}$=0,72, $\sigma_{\Delta кс}$=0,02).

Выводы. Предлагаемый комплексный подход к анализу ведущих факторов риска позволяет решать с высокой степенью достоверности вопросы прогнозирования при ишемической болезни сердца.

Применение рассматриваемой методики к оценке риска поможет врачам в выборе оптимальной фармакотерапии больных ИБС и решении вопросов о целесообразности хирургического лечения, в создании наиболее рациональной, максимально эффективной совокупности методов индивидуальной профилактики возникновения кардиальных событий.

0751 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Сосикова А.С., Якушин С.С., Петров В.С., Иванова Г.О., Луканцова О.Б., Мадорский А.Ф.
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, ГУЗ РОККД, Рязань, Россия

Цель работы являлась оценка распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Обследовано 202 пациента, страдающих РА; из них 83,2 %женщины и 16,8 %.мужчины. Средний возраст больных составил 55,5±0,8 года. Длительность заболевания на момент обследования в среднем составляла 11,3 года, активность по DAS28 4,37±0,09. Частота назначения базисных препаратов распределилась следующим образом: метотрексат — 55,4 % в средней дозе 8,27мг, плаквинил — 13,9 %, сульфасалазин — 4,9%, др.базисные препараты — 2,95%. Глюкокортикостероиды получали 59,9 % больных в средней дозе 8,05мг.

В дальнейшем было проведено сравнение двух групп пациентов: 106 человек с РА в сочетании с ССЗ, средний возраст 59,8±1,0года (женщины — 81,2 %) и 96 больных с РА без установленного диагноза ССЗ, средний возраст 50,1±1,2 года (женщины 84,9 %). Различий по средним дозам метотрексата (8,25±0,1мг и 8,3±0,7мг) и глюкокортикостероидов (8,2±0,53мг и 7,9±0,53мг) в группах не выявлено.

Продолжительность заболевания РА в группе с ССЗ была 12,6±1,3 года, активность заболевания по DAS28-4,51±0,13($p<0,05$); в группе без ССЗ 10,1±1,16 года, DAS28-4,09±0,13.

Среди ССЗ у больных с РА встречались: артериальная гипертензия (АГ) — 51,5 % больных, время начала заболевания 51,1 года; ИБС: стенокардия напряжения (СН) 16,0 %, первые симптомы стенокардии появлялись в возрасте 56,2 лет. Хроническая сердечная недостаточность имела место у 26 % пациентов, инфаркт миокарда у 2,5 %, острое нарушение мозгового кровообращения у 1,5 %.

При сравнении факторов риска у больных с РА и ССЗ и без ССЗ выявлено, что отягощенная наследственность по ССЗ выявлена у 19,6±4,2 % с ССЗ (у 7,0±3,9 % без ССЗ); курение у 11,0±2,9 % (4,0±0,2 %), гиподинамия у 37,0±4,6 % (14,0±3,6 %), стрессы отметили 38±4,6 % (25,0±4,5 %).

У пациентов с РА без ССЗ имели место жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: боли за грудиной у 7,2 %, боли в сердце у 17,5 %, головные боли у 13,4 %, одышка у 19,6 %, перебои в работе сердца у 6,2 %, сердцебиение у 18,6 %, головокружение 11,3 % пациентов.

Систолическое АД составило: 134,02±1,5 (РА без ССЗ) и 148,3±2,22mmHg (РА с ССЗ), диастолическое АД 84,02±0,98 (РА без ССЗ) и 89,01±1,2mmHg (РА с ССЗ); окружность талии 90,1±1,4 и 93,9±1,2см (РА с ССЗ). ИМТ составил 28,2 кг/м^2 (избыточная масса тела) в группе РА с ССЗ и 26,7 кг/м^2 в группе РА без ССЗ.

При оценке лабораторных показателей установлено, что уровень глюкозы крови составил 4,65±0,06мм/л, фибриноген 4,8±0,12, об.холестерина 5,0±0,98мм/л, триглицериды 1,4±0,06мм/л, ЛПВП 1,32±0,03мм/л, ЛПНП 3,74±0,08мм/л.

Таким образом, у пациентов с РА, вероятно, имеет место более раннее развитие АГ и ИБС.

0752 ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ АРТЕРИИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО УЗЛА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Спирина Г.А.
Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Цель работы — изучение вариантов строения и топографии артерии предсердно-желудочкового узла (ПЖУ) сердца человека, степени ее участия в его кровоснабжении. Материалом послужили 253 препарата сердец людей, умерших от причин, не связанных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Применялись инъекции артерий сердца рентгеноконтрастными и окрашенными массами с последующими рентгенографией, макро — микроскопическим препарированием, просветлением, приготовлением серийных гистологических срезов. Во всех возрастных группах артерия ПЖУ возникает из артерии, определяющей тип кровоснабжения сердца. Преобладающий источник отхождения артерии ПЖУ — правая венечная артерия. Выявлена индивидуальная изменчивость параметров артерии ПЖУ, зависимость ее длины от степени выраженности "U"-образного изгиба венечной артерии в области "креста" сердца. Обнаружены многочисленные варианты ветвления артерии ПЖУ, степени участия ее в кровоснабжении окружающих образований и взаимоотношений с ПЖУ. В 65,4 % наблюдений кровоснабжение ПЖУ осуществлялось только за счет одноименной артерии. В ПЖУ входят основной ствол указанной артерии или ее ветви I — II порядков. От артерии ПЖУ возникают ветви к межпредсердной перегородке, к синусной части межжелудочковой перегородки, к нижней стенке венечного синуса, к предсердно-желудочковому узлу, одноименному пучку, его ножкам, ветви, пенетрирующие центральное фиброзное тело. Одновременное наличие всех перечисленных ветвей отмечено лишь в 10,7 % наблюдений. Ветвь к межпредсердной перегородке отделяется от артерии ПЖУ на уровне заднего полюса узла, что может служить опознавательным признаком для его обнаружения на просветленных препаратах и рентгенограммах. В 71,3 % наблюдений ствол артерии ПЖУ не проходит через узел, образуя около его дорсальной поверхности, слева от него или под ним дугообразный изгиб, от которого отходит тонкая ветвь к узлу. В 24,9 % препаратов ствол артерии ПЖУ проходит через узел, изменяя направление в его пределах. В 3,8 % случаев артерия ПЖУ представлена коротким стволом, от которого возникает ветвь к задне-нижней стенке правого предсердия. Изменение направления ствола артерии ПЖУ под углом, близким к прямому, можно объяснить сопротивлением окружающих тканей (центрального фиброзного тела). Обнаружены варианты хода и ветвления не только основного ствола артерии ПЖУ, но и ее ветви I-го порядка к узлу. Относительно большая величина диаметра артерии ПЖУ, возможно, связана с кровоснабжением ею значительного объема окружающего миокарда. Ход и расположение артерии ПЖУ обеспечивают независимость ее кровотока от систолы желудочков.

0753 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Старичков С.А., Миллер О.Н.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы. Сравнение эффективности и безопасности назначения амиодарона, метопролола или их комбинации с целью профилактики пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) при симпатическом и смешанном типе ФП у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. В исследовании участвовало 134 пациента, средний возраст 61,1±9,4 года. У всех пациентов имела место АГ 1-3 степени, ХСН I-III класса по NYHA, давность аритмического анамнеза 1,4±0,5 года. ПФП рецидивировали чаще 1 раза в 3 месяца и протекали с выраженной симптоматикой. До поступления в стационар пациенты не получали антиаритмических препаратов (ААП), кроме небольших доз бета-блокаторов, которые были включены в базовую терапию АГ. Исследуемые были рандомизированны на 3 группы: 1-ю группу составили 43 пациента, принимающих из ААП амиодарон 200-400 мг/сут; 2-я группа, 45 пациентов, получала терапию метопрололом сукцинатом 100-150 мг/сут; 46 пациентам 3-ей группы была назначена комбинация метопролола сукцината в дозе 50-100 мг/сут с амиодароном 100-200 мг/сут. Базовая антигипертензивная терапия у всех пациентов была представлена тиазидоподобными диуретиками и ИАПФ. В начале исследования и через 6 месяцев терапии всем пациентам проводилось ХМ ЭКГ с оценкой ВРС. Достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Амиодарон был высоко эффективен у 29 из 43 пациентов (67,4 %) 1-ой группы. Частота ПФП при неэффективности или низкой эффективности амиодарона составила 0,49 в месяц. Спонтанное прекращение ПФП в течение 3,6±2,5 часов произошло в 90,2 % случаев. В 5-ти случаях (9,8 %) потребовалось медикаментозное восстановление ритма. ААЭ амиодарона была несколько выше ($p>0,05$) при LF/HF>2.0 — повышенном тонусе СНС и составляла 69,2 % по сравнению с 64,7 % при смешанном типе (LF/HF=1.5-2.0) ПФП. Метопролол оказался наиболее активен при симпатическом типе ФП ($p<0,05$), но в целом по группе показал более низкий ААЭ, который достиг 57,8 %, среднее число ПФП в месяц составило 0,54. ПФП не рецидивировали у 18 пациентов (62,1 %) с гиперактивностью СНС, что было сравнимо с эффективностью амиодарона в 1-ой группе (69,2 %). Но лишь у 8 пациентов (50,0 %) со смешанным типом не было ПФП в течение исследования. Средняя длительность тахиаритмии во 2-ой группе составила 4,5±2,8 часа, что на четверть больше, чем в 1-ой группе ($p<0,05$). Пациентам 2-ой группы чаще требовалось медикаментозное восстановление ритма сердца — в 14,3 % случаев по сравнению с 9,8 % при лечении амиодароном ($p<0,05$).

ААТ у пациентов 3-ей исследуемой группы, была одинаково ($p>0,05$) высоко эффективна как при симпатическом типе ФП (у 20 пациентов, 74,0 %), так и при смешанном (13 пациентов, 68,4 %). ААЭ комбинации метопролола и амиодарона превысила таковую у пациентов, принимающих эти ААП по отдельности, и составила 71,7 %. У 13 больных (28,3 %) аритмия продолжала рецидивировать, средняя частота возникновения ПФП составила 0,51 в месяц ($p>0,05$). В 4-х случаях (10,0 %) потребовалось медикаментозное восстановление синусового ритма, в 36-ти случаях аритмии (90,0 %) ритм восстановился спонтанно в течение 3,9±2,2 часа.

Выводы: Применение амиодарона, как в виде антиаритмической монотерапии, так и в комбинации с метопрололом высоко эффективно при симпатическом и смешанном типе ФП. Установлено, что ААЭ метопролола в отличие от амиодарона прямо пропорционально зависит от исходного тонуса СНС. Назначение метопролола сукцината с целью профилактики рецидивов ПФП является оправданным только лишь при симпатикотонии.

0754 РОЛЬ АЛЬДОСТЕРОНА И АДИПОКИНОВ В РАЗВИТИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН

Стародубова А. В.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Целью: изучить роль ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и адипокинов в развитии инсулинорезистентности (ИР) и сосудистого ремоделирования у женщин репродуктивного возраста.

Методы исследования. Было обследовано 126 женщин от 18 до 40 лет (30,04±6,78 лет), включая 54 женщин с нормальной, 16 с избыточной массой тела, 55 с ожирением. ИМТ 27,99±6,12кг/м^2 (от 17,67 до 56,64). Не включались женщины с эндокринными заболеваниями, электролитными нарушениями, хроническими заболеваниями внутренних органов в стадии обострения и/или сопровождающиеся их дисфункцией, паренхиматозными заболеваниями почек, реноваскулярной АГ, получающие лекарственные препараты.

Проводились антропометрические измерения, оральный глюкозотолерантный тест, липидограмма, СМАД, определение толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА), концентрации лептина, адипонектина, ангиотензина I и ренина в плазме крови (иммуноферментный метода, ELISA); альдостерона в сыворотке крови (радиоиммунный анализ), прямое определение ренина (хемилюминисцентный иммуноанализ).

Полученные результаты. У пациентов с признаками повышения активности РААС (n=53) была выше масса тела, ниже значения индексов, характеризующих инсулиночувствительность (HOMA-S, Bennett`s, QUICKI), и выше ТГ/ЛПВП, чем у пациенток без признаков активации РААС (n=72). При проведении корреляционного анализа наблюдалась ассоциация между повышением активности РААС и массой тела (R=0,22), гиперинсулинемией (R=0,20), гипертриглицеридемией (R=0,19), уровнем глюкозы плазмы натощак (R=0,22), ТГ/ЛПВП (R=0,46), QUICKI (R=-0,21), HOMA-S (R=-0,22), Bennett`s (R=-0,41); между уровнем альдостерона и гипертриглицеридемией (R=0,20), ТГ/ЛПВП (R=0,36), наличием СД 2типа в семейном анамнезе (R=0,42); между уровнем прямого ренина и наличием ИР, HOMA-IR (R=0,56), индексом Caro (R=0,44), и утолщением ТИМ ОСА более 0,6 мм (R=0,50); между ангиотензином I и индексом Bennett`s (R=-0,43), ТИМ ОСА (R=0,42). Не было корреляции между концентрациями альдостерона, ренина и ангиотензиногена I и содержанием адипокинов (лептина и адипонектина) в плазме крови. Гипрелептинемия, обусловленная наличием избыточной массы тела и абдоминального ожирения, была ассоциирована с повышением триглицеридов, инсулина натощак, снижением ЛПВП, ИР и снижением инсулиночувствительности. При гиперлептинемии были выше значения ТИМ ОСА (0,55±0,12 мм и 0,50±0,10 мм, соответственно, p=0,01). По данным корреляционного и многофакторного анализа ТИМ ОСА зависела от возраста, массы тела, абдоминального ожирения, метаболического синдрома (критерии ВНОК, 2007), гиперинсулинемии, ИР и АГ.

Выводы. У женщин репродуктивного возраста повышение активности РААС и повышенная секреция адипокинов в первую очередь обусловлены наличием избыточной массы тела. Они сопровождаются повышением инсулинорезистентности, снижением инсулиночувствительности и ускорением темпов прогрессирования атеросклеротического поражения сосудистой стенки.

0755 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА В СОСТАВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Стаценко М.Е., Фабрицкая С.В., Спорова О.Е.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель исследования — оценить влияние милдроната в составе базисной терапии на морфофункциональные параметры сердца, функциональное состояние почек, биохимические показатели и качество жизни при лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных обоего пола в возрасте от 45 до 70 лет на 21-30-е сутки после перенесенного ИМ, осложнившегося развитием ХСН, страдающих СД 2 типа. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: основная группа (30 человек) в дополнение к базисной терапии (бисопролол, эналаприл, а также аспирин, симвастатин, при необходимости нитраты и диуретики) получала милдронат 1,0 г/сутки; контрольная группа (30 человек) получала только базисную терапию. В течение 10 дней препарат в количестве 10 мл (1,0 г) вводился внутривенно струйно, а затем назначался перорально по 500 мг два раза в сутки. Исходно и через 16 недель всем пациентам определяли ФК ХСН, проводили тест шестиминутной ходьбы, выполняли эхокардиографическое исследование, изучали функциональное состояние почек, лабораторные показатели, отражающие состояние липидного и углеводного обмена, оценивали качество жизни с применением Миннесотского опросника.

Результаты. Дополнительный прием милдроната сопровождался достоверным улучшением клинико-функционального состояния пациентов. В обеих группах отмечалось статистически значимое уменьшение ФК ХСН, более выраженное в 1-й (-19 % vs -14 %). Толерантность к физическим нагрузкам по данным ТШХ у пациентов 1-й группы увеличилась на 26,5 % ($p<0.05$), во 2-й — на 18 % ($p<0.05$). На фоне терапии милдронатом наблюдалось улучшение КЖ по данным Миннесотского опросника — снижение показателя на 20 % vs 10 % у пациентов контрольной группы. Обнаружено увеличение фракции выброса ЛЖ на 10,3 % в 1-й группе и на 7 % во 2-й. Добавление милдроната к базисной терапии ХСН привело к статистически значимому улучшению клубочкового аппарата почек: СКФ выросла на 18,6 % ($p<0,05$), достоверно уменьшился процент больных с истощенным ФПР (на 36 %) по сравнению с группой контроля — на 18 %. Через 16 недель лечения уровень МАУ в основной группе снизился на 24 %, а в контрольной — на 9 % (различия между группами достоверны). Выявлено благоприятное влияние добавления милдроната к базисной терапии на состояние липидного и углеводного обмена. Отмечено достоверное уменьшение уровня триглицеридов (ТГ) крови у пациентов основной группы на 26,9 % ($p<0,05$) и ЛПОНП на 27,1 % ($p<0,05$). Выявлена большая тенденция к снижению гликозилированного гемоглобина у больных, получавших милдронат (на12 %, $p<0.1$) по сравнению с контрольной группой (на 2,8 %, $p>0,1$).

Выводы: включение в базисную терапию ХСН милдроната у постинфарктных больных, страдающих СД 2 типа, благоприятно влияет на состояние органов-мишеней, показатели липидного и углеводного обменов, повышает переносимость физических нагрузок и улучшает качество жизни.

0756 ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЭРИТРОЦИТАРНЫЕ МЕМБРАНЫ

Сторожок М.А., Медведева И.В.
Тюменский отдел ЮУНЦ РАМН, Тюмень, Россия

Цель работы. Исследование эффекта приема аторвастатина в течение месяца на профиль липидов плазмы и на способность эритроцитов к деформации у больных хронической стабильной ИБС с метаболическими нарушениями.

Материалы и методы. На фоне гиполипидемической диеты 24 пациента принимали в течении 30 дней аторвастатин в дозе 10 мг в сутки. Способность эритроцитов к деформации оценивали с помощью метода эктацитометрии. В основе этого метода лежит явление дифракции лучей гелий-неонового лазера (λ=632,8 нм) на тонком слое клеток, суспензированных в растворе вязкой жидкости (Bessis, Mochandas 1975; Groner et al., 1980; Bessis et al., 1981). Смещение слоев этой жидкости вызывает сдвиговую деформацию мембран эритроцитов и изменение дифракционной картины. Основные фракции липидов плазмы (ТГ, ОХС, ХС ЛПВП) определялись ферментативным методом на биохимическом анализаторе Humalyser-2000 (Германия) с помощью набора реактивов фирмы Human. Содержание ХС ЛПНП определяли по расчетным формулам: ХС ЛПНП= ОХС — ХС ЛПВП- ТГ/ 5. Результаты выражали в мг/дл.

Результаты и обсуждение. При нарушениях липидного обмена, когда имеют место существенные изменения липидного профиля плазмы крови, что и было выявлено у обследованных нами больных стабильной ИБС, установлено наличие изменений в составе липидов мембран эритроцитов. После

30 дней приема аторвастатина у больных хронической стабильной ИБС были выявлены достоверные изменения липидного профиля плазмы. Наиболее выраженным было уменьшение ОХС на 23,7 % и ХС ЛПНП на 31,3 % в сравнении с исходными уровнями. Отмечалось, что после курсового применения аторвастатина происходит достоверное уменьшение содержания в плазме крови ТГ на 16,4 % от исходных значений. Особо следует отметить, что у больных хронической стабильной ИБС, принимавших в течение 30 дней аторвастатин, в плазме крови достоверно (P<0,05) возрастало содержание антиатерогенной липидной фракции ХС ЛПВП на 10,7 % от исходного уровня. Соответственно это приводило к снижению значений соотношения ХС ЛПНП/ХС ЛПВП в 1,7 раза. С учетом гиполипидемических эффектов аторвастатина у больных хронической стабильной ИБС, принимавших препарат, можно было ожидать проявление положительной динамики со стороны реологических свойств эритроцитов. Действительно, у пациентов было выявлено достоверное увеличение способности эритроцитов к деформации в сравнении с исходными значениями до лечения.

Выводы: Отмечен положительный эффект 30-дневного приема аторвастатина по влиянию не только на липидный профиля плазмы крови, но и по влиянию на способность эритроцитов к деформации у больных хронической стабильной ИБС с метаболическими нарушениями.

0757 ДИНАМИКА АМПЛИТУД И ДЛИТЕЛЬНОСТЕЙ ПАРАМЕТРОВ ЭКГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Строева М.В.[1,2], Муромцева Г.А.[1], Шерешкова Н.С.[2], Мамедов М.Н.[1]
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Росмедтехнологий1, Москва, Россия; Управление Здравоохранения ЮВАО г.Москвы Городская больница № 492, Москва, Россия

Ранее нами показано, что динамика частоты ЭКГ-признаков гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) среди мужчин с артериальной гипертонией (АГ) и метаболичес-кими нарушениями после 6-месячного лечения ингибиторами ангиотензинпре-вращающего фермента (иАПФ) разнонаправлена.

Цель данной работы: детально изучить динамику рутинных показателей ЭКГ у этого же контингента больных.

Методы. Исследование проведено в амбулаторных условиях на 62 мужчинах (52,3±7,2 лет) без ишемической болезни сердца, имеющих АГ 1-2 степени и нарушения липидного, углеводного обмена или гиперурикемию. Пациенты в течение 6 мес. получали 1 из следующих препаратов: рамиприл в дозе 2,5-10 мг (n=21) или нолипрел/нолипрел форте (престариум 2/4мг и индапамид 0,625/1,25мг; n=21) или ирузид (лизиноприл 20мг и гипотиазид 12,5/25 мг; n=20). Всем больным до и после лечения регистрировали ЭКГ в покое с последующим измерением амплитуды зубцов R и S в 12 отведениях, длительности интервалов RR, PQ, QRS, QT, рассчитывали QTc по формуле Базетта.

Результаты. В результате лечения целевого уровня артериального давления (АД) достигли 89 % больных, в целом среди обследованных документировано снижение систолического АД до 133,8±9,7 против 155,4±9,9 мм рт.ст., диастолического АД до 84,9±5,5 против 93,5±5,8 мм рт.ст. исходно (p<0,0001). У всех обследованных до и после лечения ритм был синусовый, частота сердечных сокращений не изменилась: 71,8±9,0 и 72,4±9,7 уд./мин, соответственно; средние значения среди обследованных имели тенденцию к снижению: амплитуды RII с 0,8±0,4 до 0,7±0,4 мВ, RaVF с 0,5±0,4 до 0,4±0,3 мВ, SaVR с 0,8±0,3 до 0,7±0,2 мВ, SV1 с 0,8±0,4 до 0,7±0,3 мВ, SV2 с 1,0±0,4 до 0,9±0,3 мВ, сумма S V1+RV6 с 2,1±0,7 до 2,0±0,6 мВ; к увеличению — амплитуда SV6 с 1,3±0,5 до 1,4±0,4 мВ. Амплитуды RI, RIII, RaVL, SI-III, SaVL, SaVF, SV3, SV4, RV5, максимальный модуль QRS (1,8±0,5 мВ), сумма SV1+RV5 и интервалы PQ, QRS, QT, QTc — без динамики. Разности амплитудных показателей до и после лечения, рассчитанные для каждого больного, были близки к нулю, колеблясь от 0,0±0,1 до 0,1±0,2 мВ. Среди больных, достигших целевое АД, количество случаев, классифицированных исходно по критерию Romhılt-Estes как "определенная ГЛЖ" сократилось с 12 % до 10 %; 8 % больных, имевших исходно "возможные" или "определенные" ЭКГ-признаки ГЛЖ, перешли в категорию "норма". Однако, среди этой же группы больных оказались лица, у которых амплитудно-временные характеристики ЭКГ увеличились: пороговое значение Корнельского произведения оказалось превышенным у двух, амплитуда RV5(V6)>2,5 мВ — у одного больного. Появление после лечения признаков ГЛЖ на ЭКГ у 5 % больных, достигших целевого АД, было связано с увеличением длительности комплекса QRS более 0,9 сек, у 1 больного — со снижением индекса массы тела с 34,4 до 29,8 кг/м^2.

Выводы. Краткосрочное, полугодовое, лечение больных АГ с метаболическими нарушениями фиксированными дозами иАПФ с или без добавления диуретика не привело к достоверному изменению амплитудно-временных характеристик ЭКГ.

0758 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПАЦИЕНТОВ

Суворова А.А.[1], Старкова Л.А.[1], Чумакова Г.А.[2], Старков А.И.[3]
Алтайский краевой кардиологический диспансер[1], Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет[2], Барнаул, Россия; Центр медицинской профилактики Краевой клинической больницы[3], Барнаул, Россия

Успех реабилитационных программ напрямую связан с приверженностью пациентов к выполнению врачебных рекомендаций.

Цель: изучить приверженность медикаментозной терапии пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), в зависимости от пола.

Материалы и методы: в динамическом наблюдении участвовало 87 больных, перенёсших ОИМ, находившихся на лечении в Алтайском краевом кардиологическом диспансере и проходивших реабилитацию в отделении ОИМ-2. Пациенты разделены на 2 группы по полу: 39 женщин и 48 мужчин. Группы сопоставимы по основным показателям. Средний возраст в группах у женщин составил 56±6,7 лет, у мужчин 55±8,3 лет. Объем лечения, проводившегося в стационаре сопоставим в исследуемых группах. Все пациенты прошли обучение в "Коронарном клубе". После выписки рекомендован постоянный прием аспирина, бета-адреноблокаторов, статинов, ингибиторов ангиотензин превращающего фермента. Пациенты приглашались амбулаторно через 3, 6, 12 месяцев, опрашивались по анкетам SF-36, HADS, проводился контроль приверженности и эффективности лечения.

Результаты. Повторное анкетирование показало, что приверженность медикаментозной терапии сохраняется в течение первых трех месяцев после заболевания на уровне 90,5-96,3 % (среднее 93,5±3,4) в обеих группах и по полу достоверно не различается. Через полгода только 64,6 % мужчин и 82,1 % женщин принимали рекомендованное лечение в полном объеме. При этом показатели качества жизни снижались в группах обоих полов по шкалам PF, VT, RP, RE более выражено в группе женщин. Также по шкале HADS в группе женщин более часто и боле выражены депрессивные и тревожные расстройства, которые коррелируют с нарушениями по шкале МН в тесте SF-36. Через год приверженность лечению в группе женщин сохранялась достаточно высокая — 79±4,3 %,

но имелись высокие показатели депрессии и тревожности, а также дальнейшее снижение показателей качества жизни. В группе мужчин приверженность медикаментозной терапии составила 56±5,6 %, но показатели качества жизни достоверно были выше, чем у женщин, реже встречаются тревожные и депрессивные расстройства. Но по шкалам RF, RP, BP показатели в мужской группе в течение года прогрессивно снижались, вместе со снижением комплайнса.

Выводы. Различия в формировании приверженности к лечению у мужчин и женщин основываются на различиях в типах реагирования на заболевание. У всех больных в течение года комплайнс снижается и ухудшаются показатели качества жизни, что связано не только с течением основного заболевания. Мужчины реже выполняют рекомендации врачей по медикаментозному лечению, но оценивают собственное здоровье, качество своей жизни выше, чем женщины. Поэтому профилактическая, образовательная работа и индивидуальный подход на амбулаторном этапе с положительной обратной связью с больными в виде напоминаний, поощрений, консультаций по возникшим вопросам одинаково актуальны, независимо от пола пациента. Это позволит сохранить сформированный уровень приверженности к медикаментозному лечению, и тем самым улучшить прогноз у больных, перенесших ОИМ.

0759 ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Суворова А.А.[1], Старкова Л.А.[1], Чумакова Г.А.[2], Сюльжина Е.Н.[2]
Алтайский краевой кардиологический диспансер[1], Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет[2], Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить гендерные различия в формировании системного воспалительного ответа на чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ).

Материалы и методы. Обследовано 23 женщины и 37 мужчин, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ). Всем проводилась коронарная ангиография, выявлена полная окклюзия инфаркт-связанной артерии, и проведена её баллонная ангиопластика и стентирование в первые 12 часов от начала заболевания. Контрольную группу составили 10 мужчин и 13 женщин, перенесших ОИМ, без агрессивных технологий лечения. Средний возраст в группе женщин составил 56±6,7лет, у мужчин 55±8,3лет. В контрольной группе возраст был у женщин 60±5,9лет, у мужчин 53±7,9лет. Группы сопоставимы по основным клиническим параметрам. Из исследования были исключены пациенты с признаками воспалительного процесса различных локализаций. Исследовался уровень лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) ежедневно в течение первых 5-ти дней ОИМ, и на 19-23 сутки болезни. Кроме того, в качестве маркеров воспаления сосудистой стенки определялись эндотелин-1, остеопрогетерин, фактор роста фибробластов (FGF), фибриноген плазмы, С-реактивный белок (СРБ).

Результаты. Изменения лейкоцитов и лейкоцитарной формулы статистически не различались во всех группах больных, на разных стадиях развития ИМ. Отмечено достоверное повышение СОЭ в группах больных, перенесших ЧТКВ, статистически достоверных различий между мужчинами и женщинами не выявлено. Уровень фибриногена повышался в первые 14 дней инфаркта миокарда достоверно в группах с ЧТКВ, больше в группе мужчин (статистическое различие $p < 0,01$). На 19-23 сутки уровень фибриногена нормализовывался и не отличался от контрольной группы. В группах с ЧТКВ повышался уровень СРБ, и снижался к 23-м суткам. В группе женщин менее выраженные колебания СРБ в динамике.

Исходно у всех больных после ЧТКВ выявлен повышенный уровень FGF по сравнению с контролем. В группе мужчин уровень FGF достоверно выше, чем у женщины. Также выявлено повышение уровня остеопротегерина почти в два раза по сравнению с контрольной группой, и в группе мужчин достоверно выше, чем у женщин. Исследование уровня эндотелина-1 не выявило статистически достоверных различий во всех группах.

Выводы. Проведение агрессивных технологий лечения коронарных окклюзий активизирует процессы воспаления в сосудистой стенке. Воспалительные изменения отражаются изменением уровня фибриногена, СРБ, СОЭ. Динамика маркеров воспаления в группе женщин менее выражена. При инфаркте миокарда выявлен повышенный уровень FGF и остеопротегерина чаще наблюдается у мужчин.

0760 АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА АССОЦИИРУЕТСЯ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Суворова С.А., Шварц Ю.Г.
МУЗ "ЦГКБ г. Ульяновска", Ульяновск, Россия; ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, Ульяновск, Россия

Цель исследования: изучить взаимосвязь хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта и анемии у стационарных больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: обследовано 514 пациентов, которые последовательно поступили в кардиологический стационар за 2006-2008гг, по поводу проявления и осложнений ишемической болезни сердца (ИБС), средний возраст 55,6±12 лет, 229 женщин. Из них у 142 пациентов в стационаре были выполнены эзофагофиброгастродуоденоскопия верхних отделов пищеварительного тракта, а 257 больным ультразвуковое исследование органов брюшной полости по назначению лечащего врача. У этой категории больных нами учитывались наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), хронического гастрита, язвенной болезни, хронического панкреатита и холецистита. На втором этапе работы обследовано 152 пациентов с ИБС, (женщин-72, средний возраст 59,7±11,1), у 78 больных, наряду с ИБС, отмечалась эндоскопически позитивная ГЭРБ, 74 человека из исследуемых не страдали ГЭРБ. В качестве контрольной группы использовались данных о 73 пациентах с эндоскопически позитивной ГЭРБ, не страдающих ИБС и другой серьезной кардиальной патологией, 37 женщин, средний возраст 56,2±10,5. Учитывались данные эндоскопии, в том числе катаральная, либо эрозивная форма ГЭРБ и гематологические показатели.

Полученные результаты: в среднем уровень гемоглобина у наших обследуемых составлял 141,1±5,9 г/л, содержание эритроцитов 4,43±0,46. Среди женщин, как и среди мужчин, анемический синдром встречался в 16 % случаев. Многофакторный анализ (MANOVA) показал, что независимыми факторами, связанными уровнем гемоглобина в крови являются пол, сердечная недостаточность и наличие ГЭРБ. Анализ данных второго этапа исследования показал, что у больных с сочетанием ИБС и ГЭРБ уровень гемоглобина ниже, чем у пациентов с ИБС. Наиболее низким был Hb у пациентов с эрозивной формой болезни. Среди подобных пациентов анемия встречалась в 35 % случаев.

При этом среди пациентов с ГЭРБ без ИБС зависимости формы эзофагита и уровня гемоглобина не установлено. Многофакторный анализ продемонстрировал значимое "влияние" комбинации 2-х факторов, наличия ИБС и формы эзофагита, на уровень гемоглобина. "Самостоятельного" влияния наличия эрозий в пищеводе на уровень гемоглобина не установлено. Последнее делает сомнительным хроническую кровопотерю как причину анемии у данной категории больных.

Заключение. Анемия у больных ИБС ассоциируется с ГЭРБ и в частности с эрозивной ее формой, однако причинно следственная связь между патологией слизистой пищевода и низким уровнем гемоглобина сомнительна. Не исключено, что у пациентов с ИБС системная воспали-

тельная реакция является звеном, объединяющим анемию и эрозии пищевода.

0761 ВЛИЯНИЕ CPAP-ТЕРАПИИ НА "СОСУДИСТЫЕ" ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2-3 СТЕПЕНИ

Сукмарова З.Н.
ФГУ РКНПК Росмедтехнологий. Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова, Москва, Россия

Актуальность. Остается много вопросов относительно механизмов связи синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) и кардиоваскулярной патологии,

Цель. Изучить факторы, характеризующие жесткость сосудистой стенки, у пациентов с СОАС и артериальной гипертензией (АГ), а также их динамику на антигипертензивной (АТ) и CPAP- терапии (терапия с созданием положительного давления в дыхательных путях).

Методы: после "отмыва" от получаемых ранее медикаментов пациенты переводились на комбинацию валсартаном и амлодипином в ступенчато-подобранной дозе с добавлением гипотиазида при необходимости. Через 3 недели после достижения на любой дозе лекарств целевых цифр АД или 3 недели 3-компонентной терапии у рефрактерных больных, рандомизированно проводилась CPAP-терапия в лечебном или плацебо режиме с последующим перекрестом. Контроль: клиническое АД, суточное мониторирование АД, аппланационная тонометрия.

Результаты. Включено:44 пациента 55,5±9,6 лет, АД-166,8±11,5/ 96,5±11,1мм рт.ст., ИАГ- 63,4±26,3 событий в час; у 73 % — скорость пульсовой волны (СПВ)>12 м/с, у 61 %-AASI>0,5 (суточный индекс артериальной ригидности по САД). Несмотря на значимое снижение на фоне АТ, у 56 % пациентов величина СПВ оставалась повышенной. Присоединение эффективной CPAP сопровождалось дополнительной редукцией показателя на 0,7 м/с ($p<0,05$) (подобное снижение наблюдалось на терапии статинами), СПВ>12 м/с сохранялась лишь у 35 %. Снижение центрального и клинического АД было сходным в абсолютных цифрах как на АТ, так и на CPAP, однако в процентном отношении снижение центрального АД было более значимым (Δ систолического центрального vs клинического АД: 16,5 % vs 14,9 %, на АТ и 6,1 % vs 4,3 % на эффективной CPAP, $p<0,05$), что также свидетельствует о наличии дополнительного влияния применяемых терапевтических воздействий на стенку артерий. Динамика AASI и AIx (индекса отраженной волны) достигла достоверности только на комбинированной АТ и CPAP-терапии. Плацебо-CPAP на показатели не влиял.

Заключение. При оценке статуса, прогноза и выборе тактики лечения пациентов СОАС и АГ необходимо учитывать "сосудистые факторы риска"- артериальную жесткость. Показатели, характеризующие свойства стенки артерий являются повышенными у большинства таких пациентов и поддаются значительной коррекции только при комбинированном использовании АТ и CPAP. Присоединение CPAP приводит к достоверному дополнительному снижению АД, что наиболее выражено по данным ЦАД.

0762 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНОГО: ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВА КОРОНАРОГРАФИИ

Сумин А.Н., Безденежных А.В., Евдокимов Д.О., Корок Е.В., Иванов С.В., Барбараш О.Л., Барбараш Л.С.
Учреждение РАМН "Научно исследовательский институт комплексных проблем сердечно сосудистых заболеваний Сибирского отделения РАМН", Кемерово, Россия

Актуальность. Клиническая оценка риска по различным шкалам используется для стратификации пациентов по вероятности развития сердечно-сосудистых осложнений при некардиальной хирургии. Одним из наиболее часто используемых индексов является шкала, предложенная Lee T. (1999г). Однако при таком подходе не учитываются бессимптомные формы кардиологических заболеваний.

Цель: сравнить тяжесть и распространенность коронарного атеросклероза у пациентов, подвергшихся внесердечной сосудистой хирургии, с различным уровнем риска по шкале Lee.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 349 историй болезни пациентов, подвергшихся операциям на каротидных и периферических артериях, брюшной аорте. По шкале RCRI больные разделены на 3 группы: группа А — I и IIклассы (n=228, средний возраст 61,1±0,7лет), группа В — III класс (n=123, средний возраст 61,1±0,5) и группа С — IV класс (n=42, средний возраст 59,1±1,1лет). Исследовались клинико-анамнестические данные, объем реваскуляризации миокарда, распространенность осложнений и летальность. Всем пациентам была проведена коронарная ангиография (КАГ).

Результаты. При анализе в группах А и В чаще выявлялось отсутствие коронарных стенозов, по сравнению с группой С ($p=0,017$) но доля таких пациентов была невелика (11,8, 9,0 и 2,4 % соответственно). Однососудистое поражение встречалось в группах одинаково часто ($p=0,593$), как и двухсосудистое ($p=0,726$). Поражение трех основных венечных артерий встречалось чаще в группе С (30,9 %), но и в группах А и В эта распространенность отмечена в 14,0 и 16,4 %. Группы не различались по наличию значимого стеноза ствола левой коронарной артерии (ЛКА) (9,6, 16,4 и 14,3 %, соответственно, $p=0,328$), но отличались ($p=0,04$), по количеству пациентов, требующих превентивной реваскуляризации. Во всех группах сравнения такие пациенты составляли значительную их часть (18,4, 28,5 % и 42,8 %). Превентивная реваскуляризация миокарда проводилась чаще в группе С ($p=0,04$), в то же время восстановление коронарного кровотока было проведено всем пациентам групп А и В с тяжелым поражением коронарного русла. По частоте послеоперационных осложнений межгрупповые отличия не выявлены ($p=0,194$). Однако периоперационные инфаркты, приведшие к летальным исходам отмечены только среди больных группы А. У этих пациентов выявлялись поражения коронарных артерий, но реваскуляризация миокарда не проводилась.

Выводы. Большую часть пациентов, планирующихся на некардиальную хирургию составляют больные с I и II классов по шкале Lee. Они имеют меньшую распространенность и тяжесть коронарного атеросклероза, по сравнению IV классом. Однако значительная часть этих пациентов нуждаются в проведении превентивной реваскуляризации миокарда. Таким образом, только клиническая оценка состояния пациента не может являться фактором, определяющим тактику предоперационной подготовки больных.

0763 ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА НЕКОРОНАРНЫХ СОСУДИСТЫХ БАССЕЙНАХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Сумин А.Н., Корок Е.В, Безденежных А.В., Евдокимов Д.О., Иванов С.В., Барбараш О.Л., Барбараш Л.С.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Основной причиной послеоперационной летальности при вмешательствах на некоронарных артериальных бассейнах являются кардиальные осложнения. С увеличением возраста растет распространенность сердечно-сосудистых заболеваний. Постарение населения приводит к все большему числу операций в старших возрастных группах.

Цель исследования. Выявить возрастные особенности предоперационного обследования при вмешательствах на некоронарных артериальных бассейнах.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 468 историй болезни пациентов, находившихся в клинике НИИ КПССЗ в период с 2006 по 2009гг, подвергшихся оперативным вмешательствам на каротидном бассейне, аорте и артериях нижних конечностей. Всех больных разделили на три возрастные группы: 1-я группа пациенты до 60 лет (n=222); 2-я группа пациенты от 60 до 70 лет (n=171); 3-я группа пациенты старше 70 лет (n=75). Проанализированы данные анамнеза, основных лабораторных показателей, эхокардиографии (ЭхоКГ), коронароангиографии (КАГ), ультразвукового и ангиографического исследования брахиоцефального русла, артерий нижних конечностей, аортографии, а также частота послеоперационных осложнений.

Результаты. Артериальная гипертензия чаще встречалась в группах старше 70 лет и от 60 до 70 лет (97, 94 и 86 %, p=0,01). При этом наличие инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе преобладало у пациентов в возрасте до 60 лет (49 %), по сравнению с группами от 60 до 70 (32 %) и старше 70 лет (31 %), p<0,01. Группы не различались по распространенности поражения коронарных артерий. Однако, односсудистое поражение чаще встречалось у пациентов до 60 лет (23 %), по сравнению с остальными возрастными группами (13 % и 15 %), p=0,06. Поражение двух и трех коронарных артерий достоверных отличий между группами не выявило (p=0,93 и 0,98). Ствол левой коронарной артерии был поражен у 35 (19 %) больных до 60 лет, у 22 (15 %) от 60 до 70 лет и у 12 (18 %) старше 70 лет, p=0,72. Превентивной реваскуляризации миокарда чаще подвергались пациенты в возрасте до 70 лет, хотя данные и не достигли статистической значимости (33, 35 и 22 %, p=0,17). Также этим больным достоверно чаще выполнялось коронарное шунтирование (20, 22 и 6 %, p=0,01). Чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика проводилась с одинаковой частотой во всех группах (14, 17 и 16 %, p=0,75). Периоперационные осложнения встречались у 13 (7 %) пациентов в группе до 60 лет, у 17 (12 %) — в возрасте от 60 до 70 лет и у 5 (7 %) больных старше 70 лет (p=0,26). Структура кардиальных осложнений в группах достоверно не различалась, они встречались в 4 (2 %), 2 (1 %) и 1 (1 %) случаях соответственно, p=0,86.

Выводы. У больных старших возрастных групп, оперированных на некардиальных сосудистых бассейнах, гемодинамически значимое поражение коронарных артерий встречается не чаще, чем у более молодых пациентов. Проведение профилактической реваскуляризации миокарда позволяет свести к минимуму частоту периоперационных кардиальных осложнений, независимо от возраста больных.

0764 СВЯЗЬ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С СОСТОЯНИЕМ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Сумин А.Н., Галимзянов Д.М., Сергеева Т.Ю., Григорьев Е.В., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования. Оценить взаимосвязь геометрических показателей левого желудочка с состоянием диастолической функции у больных острым инфарктом миокарда

Материал и методы. Обследованы 30 больных первичным неосложненным инфарктом миокарда с элевацией ST (23 мужчины, 7 женщин). ЭхоКГ выполняли к концу 1-х суток заболевания. Оценивали следующие параметры: фракция выброса левого желудочка (ФВ), скорости раннего (Е) и позднего (А) трансмитрального потока, время замедления раннего трансмитрального потока (ВЗЕ), время изоволюмической релаксации левого желудочка (ВИР), скорость распространения раннедиастолического потока наполнения (СРП), отношения Е/А и Е/СРП. В режиме тканевой допплерографии оценивали: скорость раннедиастолического движения митрального кольца (е), скорость позднедиастолического движения митрального кольца (а), отношения е/а, Е/е. Диастолический индекс сферичности (иСФд) левого желудочка расчитывали как отношение поперечного размера к продольному размеру в диастолу.

Результаты. У 11 обследованных больных были выявлены нормальные значения индекса сферичности, который составил 0,66 (0,60÷0,67), у 16-ти больных индекс сферичности был умеренно повышен — 0,77 (0,74÷0,79), 3-е пациентов имели высокие значения индекса сферичности левого желудочка, составивший 1,03 (1,01÷1,04). ФВ была наибольшей у больных с нормальным ИСФд (ФВ=51 % (49÷53)) и наименьшей — у больных с высоким ИСФд (ФВ=46 %), больные с умеренно повышенным ИСФ имели промежуточное значение ФВ (ФВ=48 %). Ни у одного из обследованных пациентов не было выявлено рестриктивных нарушений диастолического наполнения. Однако, у больных с высокими значениями ИСФД отмечались наиболее выраженные нарушения диастолической функции (СРП=24 см/с, Е/СРП=1,96, е=4 см/с, Е/е=11,8). В группе больных с умеренно повышенным ИСФд выраженность диастолических нарушений была меньше (СРП=39,9 см/с (30,8÷43,3); Е/СРП=1,50 (1,08÷1,75); е=6,7 см (5,0÷7,3); Е/е=8,7 (6,7÷9,6)). Наименее выраженные признаки диастолической дисфункции были выявлены в группе с нормальным ИСФд (СРП=41,6 см/с (36,0÷5948,3); Е/СРП=1,26 (1,07÷1,39); е=7,2 см (6,6÷9,4); Е/е=7,4 (6,0÷8,6)). Из всех исследованных показателей ЭХОКГ ИСФд достоверно коррелировал с ФВ (r=-0,44, p<0,05), скоростью раннедиастолического движения кольца митрального е (r=-0,56, p<0,005), скоростью распространения раннего диастолического потока СРП (r=-0,45, p<0,05), отношениями Е/е (r=-0,41, p<0,05) и е/а (r=-0,46, p<0,05).

Выводы. У больных с острым инфарктом миокарда в первые сутки заболевания выявляются изменения геометрии левого желудочка. Выраженность изменений геометрии прямо коррелировала с степенью диастолической дисфункции и обратно — с фракцией выброса левого желудочка.

0765 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОДНОГО ТРАНСПОРТА, СВЯЗАННЫХ С ДВИЖЕНИЕМ ПОЕЗДОВ

Сунцова Н.Р.*, Чичерина Е.Н.**
НУЗ “Отделенческая больница на ст.Киров ОАО “РЖД”*, Киров, Россия; ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия**, Киров, Россия

Депрессия и повышение уровня стресса у лиц с АГ увеличивают частоту гипертонических кризов, утяжеляют степень АГ, приводя к развитию тяжелых сердечно-сосудистых осложнений. Изучение этой проблемы является актуальным для работающих на железнодорожном транспорте, обеспечивающих безопасность движения поездов.

Цель исследования: выявить распространенность тревожно-депрессивных расстройств и уровня стресса среди работников железнодорожного транспорта, обеспечивающих безопасность движения поездов, страдающих АГ.

Материалы и методы: проведено анкетирование 100 мужчин с АГ в возрасте от 35 до 50 лет. Среди них работники локомотивных бригад — 40 человек, монтеры пути — 23, проводники пассажирских вагонов — 7, слесари по ремонту подвижного состава — 30. Оценка тревоги и депрессии оценивалась с помощью госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS). Определение уровня стресса оценивалось с помощью вопросника (Reeder L.), по шкале уровня психологического стресса (Копина О.С.). Все тесты оценивались в баллах.

Результаты: среди работников локомотивных бригад тревожно-депрессивные состояния выявлены у 72 % опрошенных, тяжесть депрессии соответствовала клинически выраженной, уровень стресса — высокий. Среди монтеров пути тревожно-депрессивные состояния выявлены у 42 %, тяжесть депрессии соответствовала субклинически выраженной, уро-

вень стресса средний. Среди проводников пассажирских вагонов тревожно-депрессивные состояния выявлены у 46 %, тяжесть депрессии соответствовал субклинически выраженной, уровень стресса средний. Среди слесарей по ремонту подвижного состава тревожно-депрессивные состояния выявлены у 20 %, тяжесть депрессии соответствовала субклинически выраженной, уровень стресса низкий.

Выводы: полученные данные позволяют констатировать, что тревожно-депрессивные расстройства наиболее распространены у работников локомотивных бригад и имеют более высокую степень выраженности, что, несомненно, связано с нахождением данной профессиональной группы в напряженных условиях трудовой деятельности, высокой степенью ответственности и опасности при движении поездов. Все это предъявляет высокие требования к проведению психологической реабилитации пациентов данной группы.

0766 КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Суркова Е.А., Щукин Ю.В., Вачев А.Н.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава", Самара, Россия

В ряде исследований была продемонстрирована высокая частота сочетанного атеросклеротического поражения каротидного и коронарного бассейнов. Кроме того, имеются данные о бессимптомном течении ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с церебральным атеросклерозом. Поэтому можно предполагать целесообразность более агрессивной тактики выявления, первичной и вторичной профилактики ИБС у данной категории больных.

Цель. Оценить распространенность и выраженность атеросклеротического поражения коронарных артерий, а также особенности клинической картины ишемической болезни сердца у пациентов с гемодинамически значимым каротидным атеросклерозом.

Методы исследования. В исследование были включены 86 больных со стенозами общей или внутренней сонной артерии 70 % и более, которым выполнялась операция каротидной эндартерэктомии (КЭ). Средний возраст больных составил 62±7 лет. 20 пациентов (23 %) перенесли инфаркт миокарда, 38 пациентов описывали историю типичных ангинозных приступов, что соответствовало стабильной стенокардии напряжения 1-2 ф.кл. у 28 больных (33 %) и 3 ф.кл. у 10 (12 %). Помимо стандартного обследования, всем пациентам выполнялась коронарная ангиография. Во время госпитализации больные получали терапию, включающую назначение статинов и бета-блокаторов до достижения целевой частоты сердечных сокращений в покое 55-60 в минуту.

Полученные результаты. Гемодинамически значимое одно-, двух-, трехсосудистое поражение и стеноз ствола левой коронарной артерии были выявлены у 11 (13 %), 18 (21 %), 31 (36 %) и 10 (12 %) пациентов соответственно. Значимого атеросклеротического поражения коронарных артерий не было лишь у 16 больных (18 %). При этом, только у половины пациентов имелись клинические проявления ИБС. В периоперационном периоде инфаркт миокарда развился у 1 пациента (с двухсосудистым поражением в бассейне передней межжелудочковой артерии, стенозированной на 70 %), у 2 больных — преходящие явления ишемии миокарда.

Выводы. 1. Рутинное выполнение коронарографии у пациентов с гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением сонных артерий позволяет выявить больных со значимыми стенозами коронарных артерий (82 %), в том числе, требующих хирургической реваскуляризации миокарда (48 %). 2. К особенностям течения ИБС у больных с каротидным атеросклерозам следует отнести отсутствие типичной клиники стенокардии у большинства пациентов, в том числе, с трехсосудистым поражением и/или стенозом ствола левой коронарной артерии. 3. Степень стеноза коронарных артерий не является определяющим фактором в прогнозировании риска развития кардиальных осложнений при выполнении операции КЭ у больных, принимающих статины и бета-блокаторы в периоперационном периоде.

0767 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ВЕССЕЛ ДУЭ Ф®.

Суханов С. Г., Таубер О. Н.
Пермский Институт сердца, филиал НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Пермь, Россия

Цель: оценить состояние основных параметров гемостаза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) до операции коронарного шунтирования (КШ) и на этапе амбулаторной реабилитации в процессе лечения препаратом Вессел Дуэ Ф®.

Материал и методы. В исследование вошли 75 больных ИБС, перенесших операции КШ с использованием искусственного кровообращения в возрасте от 36 до 70 лет (56,8±0,6 лет). Сравнительный анализ основных параметров гемостаза у больных ИБС до операций КШ и через 3 месяца в послеоперационном периоде проведен в двух группах наблюдения: группе А — на фоне стандартной терапии — дезагреганты, ß-блокаторы, статины, препараты ИАПФ и группе В — стандартная терапия в сочетании с препаратом Вессел Дуэ Ф®. Группы наблюдения не имели статистически значимых различий исходных показателей гемостаза. Коагуляционные тесты выполняли на коагулометре "LCL 700" с использованием наборов фирмы "Технология-Стандарт" (Россия).

Результаты. Показатель АДФ-индуцированной активации тромбоцитов в группе А составлял до операции — 15,2±3,1 сек., через 3 месяца — 14,9±4,1 сек. (критерий Вилкоксона — Z_{1-2}=0,29; p_{1-2}=0,77); в группе В — 15,0±2,5 сек. и 14,2±3,4 сек., соответственно (Z_{3-4}=1,31; p_{3-4}=0,19). Статистически значимых различий по количеству тромбоцитов в группах наблюдения до и после операции КШ не установлено. Снижение РФМК с 4,7±1,4 мг/дл до 3,9±0,8 мг/дл (Z_{3-4}=2,54; p_{3-4}=0,02) на фоне лечения препаратом Вессел Дуэ Ф® в сочетании со стандартной терапией через 3 месяца после операций КШ (группа В) и не установлено статистически значимых различий показателей больных ИБС, находящихся только на стандартной терапии (4,5±1,2 мг/дл & 4,3±2,8 мг/дл; Z_{1-2}=0,25; p_{1-2}=0,80). Показатели АПТВ в группе А исходно составили 35,2±5,7 сек., через 3 месяца отмечено укорочение до 29,8±5,0 сек. (Z_{1-2}=5,27; p_{1-2}=0,00002), а в группе В показатель АПТВ уменьшился с 34,8±5,2 сек. до 29,8±3,4 сек. (Z_{3-4}=4,31; p_{3-4}=0,00002), при этом статистически значимых различий показателей с использованием U-критерия Манна-Уитни между группами не отмечено (для исходных значений АПТВ — Z_{1-3}=0,52; p_{1-3}=0,60; через 3 месяца после операций КШ — Z_{2-4}=0,65; p_{2-4}=0,51).

В процессе 3-месячной терапии в обеих группах наблюдения не выявлено статистически значимых различий показателей свертывающей активности по внешнему пути — по тестам ПТВ ТВ, сохранялась гиперфибриногенемия, сниженная активность XIIa-калликреин-зависимого фибринолиза.

Выводы. Высокая агрегационная активность тромбоцитов, гиперкоагуляция и гиперфибриногенемия, депрессия Хагеман-зависимого фибринолиза выявлены у больных ИБС после реваскуляризации миокарда в ближайшем послеоперационном периоде в обеих группах наблюдения. Позитивные изменения отмечены в тромбоцитарном звене гемостаза у больных ИБС, перенесших операции КШ, в процессе 12-недельного курса стандартной терапии с включением препарата Вессел Дуэ Ф®.

0768 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ВЕССЕЛ ДУЭ Ф® НА ДИНАМИКУ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Суханов С. Г., Таубер О. Н.
Пермский Институт сердца, филиал НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Пермь, Россия

Цель: оценить динамику гипергомоцистеинемии (ГГЦ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после операций коронарного шунтирования (КШ) в процессе лечения препаратом Вессел Дуэ Ф® на этапе амбулаторной реабилитации.

Материал и методы. В исследование вошли больные ИБС (n=91), перенесшие операции КШ с использованием искусственного кровообращения в возрасте от 36 до 70 лет (56,4±0,5 лет). Сравнительный анализ основных параметров гемостаза у больных ИБС до операций КШ и через 3 месяца в послеоперационном периоде проведен в двух группах наблюдения: группе А — на фоне стандартной терапии — дезагреганты, ß-блокаторы, статины, препараты ИАПФ и группе В — стандартная терапия в сочетании с препаратом Вессел Дуэ Ф®. Уровни гомоцистеина определяли набором ИХЛА,, DPS" (США).

Результаты. Динамика концентрации гомоцистеина представлена достоверным снижением с 16,1±6,6 мкмоль/л до 14,6±5,7 мкмоль/л (n=40; критерий Вилкоксона — Z_{3-4}=2,11; p_{3-4}=0,03) в процессе 12-недельной стандартной терапии в сочетании с препаратом Вессел Дуэ Ф® (группа В) в сравнении с группой больных ИБС без включения препарата Вессел Дуэ Ф® в схему послеоперационной медикаментозной поддержки, у которых не отмечено статистически значимых изменений этого показателя (группа А: 16,7±6,2 мкмоль/л & 15,4±4,7 мкмоль/л; n=51; Z_{1-2}= 1,31; p_{1-2}=0,19).

В ближайшем послеоперационном периоде легкая степень ГГЦ отмечена у 11 (22 %) больных группы А (до операции — 33 %) и умеренная ГГЦ — у 24 (47 %) больных (до операции — 51 %). По структуре ГГЦ пациенты группы В, принимавшие стандартную терапию в сочетании с препаратом Вессел Дуэ Ф® достоверно не различались по степени тяжести ГГЦ (критерий МакНемара — p>0,05): ГГЦ легкой степени тяжести выявлена у 4 (10 % от обследованных в группе В), умеренная степень ГГЦ у 17 (43 %) больных ИБС. Тяжелая степень ГГЦ у пациентов обеих группах наблюдения не установлена. Показатели гомоцистеина в диапазоне нормальных значений до 12 мкмоль/л наблюдались в 16 (31 %) случаях больных группы А и чаще группы В — в 19 (48 %) случаях (критерий МакНемара — p=0,04).

Выводы. В процессе стандартной медикаментозной терапии (дезагреганты, ß-блокаторы, статины, ИАПФ) в сочетании с препаратом Вессел Дуэ Ф® у больных ИБС после реваскуляризации миокарда на этапе амбулаторной реабилитации отмечено снижение уровней гомоцистеина, при этом не выявлено позитивного влияния на структуру гипергомоцистеинемии в послеоперационном периоде.

0769 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА

Тавлуева Е.В., Усольцева Е.Н., Барбараш О.Л.
Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

Цель. Оценить прогностическую значимость и гендерные различия в концентрации мозгового натрийуретического пептида (proBNP) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Методы исследования. В исследование включено 177 пациентов; из них 136 (76,8 %) мужчин и 41 (23,2 %) женщины. Средний возраст женщин составил 61,3±7,5 года; у мужчин — 57,3±8,8 года (p=0,0013). Концентрацию proBNP в плазме оценивали на 10-14 дни ИМ (твердофазным методом иммунно-ферментного анализа). Также в исследовании оценивался комбинированный неблагоприятный прогноз (ККТ), к которому были отнесены возникшие в течение 12 месяцев от ИМ случаи повторного ИМ, инсульта, госпитализации в связи с нестабильной стенокардией или прогрессированием сердечной недостаточности, смерть. При оценке уровня proBNP мужчин и женщин каждая группа была рассмотрена в целом и в последующем разделена в зависимости от возраста (до 66 и 66 лет и более).

Полученные результаты. В настоящем исследовании достоверных различий уровня proBNP у мужчин и женщин выявлено не было. Однако при распределении пациентов по возрастным группам, в возрасте 66 лет и старше уровень proBNP оказался достоверно выше и у мужчин, и у женщин, чем у пациентов в возрастной группе до 66 лет. Так показатели proBNP у женщин составили в возрасте 66 лет и старше 84,17±71,35 fmol/l, в то время как в возрастной группе до 66 лет 50,14±34,68 fmol/l (p=0,0477), у мужчин 65,84±38,36 fmol/l и 100,94±55,71 fmol/l, соответственно (p=0,0004). Разделив пациентов в зависимости от ККТ, оказалось, что только у мужчин с неблагоприятным прогнозом уровень proBNP достоверно выше и составляет 101,63±66,82 fmol/l, по сравнению с мужчинами с благоприятным прогнозом 66,47±37,51 fmol/l (p=0,0079). Проведя сравнительный анализ взаимосвязи между концентрацией proBNP и баллом по шкале TIMI, которая считается общепринятой для определения тяжести клинического течения ИМ, была выявлена положительная корреляционная связь между признаками у мужчин (r=0,29; p=0,0004). Подобная взаимосвязь была выявлена у мужчин между уровнем proBNP и степенью выраженности острой сердечной недостаточности при ИМ по шкале Killip (r=0,20; p=0,0171). Аналогичная взаимосвязь была выявлена у мужчин между уровнем proBNP и уровнем тропонина-Т (r=0,17; p=0,0471). Кроме того, была выявлена обратная корреляционная связь с показателем фракции выброса левого желудочка при ИМ (r=-0,44; p=0,0074). У женщин подобных взаимосвязей выявлено не было.

Выводы. Повышенный уровень proBNP на 10-14 сутки инфаркта миокарда является предвестником неблагоприятного прогноза течения заболевания при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST у мужчин.

0770 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК РАЗНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АЭРОБНОЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Таминова И.Ф.[1], Гарганеева Н.П.[2], Ворожцова И.Н.[3]
МУ Врачебно-физкультурный диспансер[1], Нижневартовск, Россия; ГОУ ВПО "Сибирский государственный медицинский университет Росздрава"[2], Томск, Россия; НИИ кардиологии СО РАМН[3], Томск, Россия

Цель. Изучить особенности внутрисердечной гемодинамики, аэробной производительности у спортсменов с разной направленностью тренировочного процесса.

Материал и методы. Обследовано 110 спортсменов (все мужчины, средний возраст 21,9±0,5 года), имеющих спортивную квалификацию от первого взрослого разряда до мастера спорта международного класса. Спортсмены разделены на группы в соответствии со спецификой вида спорта. Группа I (n=25), тренирующая на "выносливость" (лыжные гонки, биатлон). Группа II (n=30), развивающая скоростно-силовые качества (борьба). Группа III (n=30) — "сила" (пауэрлифтинг). Группа IV (n=25) — игровые виды спорта (волейбол).

Функциональные методы диагностики сердечно-сосудистой системы (ССС) включали: эхокардиографию (ЭхоКГ), велоэргометрию (ВЭМ), тетраполярную грудную реографию (ТГР).

Результаты. В соответствии с протоколом ЭхоКГ исследования показатели внутрисердечной гемодинамики у спортсменов во всех группах были в пределах нормальных значений. Однако у атлетов II и III групп, специализирующихся в видах спорта на развитие скоростно-силовых и силовых качеств, отмечено увеличение параметров (КДО 124,8±18,1 мл; КСО 42,03±9,5 мл; УО 85,46±14,8 мл; ТЗСЛЖ 0,91±0,10 см; ЛЖ 5,1±0,32 см) по сравнению с группой спортсменов, тренирующихся на "выносливость" (КДО 122,08±17,5 мл; КСО 41,3±10,2 мл; УО 79,8±12,0 мл; ТЗСЛЖ 0,89±0,09 см; ЛЖ 5,03±0,31 см). У спортсменов IV группы, занимающихся волейболом, выявлены наиболее высокие показатели структурных и гемодинамических параметров сердца (КДО 138,5±14,4 мл; КСО 45,7±10,7 мл; УО 90,2±12,7 мл; ТЗСЛЖ 0,96±0,09 см; ЛЖ 5,3±0,22 см) в сравнении с показателями других групп ($p<0,05$). Распределение спортсменов по типам гемодинамики показало, что наибольшее число среди обследуемых было с гиперкинетическим типом (51,8 %), из них в I группе — 4,5 %, во II — 20 %, в III — 18,2,% и IV группе — 9,1 %. Эукинетический тип выявлен в 34,5 % случаях, при этом у спортсменов I группы в 12,7 %, во II — 6,3 %, в III — 6,4 % и IV группе — 9,1 %. Спортсмены с гипокинетическим типом кровообращения составили 12,7 % случаев, из них в I группе — 5,4 %, во II — 0,9 %, в III — 1,8 %, в IV — 4,6 %. При проведении ВЭМ пробы наиболее высокие показатели аэробной производительности по данным максимального потребления кислорода (МПК) наблюдались в I группе (64,96 мл/мин/кг), указывающие на эффективность работы ССС у спортсменов в сравнении со II, III, IV группами, где отмечено достоверное снижение аналогичного показателя (46,65 мл/мин/кг; 40,21 мл/мин/кг; 44,40 мл/мин/кг соответственно; $p<0,05$).

Выводы. Наиболее высокий уровень функциональных резервов гемодинамики обнаружен у спортсменов, развивающих выносливость (лыжные гонки, биатлон), в отличие от спортсменов, занимающихся ациклическими видами спорта (борьба, пауэрлифтинг, волейбол). Изучения показателей кардиогемодинамики, аэробной производительности у спортсменов в зависимости от специфики видов спорта позволяет оценить текущее функциональное состояние, адаптационный потенциал сердечно — сосудистой системы на этапах подготовки к соревнованиям.

0771 СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ИНСУЛИНА, ЖИРНЫХ КИСЛОТ И АДИПОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ

Танянский Д.А., Фирова Э.М., Денисенко А.Д.
НИИ Экспериментальной Медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить роль инсулинорезистентности, изменения продукции неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК) и адипокинов в развитии гипертриглицеридемии (ГТГ) на различных этапах.

Материалы и методы. По содержанию в крови триглицеридов (ТГ) были отобраны 4 группы пациентов: с нормолипидемией (<130 мг/дл, 16 мужчин и 24 женщины), с пограничной ГТГ (130-199 мг/дл, 19 мужчин и 26 женщин), с умеренной ГТГ (200-349 мг/дл, 21 мужчина и 26 женщин) и выраженной ГТГ (≥350 мг/дл, 12 мужчин и 14 женщин). Возраст пациентов составил 57,5±9,2 года и в группах существенно не отличался. У всех обследуемых была выявлена артериальная гипертензия и различные формы ИБС, у 36 пациентов — сахарный диабет 2 типа. Лица, принимавшие инсулин и гиполипидемические препараты, а также больные с холестазом и гиперфункцией щитовидной железы были исключены из анализа. Определение в крови содержания глюкозы и показателей липидного спектра проводили с помощью стандартных энзиматических наборов. Концентрации инсулина, лептина и адипонектина определяли с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты. Выяснилось, что уже на ранних этапах развития ГТГ (пациенты с пограничным повышением ТГ) наблюдается значительное увеличение индекса массы тела (ИМТ), индекса инсулинорезистентности HOMA и концентрации лептина. Данные изменения характерны и для групп с более высокими значениями ТГ, хотя более сильного нарастания ИМТ и лептинемии по сравнению с пациентами с пограничной ГТГ не выявилось. В то же время, пациенты с умеренной и выраженной ГТГ характеризовались снижением содержания адипонектина и повышением уровня глюкозы. Кроме того, у пациентов с выраженной ГТГ выявилось повышение концентрации НЭЖК. Согласно регрессионному анализу, где в качестве независимых переменных выступали пол, возраст, ИМТ, содержание глюкозы, инсулина, НЭЖК, холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), лептина и адипонектина, единственным фактором, связанным с пограничной ГТГ, являлся ИМТ ($\beta=0,59$; $p<0,0001$). При включении в анализ также пациентов с умеренной ГТГ выяснилось, что концентрация ТГ, помимо ИМТ ($\beta=0,47$; $p<0,0001$), определялась содержанием ХС ЛВП ($\beta=-0,21$; $p<0,01$) и адипонектина ($\beta=-0,2$; $p<0,05$). В то же время, среди всех обследованных пациентов уровень ТГ определялся значением ИМТ ($\beta=0,38$; $p<0,0001$), концентрациями глюкозы ($\beta=0,2$; $p<0,01$) и НЭЖК ($\beta=0,2$; $p<0,01$).

Заключение. Таким образом, ведущим фактором формирования ГТГ, вне зависимости от выраженности данного нарушения, является ожирение. Механизмы, посредством которых ожирение способствует развитию пограничной ГТГ, остаются неясными. В то же время, полученные данные позволяют предположить, что при умеренном повышении концентрации ТГ в крови важную роль оказывает прямое действие адипонектина (по-видимому, на образование ТГ в гепатоцитах), а развитие более тяжелой ГТГ обусловлено возрастающей инсулинорезистентностью и нарушением обмена жирных кислот.

0772 ИНТЕРЛЕЙКИН-1β КАК ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ МАРКЁР ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Тарасов А.А., Безбородова Т.А.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Проведенные в течение последнего десятилетия экспериментальные исследования показали, что атеросклероз и диабетическая макроангиопатия имеют общие патогенетические черты.

Цель. Исследовать профиль одного из основных провоспалительных цитокинов — интерлейкина-1β (ИЛ-1β) — в крови больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, осложненным ангиопатиями, без клинических и инструментальных проявлений ишемической болезни сердца (ИБС), и у больных клинически выраженной ИБС, протекающей на фоне СД.

Методы исследования. Обследовано 43 больных СД, осложненным ангиопатиями, не имеющих клинических и инструментальных проявлений ИБС, и 31 больной клинически выраженной ИБС, протекающей на фоне СД. Диагностика и обследование больных с СД проводилось в соответствии с национальными стандартами диагностики и лечения СД. Диагностика основных клинических форм ИБС выполнялась в соответствии с рекомендациями ВНОК. У больных в вышеуказанных группах изучали содержание ИЛ-1β в сыворотках крови методом твердофазного ИФА (диагностические наборы "Вектор-БЕСТ") на спектрофотометре "Униплан". Полученные результаты подвергали статистическому анализу с использованием пакета SPSS 10.0. Для определения статистической значимости различий непрерывных величин, в зависимости от параметров распределения, использовали t-критерий Стьюдента или U-критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. В 1-й группе (СД без ИБС) медиана содержания ИЛ-1β в сыворотке крови составила 203 пг/мл, интерквартильный размах — от 146 до 241 пг/мл, во второй группе (ИБС на фоне СД) — 220 пг/мл (125; 250 пг/мл), различия не носили достоверного характера (p=0,317). В первой группе значения, превышающие верхнюю границу нормальных значений содержания ИЛ-1 β в сыворотке крови (50 пг/мл по Демьянову А.В. с соавт., 2003), отмечены в 93,0 % случаев, во второй группе — в 83,9 % случаев (p=0,213).

Выводы. Наличие СД, осложненного ангиопатиями, сопровождается выраженным нарастанием уровня ИЛ-1β в сыворотке крови. Повышенный уровень данного цитокина отмечается у подавляющего большинства больных СД вне зависимости от наличия, либо отсутствия у них клинико-инструментальных признаков ИБС. Повышение уровня ИЛ-1β отражает участие воспалительного компонента в поражении сосудистой стенки при СД.

0773 ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Тарасов А.А., Безбородова Т.А.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

В проведенных ранее исследованиях показано, что интерлейкин-6 (ИЛ-6) и фактор некроза опухоли-α (ФНО-α) являются одними из основных цитокинов, участвующих в развитии системного воспаления при атеросклерозе и сахарном диабете (СД).

Цель. Исследовать уровни провоспалительных цитокинов — ИЛ-6 и ФНО-α — в крови больных СД 2 типа, осложненным ангиопатиями, без клинических и инструментальных проявлений ишемической болезни сердца (ИБС), и у больных клинически выраженной ИБС, протекающей на фоне СД 2 типа.

Методы исследования. Обследовано 43 больных СД, осложненным ангиопатиями, не имеющих клинических и инструментальных проявлений ИБС, и 31 больной клинически выраженной ИБС, протекающей на фоне СД. Диагностика и обследование больных с СД проводилось в соответствии с национальными стандартами диагностики и лечения СД. Диагностика основных клинических форм ИБС выполнялась в соответствии с рекомендациями ВНОК. У больных в вышеуказанных группах изучали содержание ИЛ-6 и ФНО-α в сыворотках крови методом твердофазного ИФА (диагностические наборы “Вектор-БЕСТ”) на спектрофотометре “Униплан”. Полученные результаты подвергали статистическому анализу с использованием пакета SPSS 10.0. Для определения статистической значимости различий непрерывных величин, в зависимости от параметров распределения, использовали t-критерий Стьюдента или U-критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты. В 1-й группе (СД без ИБС) медиана содержания ИЛ-6 в сыворотке крови составила 44,0 пг/мл, интерквартильный размах — от 20,5 до 82,0 пг/мл, во второй группе (ИБС на фоне СД) — 38,0 пг/мл (13,2; 65,5 пг/мл), различия не носили достоверного характера (p=0,726). Медиана содержания ФНО-α в сыворотке крови больных из 1-й группы составила 14,2 пг/мл, интерквартильный размах — от 8,2 до 66,0 пг/мл, во второй группе — 32,0 пг/мл (7,6; 109,5 пг/мл), различия также не носили достоверного характера (p=0,450). В первой группе значения, превышающие верхнюю границу нормы для ИЛ-6, отмечены в 55,8 % случаев, во второй группе — в 58,1 % случаев (p=0,845). Для ФНО-α значения, превышающие верхнюю границу нормы, в первой группе отмечены в 34,9 % случаев, во второй группе — в 45,2 % случаев (p=0,367).

Выводы. СД, осложненный ангиопатиями, в половине случаев сопровождается нарастанием уровней ИЛ-6 и ФНО-α в сыворотке крови. Повышенный уровень данных цитокинов отмечается вне зависимости от наличия, либо отсутствия у больных клинико-инструментальных признаков ИБС. Повышение уровня ИЛ-6 и ФНО-α отражает участие воспалительного компонента в патогенезе ангиопатий при СД.

0774 СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАНДАРТИЗОВАННЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ И ХАРАКТЕРИСТИК СИСТЕМ ВНИМАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Тарасова И.В., Трубникова О.А., Сырова И.Д., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

В настоящее время для объективной оценки состояния высших мозговых функций используют стандартизованные нейропсихологические шкалы. Однако чувствительность этих методов при легких и умеренных когнитивных расстройствах, которые часто сопровождают ишемическую болезнь сердца (ИБС) и снижают качество жизни пациентов, может оказаться недостаточной. В этом случае необходимо проведение углубленного нейропсихологического обследования, включающего дополнительные методы, исследующие функции внимания и памяти. В связи с этим целью данной работы явилось изучение особенностей психофизиологических систем, обеспечивающих реализацию механизмов селекции информации у пациентов с ИБС и сопоставление их с показателями стандартизованных нейропсихологических шкал.

Материалы и методы исследования. Обследовали 24 пациента с верифицированным диагнозом ИБС, мужчин, в возрасте 56±6,13 лет. Состояние когнитивных функций оценивали с помощью мини-теста оценки психического состояния (MMSE), батареи лобной дисфункции (FAB), теста рисования часов и теста на цифровую последовательность. Психоэмоциональное состояние пациентов с ИБС оценивали с помощью шкалы депрессии Бека и шкалы тревожности Спилбергера-Ханина. Функциональную организацию систем внимания исследовали с помощью теста ANT (Attentional Network Test), который оценивает эффективность трех нейрональных систем, относящихся к вниманию: бдительность, пространственную селекцию и фильтрацию информации. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью непараметрического корреляционного анализа Спирмена по программе Statistica 6.0.

Результаты исследованияэ Средний балл по шкале MMSE в исследуемой группе составил 25,7±1,63 балла, что формально соответствует умеренным когнитивным расстройствам. По шкале FAB средний показатель в группе был 16,7±0,95, тест рисования часов 9,7±0,46 балла. Средняя скорость выполнения теста на цифровую последовательность 57,0±7,43 сек. Пациенты характеризовались низким уровнем депрессии по шкале Бека — 2,5±1,44 балла, умеренной личностной — 42,0±5,11 балла и низкой ситуативной тревожностью 22,6±7,10 балла. Анализ корреляций между показателями нейропсихологических шкал и систем внимания показал, что высокая эффективность пространственной селекции информации была связана с большими показателями по шкале FAB и тесту рисования часов (r=-0,46; p=0,02 и r=-0,41; p=0,046 соответственно). Также обнаружены отрицательные корреляционные связи между временем реакции (ВР) на нейтральные, совпадающие и конфликтные стимулы при выполнении теста ANT и показателем FAB (r=-0,51; p=0,01, r=-0,47; p=0,02 и r=-0,51; p=0,01 соответственно). Тогда как средняя скорость выполнения теста на цифровую последовательность была положительно связана с ВР на конфликтные стимулы (r=0,44; p=0,03).

Заключение. Таким образом, результаты теста ANT сопоставимы с результатами стандартизованных нейропсихологических шкал и обеспечивают дополнительную информацию об особенностях селективных процессов у пациентов с ИБС.

0775 ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОМИОКАРДИАЛЬНОЙ БИОПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ

Татарский Р.Б., Митрофанова Л.Б., Гуреев С.В., Лебедев Д.С.
ФГУ "ФЦСКиЭ им. В.А. Алмазова", Санкт-Петербург, Россия

На сегодняшний день считается, что существует большая доля пациентов с идиопатическими желудочковыми аритмиями. Тем не менее, представляется, что даже высокотехнологичные методы исследования, в полной мере, не могут отразить структурные изменения миокарда, и как следствие модифицирование его электрофизиологических свойств, что является причиной возникновения желудочковых аритмий.

Цель работы. Определить наличие структурных изменений сердца с использованием эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ) у пациентов с диагнозом идиопатической желудочковой тахиаритмии.

Материалы и методы: радиочастотной катетерной абляции и ЭМБ подверглись 57 пациентов с установленным диагнозом идиопатическая желудочковая тахиаритмия. Выполнение ЭМБ существенно не увеличивает риск, лучевую нагрузку и длительность интервенционного вмешательства. ЭМБ выполнялась с использованием различных видов биотомов, и достаточным считалось получение 4-7 кусочков-биоптатов.

Результаты. По данным ЭМБ были получены следующие данные: хронический миокардит — 11, миокардитический кардиосклероз — 8 пациентов; активный миокардит — 7 пациентов; аритмогенная дисплазия правого желудочка — 13 пациентов; липома — 2; алкогольная кардиомиопатия — 1; ГКМП — 6; амилоидоз — 2; гипертрофия и белковая дистрофия — 6;. Ни в одном случае, предварительные неинвазивные методики исследования не позволили заподозрить данные патологии. Общая эффективность устранения ЖТА с использованием катетерной аблации на протяжении всего периода наблюдений (до 10 лет) составила 85 %. Сердечно-сосудистых происшествий, ассоциированных с ЭМБ, не возникло ни в одном случае.

Заключение. Применение ЭМБ открывает новые горизонты в улучшении качеств диагностики, определении патогенетических основ и оценке дальнейших прогнозов у пациентов с ЖТА, что делает медикаментозный подход менее эмпиричным, а катетерную аблацию более предсказуемой. Тем не менее, необходимо большое количество исследований для обобщения данных и определения единой стратегической тактики у пациентов с такой аритмической патологией.

0776 КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ КАРТО

Татарский Р.Б., Лебедев Д.С.
ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова", Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить эффективность, безопасность и сравнение применения электроанатомической системы картирования в устранении различных видов нарушений ритма сердца у пациентов детского возраста.

Материалы и методы: в период с 2006 по 2009 года эндокардиальное ЭФИ и катетерная аблация в условиях навигационного картирования выполнены 87 больным. В 32 случаях пациенты страдали предсерными тахиаритмиями, в том числе инцизионными тахикардиями. В остальных случаях интервенционное вмешательство было фокусировано на желудочковых нарушениях ритма. Показанием к операции являлась пароксизмальные или непрерывно-рецидивирующие тахиаритмии, сопровождающаиеся явлениями сердечной недостаточности и толерантные к антиаритмической терапии.

Результаты. Эффективность устранения предсердных тахикардии составила 100 %, Предсердные экстрасистолии — из шести пациентов неуспех аблации у одного ребенка, в связи с различным интервалом сцепления, колеблющейся длиной цикла при залповой экстрасистолии.

В случае желудочковых тахиаритмий у одного ребенка радиочастотная аблация оказалась неэффективной, несмотря на четкую электроанатомическую локализацию очага экстрасистолии, также подтвержденную стимуляционным картированием, вероятно эпикардиальное расположение очага. В другом случае, локализация эктопического очага определялась в области пучка Гиса (парагисиальная позиция), радиочастотное воздействие не проводилось из-за высокого риска развития полной атриовентрикулярной блокады.

Выводы. При наличии желудочковых тахиаритмиях из выходных трактов правого и левого желудочков электроанатомический подход не несет преимуществ над эффективностью конвекционной методикой. Но использование нефлюроскопической системы картирования значительно сокращает время рентгеновского излучения и дозу радиации, что особенно, важно при проведении катетерной аблации у детей. Разумеется, основная сфера применения электроанатомического картирования — аблация сложных нарушений ритма. Применение электроанатомической системы безопасно и эффективно у детей.

0777 ВОЗМОЖНОСТИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ КАРДИАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Морозова О.И., Мордовина А.Г., Соловьева К.В, Карпина Н.Ю.
ГОУ ДПО "ПИУВ Росздрава", ФГУЗ "МСЧ-59 ФМБА России", Пенза, Россия

В условиях экономических преобразований в России качество кардиологической помощи населению и мониторинг состояния зависит от объективизации прогноза течения заболевания, без чего немыслимо адекватное индивидуальное планирование лечебной тактики.

Цель работы — комплексный анализ клинических и электрофизиологических показателей для ранней диагностики предикторов неблагоприятного прогноза у больных ИБС и совершенствование методических подходов при формировании группы высокого риска.

Материал и методы: 200 больных ИБС, средний возраст — 57,9±8,3 лет. Длительность наблюдения — 5 лет. Комплекс обследования: электрокардиография в 12 отведениях, велоэргометрия (ВЭМ), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), временной и спектральный анализ вариабельности ритма сердца (ВРС), дисперсия интервала Q-T (QTd).

Результаты и обсуждение. Факторами высокого риска считали: суточную продолжительность ишемии миокарда более 60 мин при максимальной глубине депрессии ST сегмента более 3мм, частоте сердечных сокращений в начале эпизодов ишемии миокарда менее 100 уд/мин, желудочковую экстрасистолию высоких градаций и на фоне транзиторных эпизодов ишемии, наличие эпизодов безболевой ишемии миокарда продолжительностью более 20 мин за сутки, наличие ППЖ, SDNN менее 21 мм при отрицательной реакции показателей ВРС на физическую нагрузку, QTd более 65 мс, увеличении конечного диастолического размера более 6,5 см, наличие зон гипо-акинезии при фракции выброса менее 40 %. Для решения задач анализа и прогнозирования электронные таблицы, созданные в MS Excel, интегрировались с системами компьютерной математики классов Maple, MATLAB и MathGAD. Полученные данные на этапах компьютерной системы прогнозирования с учетом выделения факторов неблагоприятного прогноза позволили сформировать математические вектора следующих вариантов возможного течения коронарной болезни сердца: вектор коронарной смерти, вектор повторного инфаркта миокарда, вектор стабильного течения. Математическое ожидание вектора стабильного течения ИБС составляет 0,35, при дисперсии 0,01. В случае прогнозирования повторного инфаркта миокарда

математическое ожидания данного вектора состояния приближается к значению — 0,49 при дисперсии 0,02. Риск коронарной смерти будет высок в случае получения во время компьютерного прогнозирования значения математического ожидания 0,72, дисперсия — 0,02. При комплексном анализе указанных факторов чувствительность — 87 %, специфичность — 81 %, предсказующая ценность положительного результата — 74 %, предсказующая ценность отрицательного результата — 97 %. Летальность в группе высокого риска — 82 % за период наблюдения 3 года (1 год -41 %, 2 год — 29,5 %, 3 год — 11,5 %).

Таким образом, для идентификации группы высокого риска у больных ИБС необходима стратификация предикторов неблагоприятного прогноза. Системный анализ получаемых данных способствует своевременному формированию группы больных с неблагоприятным клиническим прогнозом.

0778 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, СТЕНОЗИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Темирсултанова Т.Х., Иваненко В.В., Лопатин Ю.М.
ГУЗ "Волгоградский областной клинический кардиологический центр". Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Целью исследования явилось изучение показателей центрального аортального давления у пациентов с ИБС, перенесенным инфарктом миокарда, с различной степенью поражения коронарных артерий и нарушением эндотелиальной функции.

В исследование были включены 30 мужчин, средний возраст составил 55,7±1,6 лет, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 47,1±2,1 % (30-63 %), в анамнезе от 1 до 3 инфарктов миокарда.

Систолическая и диастолическая функция ЛЖ оценивалась на аппарате ACUSON 128XP10. Селективная коронарография (КАГ) выполнялась на установке "BICOR-TOP" ("SIEMENS"). Производили балльную оценку степени стеноза коронарных артерий (от 1 до 5), вычисляли коронарный индекс (КИ) — учитывающий качественные и количественные особенности коронарного русла. Параметры центрального аортального давления рассчитывали с применением метода аппланационной тонометрии, на аппарате "SphygmoCor" ("AtCor"). Также, проводилась оценка эндотелиальной функции с помощью пробы с реактивной гиперемией по результатам изменения СПВ на лучевой артерии (аппарат "COMPLIOR 2"). При проведении КАГ выявлено значимое поражение КА в 1-8 сегментах (в среднем 3,1±0,3), степень поражения составила в среднем 7,6±0,8 баллов, КИ 16,6±1,7. При этом ФВЛЖ>40 % отмечена у 60 % пациентов. Псевдонормализация диастолической функции выявлена у 46,7 % пациентов (E/A в среднем 1,2±0,1). При оценке эндотелиальной функции: нормальная функция эндотелия, снижение эндотелиальной функции и вазоконстрикторная реакция (по 10 пациентов). Изменение СПВ при проведении пробы составило 4,8 [-2,0; 14,4]%. По данным аппланационной тонометрии: АД в аорте — САД 111,4±2,7, ДАД 77,1±1,7, ПАД 43,9±1,5 мм рт.ст.; АР 9,2±1,2 мм рт.ст., Alx 28 [16; 33,8]%, Alx@HR75 20,5 [8,5; 27,8]%, Tr 145,7±2,7 мсек, ED 315,3±4,7 мсек, SEVR 184,4± 6,5 %. СПВ в аорте 11,0±0,4 м/сек.

Установлено, что уменьшение времени прохождения отраженной волны по аорте (Tr) сопровождалось увеличением Alx (r= -0,44, p<0,05) и Alx@HR75 (r= -0,48, p<0,05). Достоверна взаимосвязь нарушения эндотелиальной функции (до вазоконстрикции) с увеличением АР и Alx (r=0,40 и 0,36, при p<0,05). В тоже время, неоднозначна взаимосвязь аугментации давления с поражением коронарных артерий (корреляция АР, Alx, Alx@HR75 с количеством стенозированных КА (r=-0,47, -0,50, -0,55, p<0,01) и КИ (r=-0,36, -0,41, -0,36, p<0,05).

Таким образом, выявленные корреляционные взаимосвязи отражают важную прогностическую роль показателей центрального аортального давления у пациентов с ИБС, гемодинамически значимыми поражениями коронарных артерий, нарушением эндотелиальной функции сосудов.

0779 ИЗУЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ СТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Темирсултанова Т.Х., Иваненко В.В., Лопатин Ю.М.
ГУЗ "Волгоградский областной клинический кардиологический центр", Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Целью исследования явилось изучение параметров центрального аортального давления у пациентов с ХСН на фоне ИБС, с различной степенью поражения коронарных артерий.

В исследование были включены 52 мужчин. Средний возраст составил 55,1±1,1 лет, систолическое АД (САД) на плечевой артерии 124,9±2,3 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) на плечевой артерии 77,7±1,3 мм рт.ст., индекс массы тела (ИМТ) 27,7±0,6 кг/м^2. Все пациенты ранее перенесли от 1 до 3 инфарктов миокарда. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в среднем составила 48,3±1,7 %, ФК ХСН — 2,2±0,1 (ОССН).

Пациентам выполнялась эхокардиография на аппарате ACUSON 128XP10 (США); селективная коронарография (КАГ) на ангиографической установке фирмы "BICOR-TOP" ("SIEMENS", Германия); аппланационная тонометрия проводилась на аппарате "SphygmoCor" ("AtCor", Австралия).

При проведении КАГ выявлено значимое поражение коронарных артерий (КА) в 1-6 сегментах (в среднем 2,9±0,2), степень поражения составила в среднем 7,8±0,6 баллов, коронарный индекс (КИ) (показатель, учитывающий качественные и количественные особенности коронарного русла) — 13,9±1,2. При этом у 22 пациентов (42,3 %) отмечено снижение систолической функции ЛЖ (ФВ<45 %), у 30 пациентов (57,7 %) отмечались симптомы ХСН при сохраненной систолической функции ЛЖ. Псевдонормализация диастолической функции выявлена у 40,4 % пациентов (показатель E/A в среднем составил 1,2±0,1).

По данным аппланационной тонометрии: САД в аорте 115,9±2,2 мм рт.ст., ДАД в аорте 78,9±1,4 мм рт.ст., ПАД в аорте 36,8±1,4 мм рт.ст., АР 10,5 [6,8; 14] мм рт.ст., Alx 27,5 [19,8; 33,3], Alx75 20 [12,5; 27], Tr 144,3±1,9 мсек, ED 319,8±3,4 мсек, SEVR 187,0±4,4 %, СПВ в аорте 10,8±0,3 м/сек.

Установлено, что уменьшение времени прохождения отраженной волны по аорте (Tr) сопровождалось увеличением индекса и давления аугментации (Alx и Alx@HR75, r=-0,53 (p<0,05), АР (r=0,54, p<0,05), что способствовало увеличению постнагрузки на миокард, крайне нежелательному проявлению для пациентов с ХСН (в подгруппе пациентов с 1-2 стенозами КА уменьшение Tr наиболее выражено у пациентов с низкой ФВ ЛЖ (r=0,45, p<0,05).

Увеличение показателей аугментации (АР, Alx и Alx@ HR75) сопровождалось снижением сократимости ЛЖ (ФВ ЛЖ) (r=-0,62,-0,67,-0,68, p<0,01), а у пациентов с сохраненной систолической функцией ЛЖ наибольшая аугментация отмечена у пациентов с гипертрофическим типом диастолической дисфункции ЛЖ (E/A<1,0, при r= -0,64, -0,59, -0,58. при p<0,01).

Таким образом, выявленные корреляционные взаимосвязи отражают важную прогностическую значимость показателей центрального аортального давления у пациентов с ХСН

ишемической этиологии, гемодинамически значимым поражением коронарных артерий.

0780 ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДОДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ

Теплова Н.О., Боровкова Н.Ю., Боровков Н.Н.
ГОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить состояние суточного ритма артериального давления (АД) у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на додиализной стадии (1-3 стадия) в зависимости от усугубления хронической почечной недостаточности (ХПН).

Материалы и методы. В исследование включено 46 пациентов с хронической болезнью почек, причиной которой являлся хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, морфологически подтвержденный. Средний возраст пациентов составил 42,6±8,7 лет, длительность заболевания 12,2±8,1 года. Из числа обследованных 26 человек не имели признаков ХПН (1 стадия ХБП, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанная по формуле Кокрофта-Голта, составляла не менее 90 мл/мин). Также было обследовано 11 человек с нарушением функции почек с незначительным снижением СКФ (60-89 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта) — 2 стадия ХБП и 9 человек с умеренным снижением СКФ (30-59 мл/мин) — 3 стадия ХБП.

Больные были сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания и тяжести артериальной гипертензии.

Суточный ритм артериального давления (АД) оценивался с помощью суточного монитора артериального давления "BP Lab" (Петр Телегин, Россия). Оценивались показатели среднего артериального давления в дневные и ночные часы, степень снижения в ночные часы. Суточный индекс или степень снижения артериального давления ночью (СИ) рассчитывался по следующей формуле СИ=100 %*(АДд — АДн)/АДд, где АДд — среднее АД в период бодрствования, АДн — среднее АД в период сна. За норму принимали СИ систолического АД 10 — 20 % (диппперы).

Полученные результаты. У всей группы пациентов с ХБП отмечалось нарушение суточного ритма артериального давления, проявляющееся в изменении СИ. При этом обращало внимание усугубление нарушения суточного ритма при увеличении стадии ХБП. Если в группе лиц с сохранной функцией почек (1 стадия ХБП) отмечалось снижение СИ в пределах 0-10 % (нон-дипперы), то у пациентов с признаками ХПН отмечалось снижение СИ менее 0 (найтпикеры). В группе с незначительным снижением СКФ (2 стадия ХБП) СИ колебался в пределах от -2 % до 26 %, тогда как при умеренном снижении СКФ СИ равнялся -8 — -11 %. Таким образом, имела место обратная корреляционная зависимость снижения величины СИ с усугублением ХБП (с нарастанием признаков ХПН).

Выводы: у пациентов с хронической болезнью почек констатировано нарушение суточного ритма артериального давления, коррелирующее со стадией хронической болезни почек и с усугублением признаков хронической почечной недостаточности.

0781 АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Терешков П.П., Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Щербакова О.А.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить показатели антиоксидантного статуса крови у больных подагрой в зависимости от типа геометрии левого желудочка (ЛЖ).

Методы исследования: обследовано 80 больных подагрой, средний возраст которых составил 46 [44; 50] лет. Диагноз подагры удовлетворял Римским критериям. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование по стандартной методике на аппарате Logjc 400. Определялись следующие показатели: масса миокарда левого желудочка, индекс относительной толщины стенки левого желудочка. Учитывая их, у данной категории больных оценивали типы геометрии ЛЖ (Canau A et al., 1992). 1-ю группу составили больные с нормальной геометрией ЛЖ, 2-ю — с концентрическим ремоделированием ЛЖ, 3-ю — с концентрической гипертрофией ЛЖ, 4-ю — с эксцентрической гипертрофией ЛЖ.. Группа контроля состояла из 18 здоровых мужчин соответствующего возраста. Для оценки состояния антиоксидантного статуса изучали общую антиокислительную активность сыворотки крови, активность супероксиддисмутазы (СОД), активность глутатионпероксидазы (ГПО) и глутатионредуктазы (ГР) эритроцитов крови. Величину общей антиокислительной активности плазмы крови определяли по методу В.М. Промыслова и соавт. (1990) в модификации Б.С. Хышиктуева. Активность супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы эритроцитов крови определяли с помощью общепринятых методик (Карпищенко А.М., 1999).

Результаты: 12 (15 %) пациентов имели нормальную геометрию ЛЖ. У 10 (13 %) больных выявлено концентрическое ремоделирование ЛЖ. У 42 (52 %) отмечалась концентрическая гипертрофия ЛЖ и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ — у 16 (20 %) больных подагрой. Отмечено достоверное снижение общей антиокислительной активности у пациентов всех исследуемых групп на 56 %-58 % по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Однако состояние общей антиокислительной активности внутри групп не различалось между собой. Установлено достоверное снижение активности СОД у пациентов 1-й, 2-й, 3-й и 4-й групп на 19 %, 24 %, 38 % и 60 %, соответственно, по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Между тем активность СОД у больных 3-й группы была достоверно ниже по сравнению с 1-й на 23 % и 2-й — на 19 % ($p<0,05$). В 4-й группе зарегистрировано снижение активности СОД в 2 раза по сравнению с 1-й и 2-й группами и с 3-й — в 1,6 раза ($p<0,05$). Активность ГПО эритроцитов крови снижалась у больных подагрой 1-й, 2-й, 3-й и 4-й групп на 26 %, 45 %, 66 % и 72 %, соответственно, по сравнению с контролем ($p<0,05$). Достоверной разницы между активностью ГПО эритроцитов крови у всех больных подагрой не отмечалось. Активность ГР эритроцитов крови достоверно снижалась у пациентов всех исследуемых групп относительно здоровых, соответственно, на 46 %, 39 %, 58 % и 78 % ($p<0,05$). При этом отмечалось прогрессивное снижение активности ГР у пациентов 3-й и 4-й групп ($p<0,05$).

Выводы: у больных подагрой выявлено снижение активности антиоксидантных ферментов. Наибольшие изменения антиоксидантного статуса наблюдались у пациентов с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ.

0782 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Терещенко О.И., Коваленко Е.В., Ложкина М.В., Радзевич А.Э., Евдокимова А.Г.
МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучение эффективности применения блокатора If каналов синусового узла — ивабрадина в комплексной терапии больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы исследования: обследовано 32 мужчины и 8 женщин в возрасте от 46 до 71 года, средний возраст 56,3±4,2 лет, страдающих ИБС в сочетании с ХОБЛ среднетяжелой и тяжелой стадий с исходно повышенной частотой сердечных сокращений (ЧСС) 101±7,6 ударов в минуту.

Первую группу составили 20 больных, получавших ивабрадин (кораксан) в средней дозе 11,1±3,2 мг в сутки в допол-

нение к базисной терапии аспирином, статинами, ингибиторами АПФ, нитратами (по необходимости) и тиотропиума бромидом. Доза ивабрадина подбиралась индивидуально методом титрования до достижения целевой ЧСС. Вторую группу составили 20 пациентов, получавших базисное лечение без пульсурежающей терапии.

У пациентов обеих групп исходно и через 6 месяцев лечения оценивались: общеклинические показатели, результаты эхокардиографии, спирографии, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, толерантность к физической нагрузке в пробе с 6-минутной ходьбой, качество жизни с использованием Сиетловского опросника и опросника госпиталя Святого Георгия с оценкой показателей разделов: “Симптомы”, “Активность”, “Влияния”.

Результаты: исходно группы по основным изучаемым показателям статистически не отличались.

Через 6 месяцев терапии в первой группе наблюдения отмечалось статистически достоверное снижение ЧСС на 27 %. Уменьшился функциональный класс стенокардии в среднем на 1,1±0,2, снизились потребность в короткодействующих нитратах, число и продолжительность эпизодов ишемии миокарда на 56 %, 47,5 % и 49 % соответственно ($p<0,05$).

По данным эхокардиографии фракция выброса левого и правого желудочков к концу периода наблюдения у пациентов первой группы возросла на 5,6 % и 8,1 % соответственно ($p<0,05$).

Отмечалась тенденция к улучшению показателей спирографии: объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) возрос на 7,3 %, жизненная ёмкость легких (ЖЕЛ) увеличилась на 9,8 %.

Переносимость физической нагрузки в тесте с 6-минутной ходьбой достоверно улучшилась на 23,3 %.

Качество жизни пациентов первой группы наблюдения оцененное с помощью Сиетловского опросника и опросника госпиталя Святого Георгия также имело тенденцию к повышению.

Полученные в первой группе результаты достоверно отличались от динамики аналогичных показателей во второй группе.

Выводы: включение ивабрадина в состав комплексной терапии позволяет повысить эффективность лечения, улучшая клиническое состояние пациентов с кардиопульмональной патологией, их качество жизни, увеличивая толерантность к физической нагрузке.

0783 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ГЛЮТАТИОНТРАНСФЕРАЗ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Тилик Т.В., Невзорова В.А., Вахрушева С.Е., Панченко Е.А., Настрадин О.В., Тилик В.В.
ГОУ ВПО “Владивостокский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”, Владивосток, Россия

Цель работы — изучить распределение полиморфных вариантов генов, кодирующих глютатионтрансферазы (GSTs) GSTM1, GSTT1 в группах больных ишемической болезнью сердца (ИБС), комбинированной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ); изолированной ХОБЛ и здоровых лиц.

Обследованы две группы пациентов с фенотипическими проявлениями европейской расы, обоего пола, проживающие на территории Приморского края более 20 лет: пациенты с ИБС (стабильная стенокардия напряжения I-II ФК), комбинированной с ХОБЛ II стадии, — I группа (n=30) и с изолированной ХОБЛ II стадии — II группа (n=30). Анализ полиморфных локусов проводили методом ПЦР. Достоверность различий оценивали по тесту χ^2, статистически значимыми считали $p<0,05$.

Исследование полиморфизма гена GSTT1 показало, что в контроле гомозиготная делеция (del) выявлена у 1 человека (3,33 %). Наибольшая частота del GSTT1 зарегистрирована в I группе, когда практически у каждого третьего (33,33 %) установлен del-генотип GSTT1. Различие по частоте встречаемости del-генотипа GSTT1 между I и II группами достоверно ($p=0,01$). Исследование полиморфизма гена GSTM1 показало, что del наблюдается почти у половины (46,67 %) здоровых. В I и II группах делеция встречалась в 60 % и 56,67 % случаев соответственно ($p<0,05$). Количество del GSTs в обоих случаях максимально в I группе, что достоверно связано с присутствием ИБС ($p<0,05$). Наличие сочетанного del-генотипа GSTM1 и GSTT1 встречалось у трех больных (все больные из I группы), что приводит к полному отсутствию у них GSTM1, GSTT1. Установлена высокая частота встречаемости del GSTM1, GSTT1 у пациентов с ИБС, комбинированной с ХОБЛ, причем del-генотип GSTT1, в отличие от del-генотипа GSTM1, достоверно связан с наличием ИБС.

Выявление молекулярно-генетических маркеров позволит использовать их для выделения групп риска и проведения профилактики кардио-респираторной патологии.

0784 О ВЛИЯНИИ ЖЕСТКОСТИ АОРТЫ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тимешова Т.Ю., Мазур В.В., Мазур Е.С.
Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия; ГУЗ “Областная клиническая больница”, Тверь, Россия

Ремоделирование сердца при артериальной гипертензии ассоциируется, в первую очередь, с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), развивающейся в ответ на стойкое повышение артериального давления (АД). Вопрос о влиянии жесткости аорты на характер ремоделирования левого желудочка при артериальной гипертензии представляется малоизученным. В связи с этим актуальным представляется изучение особенностей ремоделирования левого желудочка в зависимости от эластических свойств аорты.

Цель. Изучить взаимосвязь между возрастом, жесткостью аорты, особенностями артериальной гипертензии (АГ) и характером ремоделирования левого желудочка у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Обследованы 23 больных мужского и женского пола в возрасте от 40 до 85 (средний возраст 66 лет) с эссенциальной АГ. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторирование артериального давления с расчетом среднесуточного пульсового артериального давления (ПАД), эхокардиографическое исследование с измерением диастолической толщины задней стенки левого желудочка (ДТЗСЛЖ), диастолической толщины межжелудочковой перегородки (ДТМЖП) и последующим расчетом индекса асимметрии в виде соотношения ДТМЖП/ДТЗСЛЖ. Для оценки эластических свойств аорты рассчитывалась скорость распространения пульсовой волны (СРПВ).

Результаты. Корреляционный анализ выявил статистически значимую положительную связь возраста и СРПВ ($r=0,80$), возраста и ПАД ($r=0,85$), СРПВ и ПАД (0,79), ПАД и ДТМЖП/ДТЗСЛЖ ($r=0,85$).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что с возрастом развиваются дегенеративные изменения стенок аорты, которые сопровождаются повышением скорости распространения пульсовой волны, что ассоциируется с увеличением ПАД и возрастанием нагрузки на апикальный сегмент спирального витка миокарда, что приводит к ремоделированию левого желудочка с тенденцией к развитию асимметричной гипертрофии.

0785 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН

И ЖЕНЩИН, ПЕРЕНОСЯЩИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Тростянецкая Н.А., Третьякова Н.С., Леонова И.А, Болдуева С.А.
Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. Мечникова И.И. Кафедра факультетской терапии с курсом интервенционной кардиологии, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выявить различия в поражении коронарных артерий между мужчинами и женщинами, переносящими острый инфаркт миокарда (ОИМ)

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй болезни всех пациентов, госпитализированных с подтвержденным диагнозом ОИМ в клинику кардиологии в течение 2008-2009 календарных лет.

Результаты. Общее число пациентов составило 440 человек, из них 295 (67 %) мужчин и 145 (33 %) женщин. Общая госпитальная летальность составила 10,9 % (48 человек). Госпитальная летальность у мужчин — 7,46 % (22 человека), у женщин — 17,93 % (26 человек) — p<0,000001.

Коронарография в ходе госпитализации была выполнена у 53,78 % женщин и 83,52 % мужчин (p=0,00001)

По результатам коронарографии однососудистое поражение выявлено у 23,44 % женщин и 36,4 % мужчин; двухсосудистое поражение выявлено у 17,19 % женщин и 32,02 % мужчин; трехсосудистое поражение выявлено у 29,82 % мужчин и 50 %женщин; поражение ствола левой коронарной артерии выявлено у 10,96 % мужчин и 14,06 % женщин; незначимое поражение коронарных артерий (стенозирование просвета более 75 %) выявлено у 1,75 % мужчин и 9,38 % женщин (p<0,0001).

Выводы. Мужчины достоверно более часто госпитализируются с диагнозом ОИМ, однако госпитальная женская смертность с верифицированным ОИМ в 2,5 раза выше, чем мужская. Коронарография чаще выполняется мужчинам.

По данным коронарографии у мужчин преобладает одно- и двухсосудистое поражение коронарного русла, тогда как у женщин более часто встречается трехсосудистое поражение. Стеноз ствола левой коронарной артерии также чаще выявлен у женщин.

Таким образом, более высокая смертность и осложненное течение заболевания у женщин, переносящих ОИМ, может быть объяснена, в том числе, более тяжелым поражением коронарных артерий.

0786 АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Трошина И.А., Медведева И.В.
ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Тюмень, Россия; Тюменское отделение ЮУНЦ РАМН, Тюмень, Россия

Эксперты ВОЗ рассматривают метаболический синдром (МС) как новую пандемию XXI века, охватывающую индустриально развитые страны, что может оказаться демографической катастрофой. Объединенные в данное понятие абдоминальное ожирение (АО), артериальная гипертония (АГ), инсулинорезистентность, гиперлипидемия, гиперхолестеринемия индуцируют вторичные нарушения гемостаза, приводящие к ранней смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. При этом одну из главенствующих ролей в формировании нарушений тромбоцитарных функций при МС отводят АГ.

Цель исследования: сравнительный анализ влияния гипотензивных препаратов — амлодипина и небиволола на состояние тромбоцитарного гемостаза у больных МС.

Материалы и методы — 56 больных АГ I-II степени, риск (2-3): 26 мужчин и 30 женщин, медиана возраста составила 49 лет. У больных отмечался кластер МС, состоящий из нарушения толерантности к глюкозе, гиперлипидемии IIб типа, АО (ИМТ более 30 кг/м^2). Контроль — 21 здоровый человек. Биохимические исследования венозной крови проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Chem Well Awarness Technology (США), контрольные сыворотки "Humatrol" фирмы Human. Агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью стандартного турбодиметрического метода, с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов "BIOLA 230-2" (НПФ "Биола", Россия). Изучалась спонтанная агрегация тромбоцитов и индуцированная агрегация (индуктор агрегации АДФ в концентрации 20 мкМ. Определение параметров агрегации по кривой светопропускания: степень агрегации (%) и скорость агрегации (%/мин) и по кривой среднего размера агрегатов: степень агрегации (отн. ед.) и скорость агрегации (отн. ед./мин).

Результаты. При назначении нормодипина в терапевтической дозе 10 мг/сут во всех случаях достигнут стабильный гипотензивный эффект. Систолическое АД стабилизировалось на уровне 134,6±3,2 мм рт.ст., диастолическое — на уровне 93,6±1,9мм рт.ст. У пациентов, получавших небиволол, эти показатели составили 133,2±3,2 мм рт.ст. и 95,2±2,2 мм, соответственно. Выявленная у больных гиперлипидемия IIб типа не подверглась достоверной динамике на фоне лечения нормодипином и небивололом. Количество тромбоцитов в крови до и после лечения находилось в пределах нормы. Исходно, до лечения получили достоверное повышение спонтанной агрегации 1,43±0,02 отн. ед. (p<0,05) и АДФ-индуцированной агрегации по среднему радиусу агрегата: степени агрегации 16,41±2,19 отн. ед. и скорости агрегации 39,82±0,25 отн.ед/мин и по светопропусканию: степени агрегации 52,57±0,08 % и скорости агрегации 63,76±0,02 %/мин (p <0,050, относительно группы контроля. На фоне проводимого 12-недельного курса терапии нормодипином, получили достоверное снижение спонтанной агрегации 1,31±0,02 (p <0,05) и АДФ-индуцированной агрегации по среднему радиусу агрегата: степени агрегации 12,41±0,03 (p <0,05) и скорости агрегации 26,82±0,02 (p <0,05). Применение небиволола не привело к достоверному снижению спонтанной агрегации и АДФ-индуцированной агрегации.

Выводы: нормодипин в большей степени, чем небиволол у пациентов с МС нормализует агрегационную функцию тромбоцитов.

0787 ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Трубникова О.А., Тарасова И.В., Рубан Е.В., Артамонова А.И., Барбараш О.Л.
УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Целью настоящей работы явилась оценка динамики мозгового кровотока и нейрофизиологических показателей у пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ).

Методы исследования. Обследовано 12 пациентов, перенесших КШ, все мужчины, средний возраст 56,2±8,29 года. Анамнез ИБС составил 4,2±1,49 лет, 9 пациентов имели стенокардию ФК II, у 3 пациентов — ФК III. Функциональный класс хронической сердечной недостаточности по NYHA II имели 10 пациентов, у 2 — III класс. У всех пациентов КШ проводилась в условиях искусственного кровообращения (ИК). Длительность ИК составила 94,6±20,87 мин, время пережатия аорты — 59,0±15,30 мин. Изучались такие нейродинамические характеристики, как уровень функциональной подвижности нервных процессов (УФП), сила нервных процессов (РГМ) с использованием модифицированной автоматизированной методики "Status-PF" до операции, на 2-е и 10-е сутки после КШ. Транскраниальную допплерографию (ТКДГ) выполняли на аппарате "Ангиодин-ПК, "Биосс", (Россия) по локации сегмента М2 средней мозговой артерии с помощью 2 МГц датчика в пульсирующем режиме. Параметры мозгового кровотока оценивали за 3-5 дней до операции, во время индукции наркоза, в тече-

ние периода ИК, на 2-е и 10-е сутки после проведения КШ. Для оценки динамики исследуемых показателей использовали непараметрический критерий Фридмана для повторных измерений.

Результаты. На 2-е сутки после КШ по сравнению с исходными показателями обнаружено увеличение количества ошибок (76,9±21,1) при выполнении теста УФП (59,8±12,28) со снижением их числа к 10-м суткам (69,5±15,4, p=0,05) после КШ. На 2-е сутки наблюдалось снижение количества переработанных сигналов при выполнении теста РГМ (456,6±70,96) по сравнению с исходными показателями (521,1±54,4) и последующим увеличением до исходных значений к 10-м суткам после КШ (520,1±36,8, p=0,05). Кроме того выявлено увеличение времени реакции в тесте РГМ на 2-е сутки (485,1±84,8) по сравнению с исходными показателями (380,4±113,57) и снижение его к 10-м суткам (429,1±38,3, p=0,01) после КШ. Анализ динамики средней скорости кровотока по средней мозговой артерии показал снижение показателей во время индукции наркоза и ИК по сравнению с дооперационными. На 2-е сутки средняя скорость кровотока увеличивалась с обоих сторон до исходных значений с последующим возрастанием к 10-м суткам после операции (p=0,0005 и p=0,001, соответственно).

Заключение. У пациентов, перенесших КШ, регистрируется ухудшение нейрофизиологических показателей на 2-е сутки и восстановление их к 10-м суткам до исходных значений. Увеличение скорости мозгового кровотока к 2-м суткам после КШ, может быть связано с реперфузией головного мозга, что, в свою очередь, является одной из причин ухудшения нейрофизиологических показателей на 2-е сутки.

0788 ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Турсунов Р.Р.
РСНПЦТ и МР, Ташкент, Узбекистан

Аорто-коронарное шунтирования (АКШ) является одним из самых эффективных вмешательств у больных ИБС. Однако даже после успешно проведенной реваскуляризации миокарда продолжается прогрессирование атеросклероза в коронарных сосудах, что может ухудшать течение заболевания. Поэтому борьба с прогрессированием атеросклероза остается главной проблемой для этой категории больных.

Целью нашего исследования явилось изучение липидного спектра крови и клинического состояния, больных после перенесенного АКШ в период реабилитации.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 больных мужчин, которым было проведено АКШ. Средний возраст составил 56,4±2,10 лет. Все больные получали базисную терапию, включая гиполипидемический препарат — аторис (аторвастатин, "KRKA") — в стартовой дозе 10 мг/сут. Показатели липидного спектра оценивалась исходно до реваскуляризации миокарда и через 3 месяца после реваскуляризации миокарда.

Результаты исследования: исходно до реваскуляризации миокарда у всех больных было ИБС стенокардия напряжения ФК III-IV класс. Показатели липидного спектра исходно составили: ОХС 5,96±0,71, ТГ 1,88±0,40, ЛПВП 0,86±0,12, ЛПНП 3,45±1,05. Через 3 месяца на фоне приема аториса у 26 больных (86,6 %) отмечалось значительное улучшение клинического состояния, увеличение физической нагрузки, что сопровождалось улучшением показателей липидного спектра: ОХС 3,88±1,08, ТГ 1,52±0,42, ЛПВП 1,20±0,13, ЛПНП 2,50±0,62.

Выводы. Таким образом, предварительные результаты исследования показывают положительную динамику показателей липидного спектра через 3 месяца после АКШ на фоне терапии аторисом, что указывает положительный эффект реваскуляризации (АКШ).

0789 ИЗМЕНЕНИЕ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Турсунов Р.Р., Бабаев М.А.
РСНПЦТ и МР, Ташкент, Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца является одной из актуальных проблем современной медицины. В патогенезе ее развития ведущую роль играют нарушения функциональной активности тромбоцитов, особенно у больных перенесших аорто-коронарное шунтирование (АКШ), что определяет актуальность изучения различных механизмов их адгезии и агрегации.

Цель работы. Изучить агрегационную активность тромбоцитов у больных с ишемической болезнью сердца после АКШ.

Материал и методы. Обследовано 30 больных ИБС стенокардией напряжения ФК I — II после АКШ. Больные были разделены на две группы:

I-ая группа составила (n=20), получавшая клопидогрел (Зилт 75мг/сут) и ацетилсалициловая кислота (кардиомагнил 75мг/сут). Вторую группу составили больные принимавшие кардиомагнил (n=10).

Забор крови производили утром натощак пункцией иглой локтевой вены (самотеком). Свертываемость крови предупреждается 3,8 %-ным раствором цитрата натрия, добавляемом в соотношении 1:9. Агрегацию тромбоцитов определяли по изменению светорассеяния при помощи лазерного анализатора агрегации "SOLAR" (Беларусь). В качестве индуктора агрегации использовали аденозиндифосфат (АДФ) в конечной концентрации 0,5 мкМ. Оценивали функциональную активность тромбоцитов (степень, скорость и время агрегации). Эффективность оценивалась по динамике клинических проявлений и агрегационной активности тромбоцитов.

Результаты. На фоне проводимой терапии было выявлено достоверное уменьшение скорости и степени агрегации, удлинение времени начала агрегации в обеих группах, но более выражено в группе больных получавших Зилт и кардиомагнил 26,12±16,31; что выражалось в улучшение клинического состояния больных. В группе больных принимавших кардиомагнил составило 47,10±11,15. В целом по группе (n=30), показатели агрегационной активности тромбоцитов также характеризовалось положительной динамикой 36,11±17,23, которые достигали нормальных показателей.

Вывод. Таким образом, прием зилта и кардиомагнила у больных с ишемической болезнью сердца перенесших АКШ оказывает положительный клинический (антиишемический) эффект, снижает агрегационную активность тромбоцитов, способствует восстановлению антитромбогенной активности сосудистой стенки и улучшает клиническое состояние больных.

0790 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тыренко В.В., Никитин А.Э., Качнов В.А., Мешкова М.Е., Ветушко В.Д.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить эффективность длительного приема ингибиторов АПФ (эналаприл) и антагонистов рецепторов ангиотензина (лозартан) в нефропротекции у больных гипертонической болезнью.

Методы. Обследовано 40 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте 57,2±4,5 лет, 27 мужчин, 13 женщин, длительность АГ составила 10±4,1 лет. Выполнялись

рутинные клинические и лабораторно-инструментальные исследования крови, мочи, функциональные почечные пробы, УЗИ почек. Вторичная природа АГ была исключена у всех обследованных лиц. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от получаемой гипотензивной терапии, 1 группа (22 человека) получала эналаприл, 2 группа (18 пациентов) — лозартан. Средняя длительность приема препаратов составила 1,5 года. Определение концентрации микроальбумина в моче производилось методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы ИммуноФА-Микроальбумин (НВО ИММУНОТЕХ). Определение микроальбумина проводилось в двух порциях мочи в течение недели. Концентрация микроальбумина в моче от 30 до 300 мг/л расценивалась как микроальбуминурия.

Результаты. В 1 группе наличие микроальбуминурии выявлено у 22,7 % обследованных больных. Среднее содержание микроальбумина в моче в данной группе составило 55,9 мг/л. Во 2 группе наличие микроальбуминурии выявлено у 22,2 %. Среднее содержание микроальбумина в моче составило 48,1 мг/л.

Выводы. Полученные данные указывают на недостаточный нефропротективный эффект наиболее изученных ИАПФ и АРА. Несмотря на длительное применение ИАПФ или АРА, препаратов с доказанными нефропротективными свойствами, у пациентов длительно страдающих гипертонической болезнью определяется наличие микроальбуминурии. В связи с этим, необходим поиск новых путей нефропротекции. В настоящее время нами изучается возможность комбинированной блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы с использованием прямого ингибитора ренина (алискирена) совместно с лозартаном или эналаприлом в нефропротекции у больных гипертонической болезнью.

0791 “ЮНОШЕСКОЕ СЕРДЦЕ” В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Угнич К.А., Рывкина А.М.
ГОУ ВПО “Самарский государственный медицинский университет Росздрава”, ММУ ГП№ 9 ДПО№ 1, Самара, Россия

Цель: изучить характер и частоту выявляемости изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, являющихся проявлением “юношеского сердца”.

Методы исследования: исследование сердечно-сосудистой системы с применением аппаратно-программного комплекса “Миокард-11” выполнено 1719 подросткам (1151 юноши и 565 девушкам) в возрасте от 15 до 18 лет, проходившим ежегодный профилактический осмотр в ДПО№ 1 ММУ ГП№ 9 г.о. Самара.

Результаты: в структуре выявленных изменений, среди нарушений сердечного ритма, были зарегистрированы: синусовая аритмия (21,46 %), выраженность которой свидетельствовала об активности парасимпатических влияний на ритм сердца; синусовая брадикардия (6,56 %) являющаяся вагозависимым феноменом; синусовая тахикардия (9,43 %), являющаяся следствием симпатических влияний на сердце; экстрасистолия (0,96 %), преимущественно желудочковая, а также суправентрикулярная, являющаяся признаком электрической нестабильности миокарда, и часто ассоциирована с риском развития неспецифических вегетативных дисфункций. Среди блокад сердца, нарушение атриовентрикулярной проводимости I степени, которое является признаком повышенных парасимпатических влияний на ритм сердца, составляло 0,46 %, а неполная блокада правой ножки пучка Гиса, зарегистрированная в 17,22 % случаев, носила нестойкий характер. Прочие изменения составили 21,92 %. Обращало на себя внимание сочетание нескольких видов нарушений ритма сердца и проводимости у одного и того же обследуемого. Так, у 1719 человек было выявлено 2195 различных функциональных нарушений на электрокардиограмме. В 22 % случаев ЭКГ оставалась в пределах возрастной нормы. Как правило, выявленные изменения носили асимптоматичный характер. При проведении функциональных проб (активный ортостаз- I уровень; активная клиноортопроба — II уровень; проба с дозированной физической нагрузкой — III уровень), выявленный изменения носили обратимый характер, являлись одним из вариантов нейрорегуляторных экстракардиальных нарушений, вызванных анатомо-физиологическими особенностями сердечно-сосудистой системы в подростковом возрасте, что и обуславливает возникновение нарушений ритма и проводимости, являющихся проявлением “юношеского сердца”.

Выводы: в настоящее время отмечается значительный рост изменений сердечно-сосудистой системы среди детей и особенно подростков, наблюдается прогрессирующее “омоложение” гипертонической и ишемической болезней сердца. В связи с чем, диспансерное наблюдение за подростками на стадии функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы позволяет своевременно выявлять и предупреждать развитие органической патологии в будущем.

0792 КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Умаров А.А., Хамидов Н.Х., Хурсанов Н.М., Халикова Н.А., Шарифова Н.Д.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучение клинической эффективности сочетанной терапии у больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого возраста с сопутствующими аффективными расстройствами.

Материал и методы. Обследовано 29 пациентов с эссенциальной АГ в возрасте от 65 до 78 лет страдающие депрессией, среди них женщин было 15, мужчин 14. I -я степень повышения артериального давления (АД) “мягкая АГ” по классификации ВОЗ (1999) была у 9 больных, II-я степень “умеренная АГ” — у 20. Длительность заболевания составила от 8 до 14 лет (в среднем 11,3 года). Психологический статус изучали с помощью анкетного тестирования. Для выявления и оценки выраженности аффективных нарушений использовали клиническую шкалу депрессии Hamılton (HDRS). При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель от 0 до 7 -отсутствие депрессии, 7-16 баллов — малая депрессия и нижнее значение для большого депрессивного эпизода — более 16 баллов. Сопутствующая тревожная симптоматика определялась по госпитальной шкале тревоги и депрессии разработанной A.S.Lıgmond, Snaıth, адаптированная М.Ю.Дробижевым (2000), критерием включения в исследование были больные общим баллом >8.

Больные были рандомизированы на основную (16 больных) и контрольную (13 больных) группы. Базисная гипотензивная терапия больным в обеих группах проводилась липразид- 10 (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 12,5мг). В основной группе больные в течении 7-8 недель получали антидепрессант нового поколения феварин (селективный ингибитор обратного захвата серотанина). Среднесуточная доза липразида составила 15 мг, феварина 50 м.

Полученные результаты: исходно суммарный балл HDRS в основной группе составил 24,1±1,6, в контрольной 23,8±1,7. У 61 % больных основной и 56 % контрольной группы помимо депрессивной отмечалось выраженная тревожная симптоматика сумма баллов >22. К концу курса в обеих группах больных отмечалась заметное снижение систолического АД в основной (на 17,6 %) и в контрольной (14,4 %), так и диастолического АД соответственно на 18,0 % и 15,1 %. При комбинированной терапии психологическое состояние больных основной группы значительно улучшилось, суммарный балл HDRS снизился на 51 %, в контрольной на 8 %. Отмечалось также снижение тревоги в группе больных получавших феварин на 26 %, тогда как в контрольной группе динамика этого показателя была незначительной.

Вывод: сочетанное применение липразида с феварином в оптимальных терапевтических дозах является эффективным средством лечения тревожно-депрессивных состояний у АГ пожилого возраста.

0793 УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ОКАЗАНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Урванцева И.А., Соболев А.М., Нохрин А.М., Пинигин С.В., Саламатина Л.В.
Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Оценка удовлетворенности пациентов кардиохирургической медицинской помощью.

Методы исследования. В 2009 году проведен анонимный опрос 4 891 пациентов, получивших медицинскую помощь в кардиохирургическом отделении и поликлинике "Окружного кардиологического диспансера "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии" (ОКД "ЦД и ССХ"). В возрастной структуре наибольший процент приходился на лиц среднего возраста (от 31 до 55 лет) — 52,0 %, женщины составили — 68,0 %.

Параллельно проведен прямой опрос врачей ХМАО-Югры на предмет оценки удовлетворенности сотрудничеством с ОКД "ЦД и ССХ". Среди опрошенных 53,0 % врачей работали в г.Сургуте, остальные 47,0 % — на других территориях ХМАО-Югры. Использованы социологический, аналитический, статистический методы.

Полученные результаты. По результатам опроса большая часть пациентов (57,0 %) были направлены в ОКД "ЦД и ССХ" лечащими врачами по месту жительства, 21,0 % обратились по совету своих знакомых, а 15,0 % узнали об ОКД "ЦД и ССХ" из средств массовой информации.

Среди опрошенных, доля удовлетворённых качеством медицинской помощи, составила 89,0 %. Удовлетворенность организационной системой пациенты связывают с объемом предоставляемых услуг (96,0 % опрошенных), со временем, затраченным на диагностику (95,0 %) и временем получения результатов обследования (98,0 %). Большинство респондентов (99,0 %, 4 842 человек) отметили доверительность и конфиденциальность, компетентность сотрудников, удобный режим работы ОКД "ЦД и ССХ", гарантию качества оказанной медицинской услуги, 97,0 % (4 744 человек) отметили вежливость и культуру обслуживания персонала. Вместе с тем, пациенты стационара указали на то, что в 12,0 % случаев не получили полной информации от лечащего врача о состоянии своего здоровья, более 16,0 % отметили, что их ни разу не осматривал заведующий отделением, а 4,0 % не довольны отношением врачебного персонала.

Опрос врачей, сотрудничающих с ОКД "ЦД и ССХ", показал, что 89,0 % удовлетворены существующими формами взаимодействия, а более 97,0 % врачей, сотрудничающих с ОКД "ЦД и ССХ" в настоящее время, продолжать это сотрудничество и будут направлять пациентов к специалистам учреждения.

Выводы. Проведенное анкетирование потребителей медицинских услуг показало высокую степень удовлетворенности пациентов, получивших кардиологическую медицинскую помощь в ОКД "ЦД и ССХ" — 89,0 % и высокую степень удовлетворенности взаимным сотрудничеством врачей ХМАО-Югры и специалистов ОКД "ЦД и ССХ" — 89,0 %.

0794 СОСТОЯНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ

Урванцева И.А., Милованова Е.В.
Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Анализ работы кардиологической службы Ханты-Мансийского автономного округа-Югры (ХМАО-Югры) за 2005-2009 годы.

Методы исследования. Анализ проведен по данным годовых отчетов о работе кардиологических отделений и кабинетов, по амбулаторным картам поликлиник округа, материалам кабинета диспансеризации, по сборнику статистических материалов департамента здравоохранения ХМАО-Югры "Здоровье населения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры и деятельность учреждений здравоохранения". Использован аналитический, статистический методы исследования.

Полученные результаты. На начало 2009 года численность населения в ХМАО-Югре составляет около 1,5 млн. человек, 11,4 % из них (по обращаемости) имеют болезни системы кровообращения (БСК). В 2009 году впервые установлен диагноз БСК у 31 019 человек (18,5 % от общего числа больных). Состоит на диспансерном ("Д") учете 90 179 человек (52,8 % от зарегистрированных больных с БСК). В динамике за 5 лет диспансерная группа увеличилась более чем в 2 раза — с 41 343 в 2004 году до 90 179 в 2009 году. Удельный вес состоящих на "Д" учете от общего количества больных с БСК, увеличился на 15 %, что свидетельствует о более активной работе врачей по наблюдению больных с установленными диагнозами.

Структура болезней система кровообращения стабильна и практически не изменилась за последние 5 лет: артериальная гипертония — 54,0 %, ишемическая болезнь сердца — 14,8 %, цереброваскулярные болезни — 12,2 %, прочие — 19,0 %. В 2009 году количество посещений к врачам кардиологам незначительно снизилось (на 4,5 %), но в динамике за последние 5 лет отмечается устойчивый рост этого показателя за счет повышения доступности и интенсификации работы специалистов — на 14 % по сравнению с 2005 годом.

Количество больных, пролеченных на кардиологических койках, увеличилось по сравнению с 2008 годом на 11,3 % за счет увеличения количества кардиологических коек на 3,0 % (с 330 до 340) и сокращения среднего койко-дня на 9,4 % (с 13,8 в 2008 году до 12,5 в 2009 году). Кроме того, несмотря на увеличение числа случаев острого инфаркта миокарда (ОИМ), удалось снизить средний койко-день при ОИМ на 1,9 дня (с 16,8 до 14,9) и больничную летальность на 0,8 % (до 9,5 %).

Выводы. В Ханты-Мансийском автономном округе-Югре лица с болезнями системы кровообращения составляют 11,4 % от числа жителей округа, более половины из них (52,8 %) находятся под постоянным диспансерным наблюдением. В структуре БСК лидирует артериальная гипертония — 54,0 %, на втором месте — ишемическая болезнь сердца (14,8 %), на третьем — цереброваскулярные болезни (12,2 %). Средняя длительность лечения больных кардиологического профиля составляет 12,5 дня, а больных с ОИМ — 14,9 дня. Больничная летальность при ОИМ составляет 9,5 %.

0795 ОСОБЕННОСТИ УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА ТКАНЯМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА И СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Усенко А.Г., Усенко Г.А., Козырева Т.Ю., Величко Н.П., Нищета О.В., Паруликова Л.В., Демин А.А.
Новосибирский государственный медицинский университет, ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель работы: изучить величину утилизации кислорода тканями (КУКТ) у больных эссенциальной артериальной гипертензией II ст (АГ-II) в зависимости от особенностей психосоматического статуса (ПСС) и схемы антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы исследования. Группа мужчин-пациентов (n=868), средний возраст 54,2±1,8 лет была разделена на лиц с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Группа контроля — здоровые мужчины (n=485). Изучали время простой сенсомоторной реакции (ПСМР), коэффициент

выносливости кисти (КВк, %), влияние симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов вегетативной нервной системы (ВНС), содержание трийодтиронина, инсулина, кортизола и альдостерона в сыворотке крови, потребление- (ПО2) и коэффициент использования кислорода (КИО2), рассчитывали индекс атерогенности (ИА) и коэффициент УКТ (КУКТ) по разнице содержания кислорода в артериализированной и венозной крови руки, до- и через 6 и 12-месяцев АГТ с учетом- и без учета особенностей ПСС.

Результаты. Особенности ПСС у ВТ/Х и ВТ/С до АГТ — превалирование SNS-отдела ВНС и ВТ, а у ВТ/Ф и М — PSNS, активность РААС и ВТ + депрессивность (D) (легкой степени). У Х и С содержание Т3 и кортизола было выше, а инсулина и альдостерона ниже, чем у Ф и М. У Ф и М-пациентов, МОД, ИА и жировая масса тела были выше, а ПО2, КИО2, КУКТ, ПСМР и КВк ниже, чем у Х и С, особенно у ВТ/Ф и М-пациентов. Величина КУКТ, ПСМР, КВк снижалась в ряду: Х >С >Ф >М. У НТ-лиц — без тревожности и D, а выраженность сдвигов была ниже, чем у ВТ-лиц, и ближе к значениям таковых у здоровых лиц соответствующего темперамента. АГТ, направленная на блокаду SNS и тревожности у Х и С, а также РААС и депрессивности у Ф и М, особенно ВТ, более эффективно и на 6 месяцев раньше приближала уровень утилизации кислорода тканями к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности, чем другие схемы АГТ.

Выводы. 1. Высокотревожные пациенты, особенно Ф и М, являются группой высокого риска по низкой утилизации кислорода тканями в сочетании с высоким инд. атерогенности. 2. В отличие от других схем, лечение, направленное на купирование особенностей ПСС, на 6 месяцев раньше и более существенно приближало коэффициент утилизации кислорода тканями и функциональную активность ЦНС (по ПСМР, КВк) к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

0796 ГЛОБАЛЬНАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Усенко А.Г., Усенко Г.А., Иванов С.В., Козырева Т.Ю., Величко Н.П., Нищета О.В., Демин А.А.
Новосибирский государственный медицинский университет ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: установить различия в сократительной функции сердца у больных артериальной гипертензией II (АГ-II) с различным темпераментом и тревожностью.

Методы исследования. С 1998 по 2009гг в условиях поликлиники обследовано 485 здоровых и 688 больных АГ-II мужчин трудоспособного возраста (54,2±1,8 лет). Длительность АГ не превышала 11,4±1,4 лет. Посредством психологических тестов группы были разделены на лиц с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности. Учитывали показатели артериальной гемодинамики, а также превалирование симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов ВНС, содержание в сыворотке крови кортизола, альдостерона, трийодтиронина и тироксина (Т3 и Т4), инсулина. Посредством ДЭхоКГ определяли конечные систолические и диастолические размеры и объемы (КСР, КДР, КДО и КСО), ударный (УОК) и минутный (МОК) объемы крови, фракцию выброса (ФВ,%) и укорочения (ФУ,%), толщину задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), массу — и индекс массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ, ИММЛЖ), а также величину коэффициента соотношения скорости потока крови в фазу быстрого (Е) и медленного (А) диастолического наполнения ЛЖ (Е/А).

Результаты. У Х и С превалировал тонус SNS, а у Ф и М — PSNS отдела ВНС. Функциональное напряжение сердечно-сосудистой системы (ССС) у Х и С было выше, чем у Ф и М, а у ВТ-лиц было выше, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. Содержание в крови кортизола, Т3 и Т4 снижалось, а альдостерона и инсулина увеличивалось в последовательном ряду: Х — С — Ф — М. Величины КДР, КСР, КДО, КСО, ММЛЖ, ИММЛЖ увеличивались (Х<С<Ф<М), а ФВ и ФУ снижались в той же последовательности, что и содержание альдостерона. У ВТ-лиц содержание кортизола и альдостерона, Т3 и Т4, а также ТЗСЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ, ИММЛЖ были выше, а инсулина ниже, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. Соотношение Е/А достоверно снижалось в ряду: Х >С >М >Ф (ВТ-лиц: 0,87 >0,76 > 0,70 > 0,66 и НТ-лиц: 0,99 >0,87 >0,80>0,75). Такие различия трактовались, как более выраженное снижение диастолической функции у лиц с более высоким содержанием альдостерона в крови — Ф и М, особенно ВТ.

Выводы. 1. Особенность течения АГ-II у Ф и М-пациентов заключалась в превалировании PSNS и РААС (альдостерон), а у Х и С SNS отдела ВНС и ГГНС (кортизол), что сочеталось с более низкой диастолической функцией сердца, особенно у ВТ-пациентов, по сравнению с НТ-лицами, соответствующего темперамента.

0797 СКОРОСТЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСА “ИНТИМА-МЕДИА” У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И ТРЕВОЖНОСТИ

Усенко Г.А., Усенко А.Г., Козырева Т.Ю., Иванов С.В., Величко Н.П., Нищета О.В., Паруликова Л.В., Демин А.А.
Новосибирский государственный медицинский университет ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: установить различия Т-КИМ артерий у лиц с различным темпераментом и тревожностью, и разработать схему антигипертензивной терапии (АГТ) в целях оптимального ремоделирования Т- КИМ у пациентов.

Методы исследования. В период с 1998 по 2009гг обследована большая группа работающих здоровых и больных АГ- II мужчин (54,0±1,8 лет), совместимых по основным показателям. Длительности заболевания АГ: 11,4±1,4 лет. Посредством психологических тестов ММИЛ, Спилбергера-Ханина, Айзенка группы были разделены на лиц с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента, с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем личностной и реактивной тревожности. Методом ультразвуковой диагностики определяли Т-КИМ общей сонной- (ОСА) и плечевой артерии (ПА). Ранее нами было установлено, что АГ у Х и С развивалась с превалированием симпатического, а у Ф и М — парасимпатического отдела ВНС. У Х и С, по сравнению с Ф и М, содержание кортизола в сыворотке крови было выше, а инсулина и альдостерона ниже. Соотношение “тревога-депрессия” у Х и С было 1/2, а у Ф и М 2/1. Поэтому, в течение 12 месяцев больным назначались препараты АГТ без сочетания и с сочетанием: бета-адреноблокатор (БАБ) + гипотиазид + анксиолитик (Ах) (сибазон) для Х и С-пациентов и И-АПФ + гипотиазид + антидепрессант (Ад)(коаксил) для Ф и М, (исключая трициклические). Водителям Ах и Ад не назначали, а НТ-лица в Ах и Ад не нуждались.

Результаты. Толщина КИМ ОСА, ПА достоверно возрастала в том же последовательном ряду, что и увеличение содержание альдостерона и инсулина: Х <С <Ф <М. Иначе говоря, с более высоким уровнем альдостерона и инсулина в крови у Ф и М выраженность гипертрофии оболочек артерий оказалась выше, чем у Х и С. Причем, у ВТ-лиц Т-КИМ была выше, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. В процессе 12-месячного лечения препаратами АГТ, Т-КИМ указанных артерий у ВТ (НТ)-пациентов снижалась, но даже через год лечения не достигала таковой у здоровых ВТ (НТ)-лиц соответствующего темперамента. Вместе с тем, у Х и С-пациентов, принимавших лечение по схеме “БАБ + диуретик + Ах”, и Ф и М, по схеме “И-АПФ + диуретик + Ад”

через 6 месяцев лечения Т-КИМ уже была такой, какой она оказалась через год лечения без коррекции тревожности, гиперсимпатико- и симпатикотонии.

Выводы. 1. Содержание альдостерона, инсулина и Т-КИМ ОСА и ПА имеют тесную связь: чем выше содержание гормонов, тем выше Т-КИМ, особенно у ВТ/Ф и М 2. Лечение, направленное на снижение тревожности и гиперсимпатикотонии у Х и С, а также (депрессивности), и превалирования РААС (по альдостерону) у Ф и М-пациентов, в отличие от других схем, на полгода раньше, а через год более существенно приближает Т-КИМ к таковой у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

0798 ДИАМЕТР АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Усенко Г.А., Усенко А.Г., Иванов С.В., Козырева Т.Ю., Величко Н.П., Нищета О.В., Демин А.А.
Новосибирский государственный медицинский университет ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: определить диаметр артерий у пациентов с различным темпераментом и уровнем тревожности, страдающих АГ-II, а также разработать оптимальную схему лечения в целях приближения диаметра артерий к таковому у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

Материал и методы исследования. В период с 1998 по 2009гг обследованы работающие здоровые и больные АГ-II мужчины (54,0±1,8 лет). Посредством психологических тестов ММИЛ, Спилбергера-Ханина, Айзенка, Люшера группы были разделены на лиц с холерическим (Х), сангвиническим (С), флегматическим (Ф) и меланхолическим (М) темпераментом, с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности. Методом реоэнцефалографии определяли венозный отток, а ультразвуковой диагностики — диаметр общей сонной — (ОСА) и плечевой артерий (ПА). У Х и С АГ развивалась с превалированием симпатического, а у Ф и М — парасимпатического отдела ВНС, содержание кортизола у Х и С было выше, а альдостерона и инсулина ниже, чем у Ф и М. Соотношение "тревога-депрессия" у Х и С было 2/1, а у Ф и М 1/2. Поэтому, Ах + бета-адреноблокатор + диуретик назначались Х и С (схема № 1), а Ад + ингибитор АПФ + диуретик — Ф и М (схема № 2). Другие получали лечение без учета коррекции указанных выше психосоматических особенностей. ВТ снижали на 10-12 баллов. Диаметр ОСА и ПА исследовали в течение 3, 6, 9 и 12 месяцев лечения препаратами АГТ Ах и Ад водителям и НТ — не назначали.

Результаты. До лечения диаметр ОСА и ПА снижался в ряду: Х >С >Ф>М. У ВТ-лиц диаметр артерий и венозный отток из сосудов мозга — ниже, чем у НТ-лиц. Вероятно, указанное различие обусловлено высокими толщиной КИМ сосудов и централизацией кровотока у ВТ-лиц, по сравнению с НТ соответствующего темперамента. В процессе лечения препаратами АГТ диаметр изучаемых артерий увеличивался. Это сочеталось с повышением температуры пальцев рук и стоп. Прием препаратов по схеме № 1 (для Х и С), и схемы № 2 (для Ф и М) позволил на 6 месяцев раньше достичь тех результатов, которые были достигнуты только через год лечения без учета психосоматических особенностей пациентов. Кроме того, через год лечения по указанным схемам диаметр ОСА и ПА, а также уровень венозного оттока по сосудам мозга был существенно ближе к таковым у здоровых ВТ (НТ)-лиц соответствующего темперамента.

Выводы. 1. С повышением содержания альдостерона и инсулина тесно связано увеличение Т-КИМ. особенно у ВТ/Ф и ВТ/М. 2. В отличие от других схем лечения, блокада тревожности и гиперсимпатикотонии у Х и С, и тревожной депрессивности и активности РААС у Ф и М более эффективно и на 6 месяцев раньше снижает толщину Т-КИМ у больных АГ мужчин

0799 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙ УРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Усольцева Е.Н., Барбараш О.Л., Кашталап В.В., Каретникова В.Н., Барбараш Л.С.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Влияние различных методов реваскуляризации миокарда при ИМ, в том числе тромболитической терапии (ТЛТ), чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), на динамику мозговых натрийуретических пептидов (NT-proBNP) при ИМ в настоящее время изучаются недостаточно.

Цель исследования: проанализировать влияние различных видов реперфузии миокарда на уровень мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST.

Материал и методы исследования: в исследование были включены больные с ИМ с подъёмом сегмента ST — 177 пациентов, из них 136 (76,8 %) мужчин и 41 (23,2 %) — женщины. Средний возраст женщин составил 61,3±6,7 года, мужчин — 57,3±3,5 года. Наблюдение за пациентами охватывало госпитальный период. Уровень NT-proBNP оценивали в сыворотке крови на 10-14 дни от момента развития ИМ. 136 больным была проведена реперфузионная терапия: ТЛТ или ЧКВ. Эндоваскулярная реваскуляризация миокарда выполнялась как метод реперфузионного лечения (первичная ЧКВ, n=121 (68,3 %)), или после ТЛТ ("спасительная" ЧКВ, n=7 (4 %)). ТЛТ проведена 8(4,5 %) пациентам. 41 пациенту (23 %) реваскуляризация не проводилось из-за наличия противопоказаний к ТЛТ или отказа от проведения ЧКВ.

Результаты и их обсуждение: выявлено, что проведение реперфузионных методов лечения ИМ при поступлении у пациентов ассоциировалось с достоверно более низкими значениями NT-proBNP (медиана (М) =59,24, межквартильный интервал (МИ) =28,0-119,3), чем у пациентов без проведения реперфузии миокарда (М=50,05, МИ = 24,03-83,8 соответственно; p=0,22). Это может объясняться проявлениями сердечной недостаточности у больных ИМ без реперфузии. Выявлены различия концентраций NT-proBNP в зависимости от вида применяемой реваскуляризации миокарда. Минимальные уровни NT-proBNP были выявлены в подгруппе больных с ЧКВ (М=46,3, МИ = 23,87-79,24), более высокие — при проведении ТЛТ (М=46,7, МИ =27,53-117,0). Подгруппа больных ИМ со "спасительной" ЧКВ, характеризовалась максимальными уровнями NT-proBNP (М=138,2, МИ=80,15-147,3). Значения концентрации NT-proBNP у больных с успешной реперфузией миокарда оказались ниже, чем у пациентов группы неуспешной ТЛТ или ЧКВ (p=0,02). Дополнительно все пациенты были разделены на группы в зависимости от сроков реперфузии до 4 часов и позднее 4 часов от начала болевого синдрома. Концентрация NT-proBNP была незначительно меньше у больных с ранней реперфузией (42,24 и 46,04 пг/мл, соответственно, p=0,97).

Заключение: метод реперфузии достоверно влияет на уровень NT-proBNP. В случае инвазивного лечения ИМ (ТЛТ, ЧКВ) концентрация NT-proBNP достоверно ниже, чем у пациентов с консервативным ведением, за исключением группы пациентов со "спасительной" ЧКВ.

0800 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Утешева А.Б., Мусихина Н.А., Гапон Л.И.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель: изучение влияния терапии ивабрадином на данные пробы с физической нагрузкой и показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) в сравнении с метопрололом.

Методы исследования. В исследование включено 90 пациентов ИБС стенокардией напряжения, 1-2 функционального класса в сочетании с АГ II-III степени. В 1 группе (гр.) 48 пациентов принимали ивабрадин (кораксана Servier, Франция) 2,5-10 мг в сутки, во 2 гр. 42 пациента принимали метопролол (Беталок-зок, Astra Zeneca, Швеция) 25-200 мг в сутки. Обследование проводили в условиях отмены бета-адреноблокаторов, допускался прием игибиторов АПФ, диуретиков и нитратов ситуационно. Тредмил-тест выполняли по методике ступенчатой непрерывно возрастающей нагрузки с использованием GE Marquette CardioSoft V4.14 по стандартному протоколу Bruce. Исследование ВРС проводилось с использованием кардиомониторов "Кардиотехника — 04-АД-3" производства ЗАО "Инкарт" (Санкт-Петербург).

Результаты. При анализе влияния ивабрадина и метопролола на результаты тредмил-теста выявлено достоверное снижение пороговой частоты сердечных сокращений (ЧСС) с 126,95±2,39 уд/мин до 116,5±2,1 уд/мин в 1гр. ($p<0,001$) и с 132,1±2,19 до 123,5±1,99 во 2 гр. ($p<0,001$). На фоне терапии в 1 гр. отмечено уменьшение количества положительных проб с 27,7 % до 26,8 % и увеличение отрицательных проб с 29,8 % до 36,6 %. В 1 гр. выявлено уменьшение пациентов с низкой толерантностью к физической нагрузке (ТФН) с 17,0 % до 7,3 % и увеличение пациентов с высокой ТФН с 25,5 % до 34,1 %. Во 2 гр. выросло количество пациентов с высокой ТФН с 39,0 до 52,6 %. При анализе ВРС в 1 гр. наблюдалось снижение как дневной ЧСС с 80,78±1,23 уд/мин до 73,09±1,46 уд/мин ($p<0,001$), так и ночной ЧСС с 65,82±1,53 уд/мин до 62,0±1,27 уд/мин ($p<0,05$). Во 2 гр. отмечалось снижение только дневной ЧСС с 84,43 ±1,72 до 76,05 ±1,19 ($p<0,01$). На фоне терапии в 1 гр. из спектральных показателей наблюдалось достоверное повышение высокочастотного компонента спектра (HF) с 106,4±11,4 мс до 155,24±21,4 мс ($p<0,05$). Наблюдалось усиление парасимпатических влияний — повышение временного показателя PNN50 % с 2,4±7 % до 3,9±9 % ($p<0,05$). Во 2 гр. выявлено отчетливое улучшение всех спектральных показателей ($p<0,05$), кроме крайне низкочастотного компонента спектра. Также улучшились временные показатели, отвечающие за парасимпатическую активацию- RRNN со 129,6±6,0 мс до 186,4±3,2 мс ($p<0,01$), SDNNind с 44,3±2,0 до 52,7±3,1 ($p<0,001$), RMSSD с 25,8±14 мс до 31,5±11 мс ($p<0,01$) и, как в основной группе, PNN50 % с 4,33±8 % до 8,15±6 % ($p<0,05$).

Выводы: таким образом, ивабрадин оказывает схожее с метопрололом положительное влияние на ТФН и улучшает показатели ВРС за счет снижения симпатических и увеличения парасимпатических влияний у пациентов ИБС в сочетании с АГ.

0801 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

Учеваткина Е.Н., Гаджиева Л.Р.
ГВКГ ВВ МВД России, Реутов, Россия

Состояние системы кровообращения при заболеваниях внутренних органов является предметом многих исследований в области физиологии и клинической медицины. Применительно к острому гломерулонефриту важность изучения особенностей нарушения кровообращения определяется тем, что эти нарушения обуславливают необратимые повреждения клеток в связи с нарушением доставки к ним кислорода. Поражение сердечно-сосудистой системы при гломерулонефрите приводит к неадекватному транспорту кислорода, уменьшению перфузии тканей, тканевой гипоксии. Очевидно, что своевременная диагностика нарушения насосной функции сердца и ухудшения его инотропного состояния имеют немаловажное значение для выбора тактики лечения и определения прогноза основного заболевания.

Цель. Изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных гломерулонефритом в ранние сроки заболевания.

Методы исследования. Обследовано 67 больных острым постстрептококковым гломерулонефритом, поступивших на стационарное лечение в сроки до 1 месяца от начала заболевания. Все обследованные являлись военнослужащими срочной службы, возраст которых колебался от 18 до 25 лет. Помимо общепринятых для основного заболевания клинико-инструментальных методов исследования, всем пациентам проводилось обследование сердечно-сосудистой системы в отделение функциональной диагностики, где регистрировались повторные ЭКГ, выполнялась эхокардиография (ЭхоКГ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Полученные результаты. По данным эхокардиографии, выполненной при поступлении в стационар наиболее часто выявлялись следующие структурно-функциональные изменения сердца: отмечалась умеренная дилатация полости левого желудочка, как в систолу, так и в диастолу, стенки левого желудочка были утолщены и достигали в диастолу 12-14мм, отмечались диффузные изменения миокарда в виде равномерной гиперэхогенности стенок, часто отмечалось снижение амплитуды сокращения стенок левого желудочка в систолу (гипокинезия). Нередко регистрировались изменения клапанного аппарата сердца в виде некоторой утолщенности створок митрального и аортального клапанов. Часто регистрировалась небольшая аортальная и (или) митральная регургитация. При поступлении в стационар у большинства обследуемых определялось небольшое количество жидкости в полости перикарда над всеми отделами сердца. Характерным было снижение таких показателей сократительной функции левого желудочка, как фракция выброса, степень укорочения левого желудочка в систолу. При повторном эхокардиографическом исследовании, которое проводилось через 2-3 недели после госпитализации у части пациентов сохранялись признаки поражения миокарда со снижением систолической функции сердца.

Выводы. Проведенные исследования показали, что при остром гломерулонефрите у пациентов развивается миокардиальная недостаточность, характеризующаяся дилатацией и снижением систолической функции левого желудочка.

0802 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фазлова И.Х., Гуранова Н.Н., Гурьянова Л.Н., Радайкина О.Г.
ГОУВПО "МГУ имени Н.П. Огарева", Саранск, Россия

Цель исследования: анализ взаимосвязи ремоделирования стенки общих сонных артерий (ОСА) и суточного профиля артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Проведено обследование 50 пациентов с эссенциальной АГ, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУЗ "МРКБ" в течение 2009 — 2010гг. Обследованная группа состояла из 22 мужчин и 28 женщин в возрасте от 32 до 72 лет (средний возраст — 53,36±1,08 года). Длительность АГ в обследованной группе колебалась от 1 года до 35 лет и в среднем составила 15,5±1,33 лет. Цифры максимального АД у обследованных пациентов находились в пределах от 160/100 до 300/180 мм рт. ст. (в среднем систолическое АД составило 219,6±4,28 мм рт. ст., диастолическое — 119,9±2,37 мм рт.ст.). Цветовое дуплексное сканирование (ЦДС) сонных артерий проводили на аппарате Aloka SSD 5000 с использованием ультразвукового линейного датчика с частотой 5-10 МГц. Оценивались толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) в средних сегментах ОСА, видимые атеросклеротические бляшки в бифурка-

ционном отделе ОСА и во внутренних сонных артериях и патологическая извитость сосудов. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось с помощью носимого монитора суточного наблюдения автоматического измерения АД и частоты пульса BPLabR, исследовались стандартные показатели суточного профиля АД.

Результаты. В целом в обследованной группе утолщение КИМ было обнаружено в 40 % случаев, атеросклеротические бляшки — в 56 % случаев, патологическая извитость сосудов наблюдалась в 96 % случаев. Опытную группу составили 20 человек (40 %), имеющих ремоделирование сосудистой стенки, контрольную — 30 человек без ремоделирования. Сравниваемые группы были сопоставимы по возрастному критерию и длительности болезни.

У больных с ремоделированием сосудистой стенки атеросклеротические бляшки в сосудах обнаруживались в 2 раза чаще, чем у пациентов без сосудистого ремоделорования: в опытной группе атеросклеротические бляшки в сосудах были обнаружены в 85 % случаев, в контрольной — в 40 % случаев, $p \leq 0{,}001$. Мозговой инсульт также достоверно чаще развивался у больных с наличием сосудистого ремоделирования. Обследованные группы достоверно различались между собой по индексам времени (ИВ) систолического и диастолического АД и степени ночного снижения АД (СНС). Эти показатели оказались выше в опытной группе. В группе пациентов с ремоделированием сосудов превалировали нондипперы, тогда как в группе без ремоделирования чаще встречались дипперы.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что у больных АГ процесс ремоделирования сосудистой стенки в большей степени зависит от времени, в течение которого величины АД превышают критический уровень, нежели от максимальных АД. Утолщение комплекса интима-медиа ОСА чаще обнаруживается у пациентов с недостаточной СНС АД (нондипперы). Ремоделирование сосудистой стенки сопровождается более частым развитием атеросклеротических бляшек в сосудах больных АГ. Сосудистое ремоделирование увеличивает риск развития церебральных осложнений АГ в виде более частого развития у таких больных дисциркуляторной энцефалопатии и мозгового инсульта.

0803 ДИНАМИКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ

Федоришина О.В., Дзизинский А.А., Протасов К.В.
ГОУ ДПО “ИГИУВ Росздрава”, Иркутск, Россия

Цель: изучить влияние комбинированного бета- и альфа-адреноблокатора карведилола на функцию сосудистого эндотелия у пациентов артериальной гипертонией (АГ).

Методы. Обследовано 44 больных АГ в среднем возрасте 46,0 (43,5-49,0) лет, из них мужчин 15, женщин — 29. До начала исследования в случаях постоянного приема гипотензивных средств пациентам отменяли лечение на срок не менее, чем на пять периодов полувыведения. Проводили исходное суточное мониторирование АД (СМАД). Функцию эндотелия изучали в пробе с реактивной гиперемией по степени эндотелийзависимой вазодилатациии (ЭЗВД, %) плечевой артерии на 90 секунде после 5-минутной компрессии предплечья (D.S. Celermajer, 1992). Затем открытым способом назначали карведилол (Акридилол®, "Акрихин", Россия) в стартовой дозе 25 мг/сут. Контроль офисного АД и, при необходимости, коррекцию дозы осуществляли через 2, 4 и 6 недель. По окончанию восьминедельного курса приема карведилола повторно проводили пробу с реактивной гиперемией и СМАД. Оценивали динамику изученных параметров с использованием критериев Wılcoxon и χ^2. Проводили корреляционный анализ по Спирмену. Средние значения представляли в виде медианы и интерквартильного интервала.

Результаты. Медиана исходного среднесуточного АД составляла 132,2 (123-138)/82,0 (75-87) мм рт.ст., частоты сердечных сокращений — 80,5(77-85) мин-1. Средняя степень ЭЗВД перед началом приема препарата равнялась +1,2 (-3,5+5,8)%. При этом дисфункция эндотелия в виде ЭЗВД < +10 % обнаружена у 41 пациента (93,2 %). Средняя курсовая доза карведилола составила 31,4±16,2 мг/сут. По окончании курса приема препарата отмечено снижение среднесуточного систолического и диастолического АД до 124,0(115-130)/75,8(73-80) мм рт.ст., частоты сердечных сокращений — до 75,6 (69-78) мин-1 (все $p<0{,}001$). Степень ЭЗВД на фоне приема карведилола увеличилась в среднем на 5,1 % до +6,1(+2,6+10,9)% ($p=0{,}0005$). При этом доля пациентов с нормальной функцией эндотелия достоверно возросла до 27,3 % ($n=12$, $p\chi^2=0{,}005$). Прирост ЭЗВД в ходе лечения отмечен у 34 пациентов (77,3 %), снижение и отсутствие динамики — у 10. Выраженность динамики ЭЗВД обратно коррелировала с исходным уровнем среднесуточного систолического АД: чем ниже он был в начале исследования, тем больше нарастала степень ЭЗВД на фоне приема карведилола ($r=-0{,}34$, $p=0{,}02$).

Выводы. Прием комбинированного бета- и альфа-адреноблокатора карведилола (Акридилол®, "Акрихин", Россия) у больных АГ, помимо выраженного гипотензивного эффекта, сопровождался достоверным улучшением функции эндотелия.

Эффективность карведилола по нормализации функции эндотелия обратно коррелировала с исходным уровнем систолического АД.

0804 ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ДИСЛИПИДЕМИЙ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ

Федорова В.И., Климова Т.М., Балтахинова М.Е., Бушкова Э.А.
ФГНУ “Институт здоровья”, Якутск, Россия

Согласно результатам многочисленных популяционных исследований, различные нарушения липидного спектра являются одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений.

Цель исследования: изучить частоту артериальной гипертензии и повышенной массы тела при различных видах нарушений липидного спектра среди коренного населения Якутии.

Материалы и методы: материалом послужила репрезентативная выборка из коренного аборигенного населения п. Бердигестях Республики Саха (Якутия) старше 18 лет. Обследовано 315 человек, из них мужчин 155 (49,2 %), женщин 160 (50,8 %), отклик составил — 72 %. Средний возраст обследованных женщин составил 44,8±13,9 лет, у мужчин 46,7±16,4 лет ($p=0{,}05$).

Критерии исследования: за гиперхолестеринемию (ГХС) принималось содержания общего холестерина в сыворотке крови 200 мг/дл и более; за гипертриглицеридемию (ГТГ) — содержание триглицеридов 155 мг/дл и более. Гипоальфахолестеринемии (гипоα-ХС) соответствовала концентрация холестерина липопротеидов высокой плотности менее 40 мг/дл и мужчин и 46 мг/дл у женщин. За критерий повышенной массы тела принято значение индекса массы тела ≥ 25 кг/м^2. Артериальной гипертензии (АГ) соответствует уровень артериального давления 140/90 мм рт.ст. и более.

Результаты исследования: установлено, что в обследованной популяции, при наличие ГХС распространенность артериальной гипертонии (АГ) составляет 39,1 %, при ее отсутствии — 21,7 % ($p=0{,}001$). При наличии ГТГ частота АГ почти в 2 раза выше (50 % и 26 %, соответственно, $p=0{,}01$). Не выявлено статистически значимых различий в частоте АГ в зависимости от наличия гипоα-ХС (30 % против 21,8 %, $p=0{,}2$). При дислипопротеидемии (ДЛП) в целом, частота АГ составляет 33,5 %, в 19 % случаев АГ не сопровождается нарушениями липидного обмена ($p=0{,}005$).

При наличии липидных нарушений частота обнаружения повышенной массы тела была статистически значимо выше. Так, 61 % лиц с ГХС; 64 % с гипоальфаХС; 83 % с ГТГ; 60 % с ДЛП имеют повышенную массу тела (p=0,03). Особенно существенные различия выявлены при ГТГ (отношение шансов 5,3; 95 % ДИ 1,7-18,9).

Таким образом, среди коренного населения Якутии распространенность АГ и повышенной массы тела ассоциируется с наличием различных нарушений липидного обмена. Все это требует комплексного подхода при лечении и профилактике хронических заболеваний, в основе которых лежат метаболические нарушения.

0805 КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Федотов В.Д., Маслов А.Г., Карпов Е.М., Серопян М.Г.
ГОУ ВПО "Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития", Нижний Новгород, Россия

Цель: уточнить эффективность применения низкочастотного импульсного магнитного поля с индивидуализированными параметрами воздействия в комплексной терапии эссенциальной артериальной гипертензии на госпитальном этапе лечения.

Материалы и методы. В сотрудничестве с Российским федеральным ядерным центром — Всероссийским научно-исследовательским институтом экспериментальной физики (г.Саров) разработана схема последовательности режимов воздействия импульсным магнитным полем, а также программное обеспечение, позволяющее автоматизировать процесс подбора индивидуальных параметров. При разработке метода использовался подход, основанный на предположении о том, что получить положительный эффект возможно при изменении функционирования системы соответствующим режимом до неустойчивого состояния, а затем переводом ее другим режимом на новый уровень, характеризующийся нормализацией функциональных показателей системы.

Подбор параметров магнитного поля осуществлялся на основе анализа вариабельности сердечного ритма. Данная система комбинаций режимов воздействия МП, которая включает в себя форму модулирующего сигнала, параметры МП, место локализации, временные характеристики находится в рамках параметров, разрешенных МЗ РФ к применению в магнитотерапии.

В ходе исследования было обследовано 40 пациентов 40-50 лет, с эссенциальной артериальной гипертензией 1-2 степени на базе кардиологического отделения областной клинической больницы им. Н.А.Семашко, 20 из которых получали гипотензивную терапию, а другие 20 в дополнение к аналогичной фармакотерапии сеансы магнитотерапии по вышеуказанной методике. Оценивалась: суточная динамика АД, вариабельность сердечного ритма, ЭКГ, УЗДГ сосудов головного мозга, ЭКГ, данные опросника А.М. Вейна, жалобы.

Результаты. Проведение десятидневного курса общей низкочастотной магнитотерапии с экспозицией каждого сеанса 30 минут, в основной группе приводит к: снижению артериального давления до целевых значений уже 7 дню наблюдения (гипотензивный эффект наблюдался как во время одного сеанса (на 12 % (p≤0,05)), так и по окончанию всего курса воздействия (на 20 % (p≤0,05)), урежению ЧСС на 14,7 % (p≤0,05), нормализации значений показателей вариабельности сердечного ритма; снижению частоты регистрируемых нарушений сердечного ритма; тенденции к восстановлению симметрии скорости кровотока по средним мозговым артериям, и к снижению уровня индекса циркуляторного сопротивления; снижению проявлений вегетативной дисфункции на 43 % (p≤0,05); уменьшению количества жалоб.

Выводы: низкочастотная импульсная магнитотерапия по указанной методике в составе комплексной терапии повышает эффективность лечения артериальной гипертензии на госпитальном этапе лечения.

0806 АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ECNOS 4A/4B, EDN1 LYS198ASN, PON1 Q191R, ABCA1 C69T У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Феоктистова В.С.
ГОУ ВПО "СПбГМА им. И.И. Мечникова", Санкт-Петербург, Россия

Клиническая симптоматика ИБС у женщин не всегда определяется наличием и степенью выраженности атеросклероза коронарных артерий, как в случае "кардиального синдрома Х". Однако независимо от формы ИБС ведущее место в патофизиологии заболевания отводится эндотелиальной дисфункции. Генетическими варианты ecNOS 4a/4b, PON1 Q191R, EDN1 Lys198Asn, ABCA1 C69T могут быть задействованы в данном процессе.

Цель исследования: анализ распределения частот аллелей и генотипов генов ecNOS 4a/4b, PON1 Q191R, EDN1 Lys198Asn, ABCA1 C69T среди женщин с "кардиальным синдромом Х", женщин с атеросклеротическим стенозом коронарных артерий более 70 % и в контрольной группе.

Материалы и методы: исследование генетических вариантов ecNOS 4a/4b, PON1 Q191R, EDN1 Lys198Asn, ABCA1 C69T выполнено методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом у 135 женщин, из них 12 — с диагнозом "кардиального синдрома Х" (54,5±1,9 лет), 72 женщины (53,3±0,6 лет) со значимым атеросклерозом коронарных артерий, верифицированным коронарографией, и 51 женщина (49,8±1,2 лет) без клинических проявлений ИБС.

Результаты: у женщин со значимым атеросклерозом коронарных артерий выявлено следующее распределение ecNOS — 52 %, 44 % и 4 %, в группе с "кардиальным синдромом Х" — 92 %, 8 % и 0 %, в группе контроля — 66 %, 32 % и 2 % для 4b4b, 4a4b и 4a4a генотипов, соответственно. При этом отмечалась тенденция к накоплению мутантного аллеля 4a гена ecNOS у женщин с атеросклеротическим поражением коронарных артерий по сравнению с "кардиальным синдромом Х" (p=0,08) и контрольной группой (p=0,08). Кроме того, обнаружено статистически значимое увеличение частоты встречаемости аллеля 4a в группе женщин с атеросклеротическим поражением коронарных артерий и сохраненной менструальной функцией — 36 % и 64 % в сравнении с контрольной группой — 66 % и 34 % для для 4b4b и 4a4b+4a4a генотипов ecNOS, соответственно (p=0,02). В исследуемых группах для Q191R гена PON1 и C69T гена ABCA1 достоверных различий найдено не было. При анализе EDN1 выявлено следующее распределение генотипов: в группе со значимым атеросклерозом коронарных артерий — 70 %, 25 % и 5 %, с "кардиальным синдромом Х" — 8 %, 75 % и 17 %, в контрольной группе — 51 %, 47 % и 2 % для генотипов LysLys, LysAsn и AsnAsn, соответственно. Было обнаружено статически значимое увеличение частоты встречаемости мутантного аллеля Asn гена EDN1 (в гетеро- и гомозиготном состоянии) в группе женщин с "кардиальным синдромом Х" в сравнении с группой женщин со значимым атеросклерозом коронарных артерий (p=0,001) и контрольной группой (p=0,007).

Выводы: 1) полиморфный маркер 4a/4b ecNOS может быть задействован в процессе развития атеросклероза коронарных артерий у женщин на фоне сохраненной менструальной функции; 2) полиморфный маркер Lys198Asn EDN1 ассоциирован с развитием у женщин "кардиального синдрома Х", мультифакториального по своей природе заболевания.

0807 ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬБЕТОРА У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Филатов А.В, Терещенко С.Н., Гапонова Н.И., Абдрахманов В.Р.
Станция скорой медицинской помощи, Раменское, Московская область, Россия; Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава, Москва, Россия

Введение (цели/задачи): целью исследования являлась оценка эффективности и безопасности альбетора при однократном приеме в дозе 40 мг при лечении неосложненных гипертонических кризов на догоспитальном этапе у больных с артериальной гипертензией (АД).

Материалы и методы: в исследование, выполненное на базе Раменской станции скорой медицинской помощи включены пациенты с неосложненными гипертоническими кризами (ГК). Альбетор применен у 32 больных (19 женщин и 13 мужчин) в возрасте 38-78 лет (средний возраст (54,7±2,6 года) в указанной группе пациентов. Оценка артериального давления, частоты сердечных сокращений, субъективная симптоматика, а также ЭКГ исследование проведено до лечения, а также через 15, 30, 45, 60 минут после приема альбетора. Клинически оценивалась безопасность и переносимость препарата.

Результаты: положительный эффект проводимой терапии альбетором отмечен у всех больных, при этом отмечалось снижение систолического АД на 19,3 %, диастолического АД на 24,1 %, снижение частоты сердечных сокращений на 8,3 %. Гипотензивный эффект сочетался с уменьшением головной боли, головокружения, шума в ушах. Обращает на себя хорошая переносимость препарата. Побочных явлений выявлено не было.

Заключение: альбетор показал высокую эффективность в лечении неосложненных гипертонических кризов на догоспитальном этапе, предсказуемый гипотензивный эффект, хорошую переносимость, отсутствие побочных действий. Препарат может быть рекомендован для применения в условиях работы скорой медицинской помощи.

0808 СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ НА ВЕРОЯТНОСТЬ ИБС

Филатова И.И
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава", Саратов, Россия

Коррекция одного из основных факторов риска ИБС — курения, чрезвычайно сложна в связи с большой его распространённостью среди всей популяции, в том числе и здоровых, не имеющих психологической мотивации к прекращению курения.

Цель: изучение диагностической значимости курения в плане вероятности ИБС.

Материал и методы: На основании комплексного амбулаторного обследования 128 сотрудников одного предприятия, включающего анкетный опрос (G.Rose), сбор анамнеза, антропометрию, измерение АД, рентгенологическое обследование, ЭКГ, велоэргометрическую пробу (ВЭП), было выделено 3 группы пациентов: 46 больных ИБС — стенокардией 1 функционального класса, с положительной ВЭП, (средний возраст 45,8±3,6 лет); 48 пациентов латентной формой (ЛФ) ИБС, имеющих положительную ВЭП, но без клинических симптомов ИБС, (средний возраст 41,5±2,8 лет); 34 здоровых пациента (средний возраст 39,2±3,1 лет). Курящими считали регулярно выкуривающих не менее 1 сигареты в день. Сравнивалась распространённость курения в группах. Достоверность различия определяли по критерию χ^2. Рассчитывали диагностические коэффициенты (ДК) на основании отношения условных вероятностей (частоты встречаемости различных диапазонов количества выкуриваемых сигарет), шансы (Ω) выявления ИБС при различной интенсивности курения.

Результаты. Курящих среди страдающих нетяжёлой формой ИБС было большинство — 33 чел., 71,7 % пациентов этой группы, из них 27,3 % выкуривали ≥20 сигарет за день. Отмечается большая распространённость курения и среди здоровых — 18 чел. (53 %), и среди пациентов с ЛФ ИБС — 24 чел. (50 %), из них ≥20 сигарет за день выкуривало 11,1 % и 16,7 % соответственно. Различие в распространённости курения, независимо от количества выкуриваемых сигарет в сутки, среди больных и здоровых недостоверно, χ^2(ИБС)= 1,96 p=0,2; χ^2 (ЛФ ИБС)= 0,2 p=0,7. Таким образом, вероятность болезни только на основании наличия факта курения невелика. Для выкуривающих небольшое количество сигарет (в диапазоне от 1 до 5 сигарет в сутки) ДК имел даже отрицательное значение в отношении ИБС: ДК= -10 для ИБС и ДК= -12 для ЛФ ИБС. Факт злостного курения (диапазон ≥20 сигарет в сутки) значительно повышает вероятность ИБС: для ИБС ДК=+71, для ЛФ ИБС ДК=+54. Шанс выявления ИБС при интенсивном курении ≥20 сигарет возрастает в 9 раз, ЛФ ИБС в 4,5 раза, по сравнению с отсутствием факта курения: Ω=0,55, Ω=0,27 и Ω=0,06, соответственно.

Выводы. Распространённость курения среди больных начальными формами ИБС и среди здоровых достоверно не различается. В связи с этим диагностическая значимость курения без оценки его интенсивности для выявления ИБС не высока и возрастает только при условии выкуривании более 20 сигарет в сутки. Высокая вероятность развития ИБС у здоровых, выкуривающих более 20 сигарет в сутки, является убедительным основанием для устранения этого фактора риска и проведения мероприятий первичной профилактики ИБС у курящих здоровых.

0809 КОМПЛЕКСНАЯ ТРЕХЭТАПНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Филиппова О.А., Куимов А.Д., Захарова Т.И., Обердерфер Р.И., Полякова А.М.
ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава, МБУЗ Городская клиническая больница № 1, Новосибирск, Россия

Одной из целей реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), является снижение риска внезапной смерти и реинфаркта, контроль симптомов заболевания, выявление и устранение факторов риска (ФР), ведущих к прогрессированию заболевания.

Цель: изучить влияние комплексной трехэтапной программы реабилитации на динамику кардиоваскулярных ФР и частоту коронарных событий в течение 12 мес у пациентов, перенесших ИМ.

Методы исследования. Обследовано 142 пациента мужского пола с диагнозом острый Q-позитивный ИМ, средний возраст — 59,5±0,48 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: 76 пациентов составили 1 группу — основную (ОГ) — включенных в программу комплексной трехэтапной реабилитации, 66 пациентов составили 2 группу — группу сравнения (ГС). Пациенты обеих групп исходно не различались по основным клинико-демографическим критериям. Комплексная трехэтапная реабилитация проводилась последовательно на стационарном, санаторном и поликлиническом этапах и включала физические тренировки, обучение в Школе для больных, перенесших ИМ. Всем больным назначалась базисная медикаментозная терапия. С целью определения ФР пациенты самостоятельно заполняли специально разработанный опросник, проводился объективный осмотр, клинико-лабораторное исследование исходно и через 12 мес. Через 1 год после ИМ производился опрос пациентов, анализ медицинской документации (выписные

справки, амбулаторная карта). Статистический анализ проводили с помощью пакета программ “Statistica 5.0” (“StatSoft Inc.”, USA, 1999).

Полученные результаты. Исходно среди больных с ИМ в обеих группах выявлена высокая частота ФР. Через 12 мес как в ОГ, так и в ГС выявлено достоверное снижение АД, но межгрупповые различия в динамике АД были достоверными. Статистически значимо большее число больных, достигших целевого АД в ОГ ($p<0,05$). В ОГ отмечалось достоверное снижение уровня ОХС и увеличение ХС ЛВП; уменьшилось соотношение ОХС/ХС ЛПВП, ХС ЛНП/ЛВП ($p<0,05$), в отличие от 2 группы, где достоверная положительная динамика касалась только ОХС (у пациентов, принимавших статины — с 5,46±2,42 до 4,93±2,12; $p<0,05$). При межгрупповом сравнении различия по перечисленным показателям были достоверными. Среди пациентов ОГ достоверно уменьшилось число курильщиков, а также больных, ведущих малоподвижный образ жизни, достоверно уменьшился ИМТ. При анализе коронарных событий в течение 12 мес в ОС в сравнении с ГС выявлено достоверно меньшее количество повторных ИМ (1,3 % против 6,6 %; $p<0,05$), госпитализаций по поводу прогрессирующей стенокардии и нарастания сердечной недостаточности ($p<0,05$). Подсчет общего числа вызовов скорой медицинской помощи выявил статистически достоверное меньшее их число в ОГ при сравнении с ГС (4 против 9; $p<0,05$). Подобные результаты выявлены и при анализе активных обращений к врачу: 5 в ОГ против 11 в ГС ($p<0,05$). За период наблюдения в ОГ процент повторных инвазивных вмешательств, индуцированных ухудшением течения ИБС, не превышал 1,3 %, в то время как в ГС составлял 15,5 % ($p<0,05$). За период исследования в ОГ летальных исходов не зарегистрировано, в отличие от ГС, где летальность от кардиальных причин была достоверно выше — 6,1 % ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, у пациентов, перенесших ИМ, комплексная трехэтапная программа реабилитации способствовала коррекции кардиоваскулярных ФР, достоверно улучшила клиническое течение постинфарктного периода, вследствие чего было достигнуто уменьшение частоты коронарных событий.

0810 ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Филиппова О.А., Куимов А.Д., Барбарич В.Б., Захарова Т.И., Обердерфер Р.И.
ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава, МБУЗ Городская клиническая больница № 1, Новосибирск, Россия

В настоящее время недостаточно изученным является вопрос о влиянии метода восстановления коронарного кровотока в инфарктсвязанной артерии на качество жизни (КЖ) и психологический статус у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Цель исследования: изучить КЖ и психологический статус и оценить их динамику у пациентов, перенесших ИМ, в зависимости от метода реваскуляризации.

Материал и методы. В исследование включено 90 пациентов мужского пола (средний возраст составил 59,6±0,44 лет) с диагнозом острый Q-позитивный ИМ, разделенных на 2 группы, не различавшиеся по основным клинико-демографическим критериям: 1 группа (1Г)- 46 пациентов после проведения баллонной ангиопластики, стентирования, 2 группа (2Г) — 44 пациента после тромболизиса. Все пациенты участвовали в комплексной программе реабилитации (физические тренировки, обучение в Школе для больных с ИМ), назначалась базисная медикаментозная терапия. Для изучения КЖ применяли опросник “Ноттингемский профиль здоровья” (НПЗ). Для выявления тревожно-депрессивной симптоматики и динамического наблюдения — Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Статистический анализ проводили с помощью пакета программ “Statistica 5.0”.

Результаты. Исходно показатели КЖ по разделам “эмоциональные реакции”, “сон”, “болевые ощущения” были достоверно лучше в 1Г в сравнении со 2Г ($p<0,05$), по остальным разделам значимых различий не выявлено ($p>0,05$). При анализе показателей исходно и через 12 мес в 1Г установлена достоверная статистическая разница по всем разделам НПЗ ($p<0,05$): “энергичность” (40,6±2,2 и 20,5±2,1); “болевые ощущения” (34,5±2,6 и 13,6±2,2); “социальная изоляция” (20±1,4 и 10,8±1,4); “физическая активность” (20,3±2,1 и 9,8±1,9); “эмоциональные реакции” (34,2±3,2 и 13,1±2,0), “сон” (52,3±3,3 и 21,4±2,3). Анализ II части НПЗ показал, что после выписки из стационара, имело место, более выраженное, но статистически не значимое, негативное влияние состояния здоровья на все разделы II части НПЗ во 2Г. В обеих группах негативное влияние состояние здоровья оказывает на такие разделы, как “профессиональная деятельность” (30 % и 32 %), “ведение домашнего хозяйства” (56 % и 60 %), “общественная жизнь” (16 % и 20 %), “половая жизнь (16 % и 20 %), “любимые занятия” (28 % и 32 %), “полноценный отдых” (36 % и 44 %). При контроле через 12 мес по всем разделам II части НПЗ отмечено достоверное улучшение качества жизни у пациентов в обеих группах ($p<0,05$), однако в 1Г положительная динамика уровня КЖ была статистически более значимой ($p<0,05$). Исходная частота депрессивной и тревожной симптоматики была сопоставима в обеих группах (45,7 % и 50 %; 43,5 % и 47,7 %; $p>0,05$). У 13 % пациентов 1 группы, у 18,2 % пациентов 2 группы сочетание тревожной и депрессивной симптоматики. При контроле через 12 мес в группах отмечалось уменьшение числа пациентов с клинически значимой депрессией: в 1Г в 2,1 (21,7 %; $p<0,05$), в 2Г в 1,7 раза (29,6 %; $p<0,05$), а также тревожной симптоматикой — в 1Г в 2 раза (21,7 %; $p<0,01$), во 2Г- в 1,8 раза (27,3 %; $p<0,01$).

Заключение. Результаты исследования демонстрируют положительную динамику психологического статуса и КЖ у пациентов, перенесших ИМ, наиболее выраженную при чрезкожных вмешательствах. С учетом негативного влияния на прогноз тревожной и депрессивной симптоматики у больных с ИМ, описанная выше динамика представляется важной для улучшения прогноза. При инвазивном восстановлении коронарного кровотока, в сравнении с медикаментозным, ИМ оказывает наименьшее влияние на показатели КЖ как в остром, так и в отдаленном постинфарктном периоде.

0811 ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Зубова О.А., Халтурина И.Г., Смирнова М.Д., Нагин А.П.
Алтайский государственный медицинский университет, Краевой госпиталь для ветеранов войн, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на центральную гемодинамику больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого возраста.

Обследовано 145 больных АГ II и III стадии в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст 78,0±2,5 года), из них 25 женщин. Больные рандомизированы в группы: основная — 90 больных, получавших в комплексной терапии НИЛИ, группа сравнения — 55 больных, получавших только фармакотерапию. В основной группе выделены подгруппы: А — 28 больных, получавших внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) на аппарате “АЛОК” мощностью излучения

2 мВт 5 процедур по 30 мин., В — 32 больных, получавших накожное лазерное облучение на кардиальные зоны Захарьина-Геда в красном спектре излучения с аппарата "УЛФ-01" — 10 сеансов по 10 минут, С — 30 больных, получавших поэтапно 5 сеансов ВЛОК, затем накожное облучение по указанной методике. Исследование гемодинамики проводилось методом эхокардиографии в начале и конце курса лечения.

У больных основной группы к концу курса лечения фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) возросла на 9,6 % ($p<0,05$), в группе сравнения — на 5,7 % ($p<0,05$). В подгруппах А, В и С ФВ ЛЖ увеличилась на 12,6 %, 9,0 % и 11,2 % соответственно ($p<0,05$), значения ФВ ЛЖ после лечения в подгруппах А и С были достоверно выше, чем в группе сравнения. После курса НИЛИ у больных достоверно снизились конечный диастолический и конечный систолический размеры левого желудочка (КДР ЛЖ и КСР ЛЖ), в группе сравнения показатели не изменились. В подгруппе А КДР ЛЖ достоверно снизился на 7,9 %, КСР ЛЖ — на 9,1 %, в подгруппе С снижение показателей составило 8,5 % и 8,9 % соответственно ($p<0,05$). В подгруппе В размеры желудочков сердца значимо не изменились. У 48 (33,1 %) больных ГБ выявлены признаки диастолической дисфункции левого желудочка. Достоверные позитивные изменения этих параметров произошли только у больных основной группы: соотношение Е/А возросло на 25,2 % ($p<0,05$), показатель IVRT снизился на 12,6 % ($p<0,05$).

Таким образом, включение НИЛИ в комплекс терапии больных АГ пожилого возраста оказывает положительное влияние на центральную гемодинамику.

0812 ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО ПРОВЕДЕНИЯ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ

Филиппов Э.А., Тепляков А.Т.
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава., ГУ НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН", Томск, Россия

Цель. Изучить возможность выявления скрытых дополнительных путей предсердно-желудочкового проведения (ДППЖП) в эксперименте на кроликах с жировой эмболией сосудов головного мозга (ЖЭМ) введением одного из нейрорегуляторов пептидной природы — агониста опиатных рецепторов (ОР) D-Ala2, Leu5, Arg6-энкефалина — даларгина, и у практически здоровых молодых людей (ПЗМЛ) с постоянным ЭКГ феноменом Вольфа-Паркинсона — Уайта (ВПУ)

Материал и методы. Клиническое наблюдение включало пять практически здоровых молодых людей (ПЗМЛ) с постоянным ЭКГ феноменом ВПУ, в возрасте 21-25 лет. Всем пациентам утром, под мониторным наблюдением за ЭКГ, оценкой АД и вегетативных показателей сердечного ритма (ВПСР), в/в вводили 1 мг даларгина в 5 мл физиологического раствора для оценки влияния агониста ОР на функционирование ДППЖП. Эксперимент проведен на 39 кроликах породы "шиншилла", массой 3-3,5 кг. После предварительной подготовки, под местной анестезией, к сонной артерии подсоединяли 4-х ходовую канюлю. На протяжении эксперимента периодически снимали ЭКГ в стандартных отведениях.. ЖЭМ осуществлялась введением 1 мл оливкового масла в сонную артерию, через канюлю. 19 животным предварительно перед ЖЭМ вводился даларгин в/а в дозе 100 мкг/кг веса.

Результаты: В двух случаях, клинических наблюдений, отмечена нормализация синдромной ЭКГ. По данным ритмографии, введение даларгина ПЗМЛ сопровождалось симпатикотонией, что подтверждалось достоверным ($p<0,05$) снижением показателя Δx. В эксперименте, ЖЭМ сопровождалась возникновением ВПУ подобной ЭКГ у 20,8 % животных, т. е. в 4 раза чаще, чем в исходном состоянии (5,1 %). ЖЭМ проведенная на фоне предварительно введенного агониста ОР даларгина сопровождалась еще большим (в 3 раза) возникновением на ЭКГ кроликов ВПУ подобной ЭКГ (у 63,1 %), в сравнении с серией опытов с ЖЭМ без применения даларгина.

Выводы. Результаты исследований подтверждают существование ДППЖП у животных, важную роль нейрорегуляторов пептидной природы и в частности агониста опиатных рецепторов (ОР) D-Ala2, Leu5, Arg6-энкефалина — даларгина в функционировании ДППЖП, возможность использования даларгина в качестве неинвазивного метода, фармакологического теста для выявления скрытого ВПУ синдрома у лиц с пароксизмами тахиаритмий и нормальной исходной ЭКГ.

0813 РОЛЬ ГИПОТАЛАМУСА В ФОРМИРОВАНИИ ИНФАРКТО-ПОДОБНОЙ ЭЛЕТРОКАРДИОГРАММЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Филиппов Э.А., Тепляков А.Т.
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, ГУ НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель. Оценить роль гипоталамуса в формировании инфаркто-подобной ЭКГ (ИП ЭКГ) в условиях экспериментальной жировой эмболии сосудов головного мозга (ЖЭМ) у кроликов.

Материал и методы. Исследование проведено на 20 кроликах породы "шиншилла", массой 3-3,5 кг. Всех животных перед опытом выдерживали в течение 1-2 недель в стандартных условиях вивария. После предварительной подготовки, под местной анестезией, к сонной артерии подсоединяли 4-х ходовую канюлю, предварительно промытую гепарином. Использование ангиостомических канюль позволяло осуществлять гемодинамический контроль, забор крови, вводить оливковое масло в любой момент проводимого эксперимента, не нарушая кровоток в магистральных сосудах. На протяжении эксперимента периодически снимали ЭКГ в стандартных отведениях. Животные на указанные манипуляции обычно реагировали спокойно. ЖЭМ осуществлялась введением 1 мл оливкового масла в сонную артерию через канюлю. Контрольную группу составили 5 кроликов, которым вместо жира вводили физиологический раствор. Сразу после выхода животных из эксперимента, образцы тканей сердца и мозга для гистологического анализа и идентификации наличия жира в них.

Результаты. ЖЭМ у всех кроликов сопровождалась возникновением, кратковременных (1-2 мин) тонико-клонических судорог. ИП ЭКГ, с выраженной депрессией сегмента ST в 1 и подъемом в 111 стандартном отведении, отмечена у 41,6 % животных, причем каких-либо беспокойств при этом у животных не наблюдалось. Идентификация жира в исследуемых образцах гистологического материала сердца и мозга, выявила жировую эмболию преимущественно в задних отделах гипоталамуса и отсутствие таковой в сердце. ИП ЭКГ, по результатам исследований, вероятно, обусловлена активацией функционирования дополнительных путей предсердно-желудочковых проведения (ДППЖП) в сердце животных в ответ на ЖЭМ гипоталамуса. На это указывает быстрая сменяемость (в течение 2-3 мин) измененной ЭКГ на нормальную, частое выявление у кроликов на ЖЭМ WPW-подобной ЭКГ (у 20,8 %), АВ-диссоциации (у 66,6 %), различных желудочковых нарушений сердечного ритма, патогенетически связанных с функционированием ДППЖП..

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о важной роли гипоталамуса в формировании не только различных аритмий, патогенетически связанных с функционированием ДППЖП, но и ИП ЭКГ в условиях экспериментальной ЖЭМ. На наличие ДППЖП у животных указывают и другие авторами. Полученные результаты исследований, представляют большой теоретический интерес в отношении возможной связи возникновения безболевой формы инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ, с функционированием ДППЖП, а не с коронарной недостаточностью. Данное положение убедительно подтверждают, ложно-положительные результаты трактовки рубцовых изменений миокарда в кли-

нической практике, при наличии отрицательной Δ волны на ЭКГ, при синдроме WPW.

0814 СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ (КУРЕНИЕ, НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, НЕПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ) И БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Фролова О.И., Денисова С.С.
ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Цель: изучить особенности структуры и распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний в популяции практически здоровых лиц, проживающих в условиях Крайнего Севера.

Материалы и методы. Обследовано 1000 работающих жителей г.Нижневартовска (ХМАО), в возрасте от 20 до 66 лет (медиана — 35 лет интерквартильный размах от 29 до 45 лет), прошедших дополнительную диспансеризацию в рамках реализации приоритетного национального проекта “Здоровье” в 2006-2007 гг., принадлежащих к I и II диспансерным группам. Количество мужчин составило 323 человека (32,3 %) и количество женщин — 677 человек (67,7 %).

Результаты. Обнаружено, что нормальную массу тела имели только 50,1 % (501) обследованных лиц, у 41,6 % (416) отмечено наличие избыточной массы тела, у 7,8 % (78) — ожирение I степени и у 0,5 % (5) — ожирение II степени. Частота наличия избыточной массы тела и ожирения в группе мужчин и женщин практически не различалась. Частота курения в группе мужчин составила 88,54 % (286) и в женской популяции — 35,3 % (239). Частота гиподинамии составила 55,42 % (179) в группе мужчин и 57,31 % (388) в группе женщин. Содержание ОХС <5 ммоль/л определялось у 70,8 % (708) и у 29,2 % (292) его концентрация составляла 5 и более ммоль/л. Гендерных различий по частоте регистрации гиперхолестеринемии среди обследованного контингента получено не было (мужчины — 69,65 %, женщины — 71,34 %).

Неправильное питание — дисбаланс по макро и/или микронутриентному составу фиксируется у 100 % респондентов. Частота избыточного потребления энергии (более 150 % от необходимого) составила 30,4 % (304/1000), при этом в группе мужчин — 12,38 % (40/323) и в группе женщин — 39 % (264/677). Снижение содержания белков (менее 10 % суточной калорийности) отмечено у 2,3 % (23/1000), рекомендованное содержание (10-15 %) у 95,7 % (957/1000) и увеличение доли белков (более 15 %) у 2 % (20/1000). Рекомендованное количество жиров (30-35 %) потребляло только 33,4 % (334/1000) респондентов, тогда как у 66,6 % (666/1000) отмечено избыточное потребление жиров, доля моносахаридов более 50 % от общего количества потребляемых углеводов зафиксирована 82,7 % респондентов (827/1000). Относительное содержание пищевых волокон в рационе составило в группе мужчин — 67,7 % от необходимого количества (12,5 мг на 1000 ккал) и 66,3 % в группе женщин. Статистически значимых различий в частоте регистрации нарушений макронутриентного состава при сравнении группы мужчин с группой женщин не получено. Регулярное употребление алкоголя отмечали 48,7 % пациентов — 61.3 % мужчин и 42,75 % женщин. Только у 14,4 % (144/1000) отмечено отсутствие недостатка витаминов и микроэлементов, в группе мужчин — 13,93 % (45/323) и 14,62 % (99/677). Недостаток 1 витамина или микроэлемента отмечен у 10,5 % (105/1000), в группе мужчин — 13,93 % (45/323) и 14,62 % (99/677) у остальных 85,6 % обследованных отмечено снижение двух и более витаминов и микроэлементов в суточном рационе. Дефицит в рационе витаминов и микроэлементов обратно пропорционален ($r=-0,91$; $p<0,001$) реальной энергетической ценности суточного рациона.

Заключение: В популяции практически здоровых лиц, работающих в условиях Севера наиболее распространенными поведенческими факторами риска ХНИЗ являются: курение (мужчины — 88,54 %, женщины 35,3 %), гиподинамия (мужчины — 55,42 %, женщины — 57,31 %) и неправильное питание, в структуре которого преобладает недостаток витаминов и микроэлементов (выраженность дефицита обратно пропорциональна энергетической ценности суточного рациона), увеличение доли жиров и преобладание моносахаридов над полисахаридами. Среди биологических факторов риска наиболее часто регистрировалось наличие избыточной массы тела и ожирения — 49,9 %, частота гиперхолестеринемии составила — 29,2 %. Все это диктует исключительную важность профилактических вмешательств.

0815 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ РОСТОВА-НА-ДОНУ И ОБЛАСТИ

Хаишева Л.А., Быковская Т.Ю, Разумовский И.В., Алимхаджиев А.А., Шлык С.В.
Ростовский Государственный Медицинский Университет, Министерство здравоохранения Ростовской области, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучение распространенности факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у людей разных возрастных групп.

Методы исследования: приняло участие 844 человека из них 631(55,2±18,4 лет) женщина (74,8 %), и 213 мужчин (52,5±14,8 года). Респонденты были разделены по полу и возрасту в соответствии классификации ВОЗ. Первая группа от 0 до 29 лет (90 женщин, 14 %; 24 мужчины, 11 %), вторая — от 30 до 44 лет (59 женщин, 9 %; 23 мужчины, 10 %), третья — от 45 до 59 лет (143 женщины, 22 %; 47 мужчин, 20 %), от 60 до 74 лет (280 женщин, 44 %; 87 мужчин, 40 %), от 75 до 89 лет (59 женщин, 9 %; 32 мужчины, 15 %). Нами оценивались следующие ФР развития ССЗ: пол, возраст, уровень систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД), уровень общего холестерина (ОХС), индекс массы тела (ИМТ).

Полученные результаты: минимальные значения САД и ДАД наблюдаются в первой возрастной группе, как у мужчин, так и у женщин. В третьей возрастной группе наблюдаются пограничные значения САД (134,07±19,94 мм рт.ст.) и ДАД (85,77±12,55 мм рт.ст.), которые достоверно больше чем в I-ой и II-ой группах. В старших возрастных группах наблюдаются максимальные значения САД для всех обследуемых, однако с ДАД отмечается иная ситуация, начиная с 60 лет, значения ДАД прекращают повышаться. Это приводит к формированию изолированной систолической гипертензии, так как данная форма артериальной гипертензии становится наиболее распространенной у лиц 65 лет и старше. С возрастом пульсовое артериальное давление становится все более значимым фактором риска. Уже в первой возрастной группе женщин наблюдаются пограничные значения ОХС (4,72±0,81 ммоль/л), у мужчин этот показатель несколько ниже (4,34±0,64 ммоль/л). Причем в группе женщин в возрасте от 45 до 59 лет 60,84 % женщин и 88,9 % мужчин имеют уровень ОХС более 5,0 ммоль/л. Максимальные значения ОХС наблюдаются в возрастной группе старше 60 лет и составляют 5,48±0,87 ммоль/л у женщин и 5,24±0,54 у мужчин. Достоверного увеличения уровня ОХС с возрастом от 60 лет до 89 не выявлено. Почти половина (45,76 %) женщин и 34,7 % мужчин в возрасте старше 30 лет страдают избыточной массой тела или ожирением. Максимальные значения ИМТ наблюдаются в третьей возрастной группе и составляют 29,31±5,27 у женщин и 28,74±3,12 у мужчин. После 75 лет значения ИМТ несколько снижаются.

Выводы: женщины более приверженны, чем мужчины, как к рекламной агитации, так и обследованию. В возрастной группе старше 45 лет, как у женщин, так и у мужчин чаще

выявляются факторы риска ССЗ. Первичная профилактика ССЗ должна быть направлена именно на эту категорию населения.

0816 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО

Хаишева Л.А., Шлык С.В., Гарина И.А., Линник А.С.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования. Изучить особенность капиллярного кровотока у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от длительности заболевания.

Методы и материалы. Обследовано 60 пациентов с артериальной гипертензией (29 мужчин и 31 женщина), средний возраст 58,57±7,81 лет. Все пациенты в течение 10 дней до обследования не принимали гипотензивную терапию и непосредственно в день исследования не принимали чай, кофе, не курили. Исследование проводилось в утренние часы натощак в комнате с оптимальной температурой воздуха (24 С), в спокойной обстановке с предварительным пятнадцатиминутным отдыхом. Капиллярной кровоток оценивали путем исследования микроциркуляторного русла в области ногтевого валика III пальца кисти на аппарате " Минимаксдопплер-К" датчиком 20 МГц с проведением двух функциональных проб и определением систолической максимальной скорости (Vs, см/с), средней скорости за цикл (Vm, см/с), диастолической максимальной скорости (Vd, см/с), объемной скорости (Qas.мл/с/см3) капиллярного кровотока через одну, три, пять минут после воздействия. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы статистического анализа "Statistica. 6" (Statsoft, США). Результаты представлены в виде средних величин и ошибки средних величин (M±m). За статистически значимые принимались отличия при p<0,05.

Результаты. Длительность заболевания артериальной гипертензией у пациентов составила 9,2±7,2года. В зависимости от цели исследования все больные были разделены на две группы: I группа (длительность АГ до 10 лет) — 28 пациентов, страдали АГ 4,91±3,65 лет, II группа (АГ более 10 лет) — 32 пациента, имели в анамнезе АГ 8,93±7,0 лет (p<0,05). Необходимо отметить, что группы были сопоставимы между собой по полу, возрасту (55,39±9,81 лет и 57,16±8,82 лет), средним цифрам систолического артериального давления (17 7,17±17,86 и 177,5±24,16 мм рт.ст.) и диастолического артериального давления (99,56±11,97 и 106,66±19,69 мм рт.ст. — для первой и второй группы соответственно). Оценка результатов определения линейных скоростей кровотока в группах после проведения холодовой пробы на 3 минуте после воздействия показала достоверное снижение показателей в обеих группах, как по отношению к исходным значениям Vs исх Iгр =16,48 см/с, Vs Iгр =16,06 см/с, (p<0,05), Vs исх IIгр=15,99 см/с Vs IIгр=12,1 см/с (p<0,05), Vm исх Iгр =2,73см/с, Vm Iгр =2,9см/с, (p<0,05), Vm исх IIгр =3,02 см/с, Vm IIгр =2,81 см/с (p<0,05), Vd исх Iгр.=1,41 см/с, Vd Iгр.=1,06 см/с,, (p<0,05) Vd исх IIгр=1,57см/с Vd IIгр=1,46см/с, (p<0,05), в каждой из групп, так и между группами Vs Iгр =16,06 см/с, Vs IIгр=12,1 см/с,(p<0,05), Vm Iгр =2,9см/с, Vm IIгр =2,81 см/с, (p<0,05), Vd Iгр.=1,06 см/с, Vd IIгр=1,46см/с, (p<0,05). Более выраженное снижение показателей наблюдалось во второй группе. Показатель тканевой перфузии (Qas) был выше у лиц, страдающих АГ более 10 лет по сравнению с пациентами, с течением АГ менее 10 лет во время проведения холодовой пробы.

Выводы. У пациентов страдающих артериальной гипертензией менее 10 лет микроциркуляторное русло в ответ на воздействие реагирует недостаточным изменением диаметра сосудов и скорости кровотока. У пациентов с АГ, длительностью заболевания более 10 лет, отмечается более выраженный парадоксальный ответ на воздействия, что свидетельствует о далеко зашедших процессах повреждения сосудистой системы.

0817 ВЛИЯНИЕ ФЕВАРИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Халикова Н.А., Хурсанов Н.М., Хамидов Н.Х., Умаров А.А., Авгонов Б.А.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучение влияния антидепрессанта нового поколения феварина — на сократительную функцию миокарда у больных артериальной гипертонией (АГ) с сопутствующими аффективными расстройствами.

Материал и методы. Обследовано 29 больных АГ I и II степени (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999г), в том числе 15 женщин и 14 мужчин, в возрасте от 65 до 78 лет.

Для выявления и оценки выраженности аффективных нарушений использовали клиническую шкалу депрессии Hamilton (HDRS). Степень депрессии диагностировали при суммарном балле ≥16. Сопутствующая тревожная симптоматика определялась по госпитальной шкале тревоги и депрессии, разработанной A.S.Ligmond, Snaith. Критерием включения в исследование были больные общим баллом >8.

Сократительная функция миокарда исследовалась методом поликардиографии. Определялись следующие показатели: индекс напряжения миокарда (ИНМ), коэффициент Блюмбергера (КБ), внутрисистолический показатель (ВСП), расход энергии (РЭ) левого желудочка и объемная скорость выброса (ОСВ). Феварин назначался в начальной дозе 25 мг однократно, вечером. Гипотензивная терапия проводилась липразид-10 (лизиноприл 10 + гидрохлортиазид 12,5 мг). Средесуточная доза феварина составила 50 мг, липразида 15 мг.

Полученные результаты: к концу курса лечения отмечалось заметное снижение как систолического (на 17,6 %), так и диастолического (на 18,0 %) артериального давления (АД). Такая положительная динамика со стороны АД отразилась и на самочувствие пациентов. Уменьшились отдышка, головокружение, шум в ушах улучшился сон. При анализе фазовой структуры сердечного сокращения установлено увеличение КБ (на 20,8 %), ВСП (на 3,6 %) и уменьшение ИНМ (на 3,1 %). ОСВ возросла (на 7,6 %). Сдвиги в психологическом состоянии больных характеризовались значительным улучшением: суммарный балл HDRS снизился на 51 %, шкала тревоги на 26 %.

Выводы: полученные данные свидетельствуют, что применение липразида с феварином является эффективным средством лечения тревожно-депрессивных состояний у больных с АГ пожилого возраста и не ухудшает сократительную функцию миокарда.

0818 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПОВТОРНЫХ КУРСОВ ВНУТРИВЕННОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Халилов А.Н., Бахшалиев А.Б., Кахраманова С.М.
Научно-Исследовательский Институт Кардиологии им. Дж. Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Цель работы: изучить возможности дополнительных положительных эффектов внутривенной лазеротерапии (ВЛТ) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), длительно принимающих верапамил, бисопролол и амиодарон.

Материал и методы: под наблюдением находились 49 больных ГКМП (41 мужчин и 8 женщин, средний возраст 44,1±2,02) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функционального класса (ФК) по NYHA. В большинстве случаев в проявлении признаков ХСН ведущую роль сыграла диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ). Все пациенты в течение 12 месяцев принимали контролируемое медикаментозное лечение: бисопролол в суточной дозе 5-10 мг

— 18 больных; верапамил в суточной дозе 120-160 мг — 17 больных; амиодарон в суточной дозе 400-600 мг — 14 больных. В терапии 25 больных (у 9 больных из группы бисопролола; у 9 — из группы верапамила, у 7 из группы амиодарона) дополнительно использовалась внутривенная лазеротерапия (ВЛТ) с облучением крови гелий-неоновым лазером мощностью 1 МВТ в течение 30-60 минут (5-10 ежедневных сеансов на курс). Повторные курсы проводились через 4-6 месяцев. Обследование пациентов проводилось исходно и на фоне проведенного лечения (через 6 и 12 месяцев). Изучалась динамика нарушений ритма сердца (НРС) и некоторых Эхо-КГ показателей (толщина межжелудочковой перегородки — ТМЖП, в мм; толщина задней стенки ЛЖ — ТЗС, в мм; размер левого предсердия — РЛП, в мм).

Результаты и обсуждение: в группе пациентов, принимающих ВЛТ отмечалось более отчетливое уменьшение встречаемости НРС, причем достоверное уменьшение желудочковой экстрасистолии отмечается с 6-го месяца и сохраняется к концу периода наблюдения (исходно у 64,0 %, через 6 месяцев — у 28,0 %, через 12 месяцев — у 12,0 % больных, $p<0,001$). В группе больных, принимающих ВЛТ также отмечалось достоверное уменьшение ТМЖП (исходно — 16,6±0,34мм, через 6 месяцев — 15,8±0,32мм, через 12 месяцев — 15,5±0,3мм, $p<0,05$) и РЛП (исходно — 42,3±0,77мм, через 6 месяцев — 40,9±0,75 мм, через 12 месяцев — 40,0±0,73 мм, $p<0,05$). В группе больных, принимающих только медикаментозное лечение динамика вышеуказанных показателей была статистически недостоверной ($p>0,05$).

Заключение: применения повторных курсов ВЛТ дают дополнительные положительные эффекты у больных ГКМП.

0819 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПРОСАРТАНА И ПЕРИНДОПРИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Халилов А.Н., Бахшалиев А.Б., Кахраманова С.М., Ахмедов Т.М.
Научно-Исследовательский Институт Кардиологии им.Дж. Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Цель работы: изучить влияние длительного приема эпросартана и периндоприла на систолическую функцию левого желудочка и функциональное состояние сердца у больных с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы: под наблюдением находились 17 больных ДКМП с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-IV ФК по NYHA (средний возраст 51,1±1,5). Все пациенты в течение 12 месяцев получали базисную терапию (БТ), состоящую из сердечных гликозидов, бета-адреноблокаторов и диуретиков. В зависимости от дополнительно добавленного к БТ препарата (эпросартана или периндоприла) больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 9 больных, принимающих периндоприл (престариум, Servier, Франция) в суточной дозе 2-4 мг. Вторую группу составили пациенты из 8 человек, которые в добавление к БТ получали эпросартан (теветен, Solvey-Farma) в суточной дозе 200-400 мг. Обследование больных проводилось исходно и на фоне проведенного лечения (через 6 и 12 месяцев). Изучалась динамика некоторых Эхо-КГ показателей, в том числе конечный диастолический и систолический объем левого желудочка (КДО и КСО), фракция выброса (ФВ), а также динамика ХСН по ФК (NYHA) и "качество жизни" по баллам.

Результаты и обсуждение: как в группе периндоприла, так и в группе эпросартана отмечается выраженное улучшение показателей систолической функции ЛЖ: ФВ ЛЖ возросла по сравнению с исходной на 2,6 % и 13,0 % в группе периндоприла и на 6,7 % и 8,6 % в группе эпросартана через 6 и 12 месяцев соответственно. В обеих группах также отмечено улучшение функционального состояния пациентов. Средний ФК по NYHA с 2,8±0,08 уменьшился и к 12 месяцу составил 2,7±0,07 в обеих группах; "качество жизни" в группе периндоприла исходно составило 66,3±10,2, через 6 месяцев уменьшилось и составило 61,4±9,8 и через 12 месяцев достигло 61,6±11,7 балла. В группе эпросартана соответственно: 64,5±11,3 (исходно); 57,3±8,4 (через 6 месяцев) и 57,7±10,04 (через 12 месяцев). Следует отметить, что разница изменений между группами были статистически недостоверными.

Заключение: полученные результаты показывают одинаковую эффективность эпросартана и периндоприла в отношении влияния как на систолическую функцию ЛЖ, так и на функциональное состояние больных ДКМП, что делает обоснованным назначение блокатора ангиотензиновых рецепторов эпросартана не только как альтернативного к ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента, а также в качестве равноправного ему препарата.

0820 ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Халтурина И.Г., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Шахова Т.В., Смирнова М.Д.
ГОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет Росздрава" Краевой госпиталь для ветеранов воин, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона на показатели гемостаза у больных пожилого возраста с артериальной гипертонией (АГ).

Обследовано 125 больных с АГ II-III стадии в возрасте от 60 до 85 лет (68,4±1,1лет), из них 22 женщины, с АГ II стадии — 32 больных, III стадии — 93. У всех больных АГ сочеталась с ИБС. Методом случайной выборки больные были разделены на две группы: основная — 85 больных АГ и ИБС, получавших ЭМИ в комплексе с медикаментозной терапией; сравнения — 40 больных, получавших только фармакотерапию. Воздействие ЭМИ миллиметрового диапазона осуществлялось аппаратом "Явь-1" 10 сеансов на курс лечения по 20 минут ежедневно длиной волны 7,1мм на область третьего- четвертого шейных позвонков или верхней трети грудины. У всех больных исследовали показатели тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза в начале и конце курса лечения.

При поступлении в стационар у больных основной группы концентрация фибриногена была близка к верхней границе нормы, показатель РФМК у всех пациентов был высоким. Остальные исследуемые показатели гемостаза (количество тромбоцитов, агрегация тромбоцитов, АПТВ, МНО, антитромбин III) были в пределах нормы. К концу лечения в обеих группах отмечена тенденция к снижению тромбинового времени, концентрации фибриногена, РФМК и антитромбина III ($p>0,05$). Динамика показателей гемостаза в процессе лечения была рассмотрена в зависимости от их исходных значений. По каждому показателю больные делились на 3 подгруппы: первая — пациенты с показателем ближе к нижней границе нормы, вторая — пациенты со средними значениями показателя, третья — пациенты со значениями ближе к верхней границе нормы. Отмечено, что у больных первой подгруппы к концу курса лечения произошло достоверное возрастание показателей (количество тромбоцитов, агрегация тромбоцитов, АПТВ, фибриноген, РФМК). У больных второй подгруппы эти показатели значимо не изменились. У больных третьей подгруппы значения указанных показателей достоверно снизились. В группе сравнения наметилась лишь тенденция к улучшению показателей гемостаза. Показатели МНО и антитромбин III к концу лечения в группах исследования статистически значимо не изменились.

Таким образом, включение ЭМИ миллиметрового диапазона в комплекс лечения больных АГ пожилого возраста оказывает нормализующее влияние на коагуляционный и тромбоцитарный гемостаз.

0821 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ

Хамидов Н.Х., Шукурова С.М., Тоиров Х.К.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить возрастные особенности артериальной гипертоний и состояния липидного спектра крови у больных подагрой.

Материал и методы. В исследование было включено 38 больных подагрой (все мужчины). Диагноз подагры устанавливали в соответствии с классификационными критериями S.L. Wallace (1977). Средний возраст включенных в исследование больных составил 56,6±7,5 лет с колебаниями от 42 до 72 лет. Медиана продолжительности заболевания составила 10 [3; 16,5] лет, медиана возраста дебюта подагры — 43 [29; 50] года. Артериальная гипертония (АГ) диагностировалась при величинах дневного систолического АД (САД) выше 140 мм рт. ст. и диастолического (ДАД) выше 90 мм рт. ст. (ВОЗ и МОАГ, 1999). Проводилось исследование липидбелкового спектра крови — общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХСЛВП) колориметрическим методом. ЭхоКГ исследование выполнялось на аппарате "Logiq 500" по стандартной методике. За критерием диагностики гипертрофии миокарда левого желудочка принимали Фрамингемские критерии индекса массы миокарда левого желудочка ≥118 г/м².

Полученные результаты. Все больные были распределены на 2 возрастные группы: моложе 59 лет (20 больной) и старше 59 лет (18 больной). В первой группе АГ выявлена у 13 (65 %) больных, из них больные с АГ I ст. — 6 (46,1 %), АГ II ст. — 4 (30,8 %) и АГ III ст. — 3 (23,1 %). Снижение сывороточного уровня ХСЛВП отмечалось у 15 (75 %), а гипертриглицеридемия констатирована у 7 (35 %) пациентов. У пациентов старше 59 лет АГ выявлена у 15 (83,3 %) пациентов (АГ I ст. — 3 (20 %); АГ II ст.- 5 (33,3 %) и АГ III ст. — 7 (46,7 %), сохранялась высокая частота сниженного сывороточного уровня ХСЛВП (72,2 %), а гипертриглицеридемия встречалась намного реже (22,2 %), чем в первой группы. Возрастной диморфизм гипертриглицеридемии у больных подагрой подтверждался и обратной корреляционной связью сывороточного уровня ТГ с возрастом на момент обследования (r=-0,25, p=0,0095). Частота выявления повышенных значений АД, напротив, увеличилась с возрастом (p=0,027). Это нашло отражение в наличии корреляции между возрастом и абсолютными значениями САД (r=0,26, p=0,0011) и ДАД (r=0,35, p<0,0002). Гипертрофия миокарда левого желудочка выявлялась у 12 (60 %) больных до 59 лет и у 14 (77,8 %) больных старше 59 лет.

Выводы. Частота выявления и степень АГ у больных подагрой имеют прямую корреляцию с возрастом. Получены данные, свидетельствующие о наличии возрастных особенностей липидного спектра крови у больных подагрой: у молодых больных наблюдается большая выраженность гипертриглицеридемии, а частота сниженного сывороточного уровня ХСЛВП не имеет связи с возрастом.

0822 ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ВАЛЬСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Хамидуллина Р.М., Закирова А.Н., Карамова И.М., Фахретдинова Е.Р., Берг А.Г., Нуртдинова Э.Г., Яруллина А.Р., Шмелева Г.А., Федорова Е.А.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования: оценка клинической эффективности и переносимости нового антагониста рецепторов ангиогензина II вальсартана в дозе 80 мг в сутки при лечении артериальной гипертонии (АГ).

Материал и методы. В исследование включены 20 больных с АГ 1 и 2 степени с уровнем диастолического давления от 95 до 114 мм рт.ст. За 3 недели до включения в исследование у этих больных отменялась предшествующая гипотензивная терапия.

Гипотензивное действие вальсартана оценивали по динамике АД и частоте сердечных сокращений исходно и через 2, 4 и 8 недель лечения. Влияние вальсартана на гематологические и биохимические показатели крови определяли исходно и через 8 недель лечения.

Полученные результаты. Установлено, что гипотензивный эффект вальсартана проявился уже через 2 недели лечения, что выразилось в достоверном снижении систолического АД на 8,2 %, а диастолического АД на 8 %.

В дальнейшем через 4 недели лечения вальсартаном степень гипотензивного эффекта нарастала до 11 и 10,5 % соответственно. Клиническая эффективность вальсартана через 8 недель лечения в виде монотерапии была расценена как отличная у 50 %, хорошая у 40 % и удовлетворительная у 10 % пациентов. Особенно эффективным был препарат при АГ 1 степени. Применение вальсартана независимо от сроков лечения не оказывало существенного влияния на частоту сердечных сокращений.

Выводы. Результаты исследования показали, что препарат обладает хорошей переносимостью, не дает отрицательных побочных эффектов, не оказывает отрицательного воздействия на клинические и биохимические показатели крови.

0823 ЗАВИСИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ВАРИАНТА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПАХ

Хамнагадаев И.И., Поликарпов Л.С., Яскевич Р.А.
НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия; ГОУ ВПО КрасГМУ МЗ и СР им. проф. Войно-Ясенецкого В.Ф., Красноярск, Россия

Цель. Изучить зависимость между антропометрическими показателями у больных гипертонической болезнью (ГБ) различных соматотипов и частотой нарушений ритма и вариантами ремоделирования левого желудочка (ЛЖ).

Методы исследования. Анкетирование, антропометрия, клинический осмотр, измерение артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца. Обследовано 102 мужчин в возрасте 20-59 лет (средний возраст 43,5 лет) имеющих гипертоническую болезнь. Статистическая значимость показателей оценивалась с использованием критерия Фишера. Для оценки полученных данных использовалась методика корреляционной адаптометрии.

Полученные результаты. Изучение частоты встречаемости вариантов ремоделирования левого желудочка у больных ГБ соматотипов показало, что при брюшном соматотипе нормальная геометрия ЛЖ встречалась чаще по сравнению с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ и по сравнению с асимметричной гипертрофией ЛЖ. При грудном соматотипе нормальная геометрия ЛЖ встречалась чаще по сравнению с концентрическим ремоделированием ЛЖ (p<0,05). При мускульном соматотипе статистически значимых различий частоты вариантов ремоделирования ЛЖ не выявлено. При неопределенном соматотипе чаще встречается эксцентрическая гипертрофия ЛЖ по сравнению с концентрическим ремоделированием ЛЖ.. При сравнении частоты вариантов гипертрофии ЛЖ между группами соматотипов, выявлена более высокая частота эксцентрической ГЛЖ у лиц неопределенного соматотипа по сравнению с брюшным соматотипом (p<0,01) и тенденция к более высокой частоте концентрического ремоделирования ЛЖ при брюшном соматотипе, по сравнению с грудным.

При анализе корреляционной зависимости антропометрических данных и наджелудочковой экстрасистолии наиболее выраженные корреляционные связи выявлены при мускульном соматотипе (r=0,28), а ниже в группах неопределенного, брюшного и грудного соматотипов. При анализе зависимости в отношении желудочковой экстрасистолии наиболее высокое значение также было получено при мускульном соматотипе (r=0,35).

Вывод. При проведении корреляционной адаптометрии у мужчин имеющих гипертоническую болезнь наиболее выраженные связи между нарушениями ритма сердца и принадлежностью к соматотипу выявлены у мужчин мускульного соматотипа.

0824 РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Кусаев В.В.
ГОУ ВПО "КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого", Красноярск, Россия

Цель исследования: изучение фармакоэпидемиологии гипотензивных препаратов у больных АГ пожилого и старческого возраста.

Были проанализированы амбулаторные карты 426 больных АГ II-III степени (по рекомендациям ВНОК-2008, ESH/ESC-2007) 267 лиц пожилого (60-74 года — по классификации ВОЗ, 1963) и 159 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) — (62,7 % и 37,3 % соответственно) по поводу рациональности назначения АГТ, из которых 292 пациента заполняли оригинальную адаптированную анкету. Результаты исследований вносились в индивидуальные протоколы и в электронную базу данных. Статистическая обработка материала производилась с помощью компьютерного пакета "STATISTICA".

Средний возраст участников исследования 70,3 года. По уровню образования — преобладали лица с высшим образованием — 47,4 %, со средним специальным — 28,4 % и со средним и неполным средним образованием — 24,2 %, что говорит о достаточном высоком образовательном уровне обследованных. Стаж АГ менее 1 года имеют — 0,7 % обследованных, от 1 года до 5 лет — 5,7 %; 31,5 % пациентов страдают АГ от 5 до 10 лет; основная часть (60,7 %) имеет стаж заболевания от 10 до 20 лет, и свыше 20 лет — 1,4 % больных. 98,8 % пациентов с АГ имеют факторы риска и другие сопутствующие состояния; 84,6 % больных имеют более 1 фактора риска. Наиболее частыми факторами риска — ожирение и гиперхолестеринемия, ИБС, стрессы, депрессивные состояния. 44,7 % мужчин и 61,3 % женщин имеют избыточную массу тела. Наиболее частыми осложнениями были гипертонические кризы, различные формы ИБС и сердечная недостаточность.

Анализ доли различных классов АГТ в общей структуре показал, что основу лечения больных с АГ составляют ингибиторы АПФ — 29,6 %, β-адреноблокаторы (БАБ) — 18,4 %, диуретики — 20,2 %, антагонисты кальция (АК) — 10,1 %. Препараты центрального механизма действия используют 2,7 % больных, фиксированные комбинации ГП используют 9,3 % больных, антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) назначаются в 4,9 % случаев и α1-адреноблокаторы (ААБ) применяют 4,8 % больных. Наши данные несколько отличаются от данных российских фармакоэпидемиологических исследований ПИФАГОР II и III (2006, 2009), что связано с более высоким возрастом пациентов с АГ, участвующих в нашем исследовании, что привело к большему удельному весу такой группы ГП как ААБ. Частота применения основных классов АГТ практически совпадает с общей структурой потребления ГП и "держится на трех китах": ИАПФ — 59,7 %, БАБ — 34,8 %, диуретики — 38,3 %, а также АК — 20,4 %, АРА II — 11,7 %, ААБ — 12,4 %, препараты центрального действия — 5,0 %, частота применения фиксированных комбинаций ГП составляет 18,9 %.

Таким образом, проведенное исследование у больных АГ пожилого и старческого возраста показало, что эти больные получают в основном ИАПФ, БАБ, диуретики, что не совсем соответствует рекомендациям ВНОК-2008, ESH/ESC-2007 (согласно которых — препараты выбора у пожилых — диуретики, АК, АРА II).

0825 I/D ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ

Хасанов Н.Р., Чугунова Д.Н., Фатыхова З.М., Ослопов В.Н.
ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет Росздрава", Казань, Россия

Цель: изучить степень снижения АД при монотерапии эналаприлом с учетом I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента ACE у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. В исследование включен 61 больной ГБ 1 и 2 стадии татарской национальности (средний возраст — 43,18±10,24 лет), из них 25 мужчин (41 %) и 36 женщин (59 %) без тяжелой сопутствующей патологией (тяжелые нарушения ритма, сахарный диабет и т. д.). До начала гипотензивной терапии и для оценки эффективности лечения проводилось суточное мониторирование АД. Идентификация полиморфного маркера I/D гена ангиотензинпревращающего фермента ACE проводилась методом ПЦР. Все больные в течение четырех недель получали эналаприл в дозе 10 — 20 мг/сутки в 2 приема (в среднем — 13,27±4,73 мг/сутки).

Результаты. До начала терапии среднее систолическое АД (ССАД) во всей группе больных составило 142,39±11,25 мм рт. ст., среднее диастолическое АД (СДАД) — 91,26±9,57 мм рт.ст. Через месяц лечения ССАД снизилось на 5,79±11,18 мм рт.ст. и достигло 136,61±11,64 мм рт.ст. (p=0,006), а СДАД снизилось на 5,08±9,66 мм рт.ст. до уровня 86,1±9,22 мм рт.ст. (p=0,0029). У 10 больных ГБ обнаружен генотип DD гена ACE, у 35 больных — генотип ID и у 16 больных — генотип II. Наименьшее и недостоверное снижение ССАД наблюдалась у носителей генотипов DD и ID, составившее 3,71±5,41 и 5,29±10,52 мм рт. ст., соответственно. У носителей генотипа II снижение ССАД достоверно отличалось от больных ГБ других генотипов и было весьма значительным — 16,42±12,56 мм рт.ст. (p<0,05). Снижение СДАД носило аналогичный характер и составило 0,86±5,08 и 4,13±9,86 мм рт.ст для генотипов DD и ID соответственно при 10,91±10,33 мм рт.ст. (p<0,05) у носителей генотипа II гена ACE. Таким образом, больные ГБ с различными генотипами гена ACE продемонстрировали достоверно отличающуюся степень снижения АД при одинаковой гипотензивной терапии.

Выводы. 1. Эффективность гипотензивной терапии эналаприлом связана с полиморфизмом гена ангиотензинпревращающего фермента. 2. Генотип II гена ангиотензинпревращающего фермента ACE ассоциирован с наибольшей степенью снижения систолического и диастолического АД.

0826 ИНФАРКТ МИОКАРДА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Хаутиева Ф.М., Стародубова А.В., Кисляк О.А.
Кафедра госпитальной терапии Московского факультета ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия

Цель: изучить влияние различных факторов риска на возраст возникновения острого инфаркта миокарда (ОИМ) у женщин.

Материалы и методы: обследовано 58 женщин с ОИМ в возрасте от 46-75 лет (средний возраст 61,5±7,9). Диагноз ОИМ ставился на основании критериев ВОЗ. Обследование

проводилось на 10-14 сутки ОИМ на фоне стандартной терапии, включавшей антиагреганты, в-блокаторы, иАПФ, при необходимости нитраты. Диагноз метаболического синдрома (МС) устанавливался на основании рекомендаций ВНОК (2007). Всем больным проводилось биохимическое исследование крови с определением липидного и углеводного обмена, УЗ исследование сосудов с определением толщины комплекса интима-медиа общей и внутренней сонной артерии и общей бедренной артерии.

Результаты исследования. Все больные были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: в 1 группу вошли пациентки моложе 60 лет (n=24), во вторую группу- ≥60 лет (n=34). Пациентки не различались по наличию сопутствующих заболеваний (АГ, СД, мерцательная аритмия), по глубине поражения миокарда (Q-ИМ, без Q-ИМ). Индекс массы тела в первой группе составил 31,7±7,0, во 2 группе-29,8±3,8 (p>0,05). Наличие МС (абдоминальное ожирение в комбинации с 3 и более критериями диагноза) было выявлено у 78 % женщин из 1 группы, и у 76,6 % женщин из 2 группы (p>0,05). Оказалось, что у пациенток моложе 60 лет выше масса тела (82,1±19,7 против 72,6±9,02, p<0,05), холестерин в крови (6,7±1,2 против 6,3±1,3, p=0,06), а также С-пептида натощак (1184,7±665,4 против 828,6±356,5, p<0,05). Курение было выявлено у 50 % женщин моложе 60 лет, и у 18 % женщин старше 60 лет (p<0,05). Далее при изучении состояния сосудистой стенки у пациенток с ОИМ в зависимости от возраста мы выявили увеличение толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии с возрастом (0,82±0,14 против 0,89±0,15, p<0,05). При проведении корреляционного анализа выявлена отрицательная корреляционная связь возраста с массой тела (R=-0,3, p=0,01), общим холестерином (R=-0,3, p=0,01) и С-пептидом натощак (R=-0,4, p=0,002) и положительная связь с ТИМ внутренней сонной артерии (R=0,5, p=0,03).

Выводы: таким образом, мы выявили, что большинство женщин с ОИМ не зависимо от возраста имели метаболический синдром. У женщин развитие ИМ до 60 лет ассоциировано с курением, высокими значениями массы тела, холестерина, а также с-пептида. С повышением возраста у женщин с ИМ увеличивается ТИМ ОСА.

Работа выполняется при содействии Совета по Грантам Президента РФ МК-6368.2008.7

0827 ДИНАМИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЛЕРКАНИДИПИНОМ С ЭПРОСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хафизова Л.Ш., Закирова Ф.А., Абдуллаева Г.Ж., Хамидуллаева Г.А.
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Узбекистан, Ташкент

Цель исследования: оценить влияние на суточный профиль АД комбинированного применения трехмесячной терапии лерканидипином с эпросартаном у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 24 больных ЭГ I-III степени (ВОЗ/МОГ, 2003г) мужского и женского пола. Средний возраст составил 45,18±13,20 лет, средняя длительность заболевания 4,63±3,33 лет. Всем больным была назначена комбинированная терапия лерканидипина (Леркамен, фирма "Berlın-Chemı", Menarını Group, Германия) с эпросартаном (Теветен, фирма "Solvay-Pharma", Германия). Средняя суточная доза препаратов составила лерканидипина 12,50±6,55 мг, эпросартана 750,0±277,75 мг. Суточный профиль артериального давления (СПАД) оценивали с помощью компьютерной системы TONOPORT V CE-0482 Fırmware Versıon 1.4 (Германия).

Результаты исследования. Высокая антигипертензивная эффективность комбинированной терапии лерканидипином с эпросартаном отличается хорошей переносимостью, лишь у одной больной возникла головная боль, что явилось причиной отмены препарата. Степень снижения САД составила 14,10±3,87 %, ДАД 14,93±5,36 %, АДср снизилось на 14,64±3,65 % (p<0,000 — во всех случаях). Целевые уровни АД по САД были достигнуты в 79,2 % случаев, по ДАД в 70,8 % случаев. Одновременное достижение целевых значений САД и ДАД было отмечено у 70,8 % больных. Анализ полученных параметров СМАД продемонстрировал высокую антигипертензивную эффективность комбинированной терапии лерканидипина с эпросартаном. В частности, показатели средне-суточного САД, средне-суточного ДАД достигли нормативных значений: до лечения-140,13±9,47 мм рт.ст., после лечения-124,08±8,33 мм рт.ст. (p<0,000); до лечения-90,02±8,78 мм рт.ст., после лечения-78,55±5,66 мм рт.ст. (p<0,000), соответственно. Получено достоверное снижение таких показателей, как средне-дневного САД: 143,47±9,64 мм рт. ст. против 127,84±8,32 мм рт ст. (p<0,000); средне-дневного ДАД: 93,22±9,77 мм рт.ст. против 81,47±6,49 мм рт.ст. (p<0,000); средне-ночного САД: 130,90±13,22 мм рт.ст. против 114,62±8,69 мм рт.ст. (p=0,000); средне-ночного ДАД: 81,01±9,66 мм рт.ст. против 70,06±5,22 мм рт.ст. (p<0,000). Изучение парметров "нагрузки давлением" также продемонстрировало достоверное снижение этих показателей: инСАДд до лечения составил: 60,98±26,72 %, после лечения — 21,52±20,48 % (p<0,000); инДАДд — соответственно: 56,96±28,41 % и 24,51±19,34 % (p<0,000). Отмечена положительная динамика в отношении параметров СНС САД и СНС ДАД, однако не носившая достоверный характер. Улучшение этих показателей свидетельствовало о снижении потенциального риска возникновения кардиальных и мозговых осложнений у пациентов с АГ под влиянием терапии лерканидипина с эпросартаном.

Выводы. Анализ полученных результатов указывал на высокую антигипертензивную эффективность комбинированной терапии лерканидипином с эпросартаном с коррекцией нарушенного суточного профиля АД.

0828 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Хлюпина Н.Б., Чичерина Е.Н.
Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Присоединение депрессии к АГ повышает риск частоты гипертонических кризов, утяжеляет степень АГ, приводит к развитию тяжелых сердечно-сосудистых осложнений, повышает общую смертность и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель. Определить частоту и выраженность тревожно-депрессивных расстройств у больных сочетанной патологией ХОБЛ и АГ по опросникам CES-D с помощью скрининга при обострении и в период ремиссии ХОБЛ на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы. 44 % пациентам с АГ 1-2 ст., охваченных измерением АД на амбулаторно-поликлиническом приеме из 1011 больных, был проведен скрининговый опрос для раннего выявления хронических заболеваний легких, и у 186 человек (42 %) были выявлены легочные симптомы. По результатам ФВД у 45 пациентов (24 %) были обнаружены признаки обструктивных вентиляционных нарушений: 0-I степени у половины больных; I степени — у каждого четвертого пациента; I-II степени — у 5 человек (12,5 %); II степени — у 2 (5 %); II-III- у 3 (7,5 %). 56 % больных с сочетанной патологией ХОБЛ и АГ проведена скрининговая оценка тревожно-депрессивных расстройств по опросникам CES-D.

Результаты. На этапе первичной диагностики у 8 % больных ХОБЛ с АГ было выявлено выраженное депрессивное расстройство (CES-D>26), легкая депрессия обнаружена

у 31 % больных (CES-D >19), у 62 % отсутствовали депрессивные расстройства — (CES-D <19). При нарушении вентиляции легких (НВЛ) до 0-I степени обструктивного типа тревожно-депрессивные расстройства обнаружены у 70 % больных (выраженная депрессия у 15 % больных; легкая депрессия-в 85 % случаев); при I степени НВЛ- у 10 % обнаружена выраженная депрессия; при II степени -у 20 % пациентов легкая депрессия. При оценке уровня тревожно-депрессивных расстройств больных ХОБЛ с АГ тяжелая депрессия была выявлена в 100 % случаев у больных в период обострения, но это составило лишь 8 % от общего числа тяжелой депрессии, остальные 92 % пациентов имели эти нарушения в периоде ремиссии ХОБЛ.

Выводы. Определение частоты и выраженности тревожно-депрессивных расстройств у больных сочетанной патологией ХОБЛ с АГ позволяет врачам общей практики своевременно диагностировать депрессию, повысить комплаентность к лечению полиморбидной патологии и своевременно применить адекватную терапию антидепрессантами.

0829 МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Холматова К.К., Дворяшина И.В.
ГОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет", Архангельск, Россия

Цель: по данным исследований последних лет любые гипергликемические состояния (сахарный диабет (СД), а также нарушенная гликемия натощак (НГН) и нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ)) негативно влияют на течение острого инфаркта миокарда (ОИМ) и методы его лечения. Целью работы явилось изучение особенностей лечения ОИМ на фоне различных вариантов нарушения углеводного метаболизма.

Методы исследования: обследована сплошная выборка пациентов (352 человека, 62,8 % мужчин) в возрасте до 80 лет, госпитализированных с ОИМ в Первую городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи г. Архангельска за период с 2008 г. по 2009 г. С учетом данных анамнеза и результатов стандартного теста толерантности к глюкозе пациенты разделены на 3 группы: с нормальным метаболизмом глюкозы (1 — 167 пациентов), с НГН и НТГ (2 — 93 пациента) и СД 2 типа (3 — 92 пациента). Также учитывались клинико-лабораторные данные, проведение процедур реваскуляризации (тромболитической терапии (ТЛТ), ангиографии коронарных артерий (КАГ), ангиопластики со стентированием коронарных артерий, аортокоронарного шунтирования (АКШ)) и наличие осложнений ОИМ и исходы госпитализации. Количественные признаки с распределением, отличным от нормального, представлены в виде медианы (Me) и 25 и 75 перцентилей. Различия в группах оценены с помощью критерия Краскала-Уоллеса для количественных показателей и $\chi 2$ для номинальных переменных. В случае нахождения статистически значимых различий между группами проводились апостериорные сравнения с использованием U-критерия Манна-Уитни для количественных данных и $\chi 2$ для номинальных переменных с поправкой Бонферрони. Множественный логистический регрессионный анализ проведен для определения независимого влияния изучаемых переменных на развитие летального исхода в период госпитализации (SPSS 13,0 for Windows).

Полученные результаты: выявлены значимые различия в группах по полу (79,6 %; 54,8 %; 40,2 % мужчин; p<0,001, p<0,001, p=0,670 (1-2, 1-3, 2-3, соответственно); возрасту пациентов (59,0 (50,0, 67,2); 62,0 (53,0, 71,0); 68,0 (58,2, 74,0); p=0,009, p<0,001, p=0,010); частоте проведения КАГ (81,3 %, 82,8 %, 56,5 %; p=0,768, p<0,001, p<0,001); и госпитальной летальности в группах пациентов (7,8 %, 4,1 %, 21,7 %; p=0,022, p=0,001, p<0,001). Не найдено различий в частоте проведения ТЛТ (28,2 %, 32,6 %, 25,3 %; p=0,541), ангиопластики со стентированием после проведения КАГ (51,4 %, 43,6 %, 53,3 %; p=0,439) и АКШ (7,9 %, 6,5 %, 10,2 %; p=0,733). Выявлено, что факторами, значимо связанными с летальным исходом в период госпитализации, являются развитие кардиогенного шока (p<0,001), застойной сердечной недостаточности (p=0,001) и проведение КАГ с последующими процедурами реваскуляризации (p=0,004).

Выводы: пациенты с тяжелым нарушением углеводного обмена в виде СД 2 типа реже подвергаются процедурам реваскуляризации миокарда при возникновении острого инфаркта миокарда, что являться независимым фактором, повышающим внутригоспитальную летальность в данной группе пациентов.

0830 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ИМЕЮЩИХ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования — оценить взаимосвязь функции эндотелия и тяжести острой сердечной недостаточности (ОСН) у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материалы и методы. В исследование включен 91 пациент ИМпST, средний возраст 60,86±1,2 лет. Диагноз ИМпST подтверждался на основании: клинических данных; динамики электрокардиографии; лабораторных данных (МВ-фракции креатининфосфокиназы, тропонина Т тест-полосками "ТРОП сенсетив"). В зависимости от степени тяжести ОСН классификации T.Killip все пациенты были разделены на группы (I, II, III). Изучение функции эндотелия проводили ультразвуковой системой APL AP0GY 800 PLUS (США), измеряли эндотелий-зависимую (ЭЗВД), эндотелий-независимую вазодилатации (ЭНЗВД). Содержание эндотелина -1 (ЭТ-1) в крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием системы "Human endothelin-1", фирмы DRG International, Inc. (США). Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с помощью программы Statistika-6,0. Результаты представлены в виде M±m. При нормальном распределении применялся t-критерий Стьюдента для оценки статистических различий между двумя группами количественных показателей. При анализе корреляционных связей использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Достоверными различия изучаемых показателей считали p<0,05.

Полученные результаты. На фоне прогрессирования ОСН у пациентов ИМпST было выявлено увеличение уровня ЭТ-1 (Killip I -5,05±0,96; II — 9,17±1,2; III — 20,28±4,2 пкмоль/мл) (p<0,05). Величина ЭЗВД (3,51+1,4 %) была достоверно ниже у пациентов с отеком легких по сравнению с группами I и II (7,49±1,35 %, 5,59±1,17 %). При корреляционном анализе выявлена отрицательная связь между концентрацией ЭТ-1 и ЭЗВД (r=-0,53, p<0,05) у больных с отеком легких, в группах больных Killip I и II такой зависимости неустановленно. Отмечено снижение величины ЭНЗВД у больных с отеком легких (6,11±1,02 %) по сравнению с группами I-II (9,05±1,03 %, 7,2±1,04 %).

У больных ИМпST были выявлены положительные корреляции уровня ЭТ-1 с содержанием общего холестерина (r=0,52, p<0,05), липопротеидов низкой плотности (r=0,35, p<0,05), индексом атерогенности (r=0,52, p<0,05) и отрицательная связь с ЭЗВД (r=-0,55, p<0,05).

Выводы. Увеличение ЭТ-1 является одним из ключевых моментов в развитии осложненного течения острого инфаркта миокарда. Выявлено увеличение уровня ЭТ-1 и снижение величины ЭЗВД, ЭНЗВД по мере усугубления степени тяжести ОСН у пациентов ИМпST. Развитие отека легких у больных ИМпST связано с более высоким уровнем ЭТ-1 в крови, что провоцирует угнетение ЭЗВД и ЭНЗВД.

0831 ВОЗМОЖНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования — изучить влияние тромболитической терапии (ТЛТ) на показатели перекисного окисления липидов у пациентов инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материалы и методы. Обследован 91 пациент ИМпST, средний возраст 60,86±1,2 лет. Диагноз ИМпST подтверждался на основании: клинических данных, динамики электрокардиографии, лабораторных методов исследования (при госпитализации, в течение первых суток с интервалом 6 часов определяли динамику повышения МВ фракции креатининфосфокиназы (МВ-КФК)). Оценивали активность супероксиддисмутазы (СОД) (методом R. Fried, 1975), каталазы (методом М.А.Королюка, 1988), общую антиокислдительную активность (ОАА), уровень супероксид анион-радикала (САР) (А.В.Арутюнян и соавт., 2000). В качестве ТЛТ использовали актелизу. Статистическую обработку проводили с помощью программы Statistika-6,0. При нормальном распределении применялся t-критерий Стьюдента для оценки статистических различий между двумя группами количественных показателей. Достоверными различия изучаемых показателей считали $p<0,05$.

Полученные результаты. Среди всех пациентов ИМпST включенных в исследование, успешный тромболизис был проведен у 22 (24,2 %) человек. Такой низкий процент ТЛТ связан с тем, что 60 (67 %) больных поступили позже 12 часов от начала развития заболевания, а 9 (9,8 %) пациентов имели относительные противопоказания. Средний возраст пациентов, которым был проведена ТЛТ, составил 54,45±3,49 лет и был достоверно меньше, чем в группе без ТЛТ, что возможно связано с тем, что врачи реже применяют ТЛТ у пациентов старших возрастных групп, опасаясь, прежде всего кровотечений и иных побочных эффектов после тромболизиса, находя при этом относительные противопоказания для ТЛТ у этой группы пациентов.

Время от начала развития ИМпST до проведения ТЛТ у анализируемых пациентов составило в среднем 3,59±0,24 часа. Достижение максимальной концентрации МВ-КФК у больных после ТЛТ позволяли судить о восстановлении коронарного кровотока выявлено в первые 15,59±0,24 часа.

У пациентов ИМпST после проведенной ТЛТ установлено достоверное увеличение активности СОД (29,43±1,56 усл.ед на 1 мл), каталазы (33,7±5,08 мкат/л) у больных ИМпST после ТЛТ. Полученные данные подтверждают увеличение антиоксидантной защиты пациентов после успешной ТЛТ, что препятствует накоплению свободных радикалов. Достоверных различий ОАА, уровня САР в зависимости от ТЛТ не получено.

Выводы. На фоне успешной тромболитической терапии происходит достоверное увеличение активности СОД и активности каталазы, что свидетельствует о повышении антиоксидантной защиты у пациентов ИМпST на фоне реперфузии.

0832 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МАНИФЕСТИРУЮЩИМ WPW-СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Хорькова Н.Ю., Рычков А.Ю., Харац В.Е., Хрущева О.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель работы. Оценить динамику функционального состояния АВ соединения у пациентов с манифестирующим WPW-синдромом после эффективной радиочастотной аблации (РЧА) в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки после операции (1 месяц и 1 год).

Материал и методы. В исследование включено 45 пациентов (20 женщин и 25 мужчин, средний возраст 33,5±15,4 лет) с манифестирующим синдромом WPW. Методом чреспищеводного электрофизиологического исследования (ЧпЭФИ) оценивались следующие электрофизиологические показатели: эффективный рефрактерный период (ЭРП) АВ соединения на базовом ритме с частотой 100-120-140 имп./мин., точка Венкебаха. ЧпЭФИ проводилось до и после операции у 45 больных, повторно обследованы 26 пациента через месяц и 8 пациентов через 1 год после эффективной РЧА.

Результаты. При проведении ВСЭФИ в 60 % случаев (27 человек) регистрировалась левосторонняя локализация ДПЖС с преимущественным расположением в верхней и нижне-задней областях кольца митрального клапана. В 40 % случаев (18 человек) определялось правостороннее расположение ДПЖС (парасептальная и переднее-верхняя локализация).

После выполнении РЧА дополнительного предсердно-желудочкового соединения (ДПЖС) отмечено достоверное снижение точки Венкебаха сразу после операции в сравнении с исходными данными, без последующей динамики в отдаленный период. В сравнении с дооперационными показателями выявлено выраженное уменьшение точки Венкебаха на следующий день после РЧА на 38,7±33,9 имп/мин ($p<0,001$), через 1 месяц — на 32,5±25,1 имп/мин ($p<0,001$), через 1 год — 32,0±14,6 имп/мин ($p<0,001$). Значимой динамики ЭРП АВ соединения на разных частотах в различные сроки после эффективной РЧА не отмечено. Полученные результаты не зависят от локализации ДПЖС.

Выводы. ДПЖС оказывают влияние на АВ проведение, что проявляется значимым увеличением точки Венкебаха. Устранение ДПЖС методом РЧА не изменяет рефрактерность АВ соединения.

0833 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ

Хурсанов Н.М., Умаров А.А., Халикова Н.А., Шарифова Н.Д., Ибрагимова Х.
Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценка психологического статуса больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: работа проводилась на базе кардиологического отделения городского медицинского центра г. Душанбе. В исследование были включены 72 больных АГ в возрасте от 65 до 76 лет (в среднем 68±2,7 года). Среди обследованных были 42 женщин и 30 мужчин. У 18 пациентов имело место АГ I-й степени, у 40 — II и у 14 больных III степень тяжести в соответствии с классификацией ВОЗ/ МОАГ 1999 г. по уровню артериального давления (АД) и рекомендации ЕОК/ ЕОАГ 2007г. Средняя давность АГ составила 13,8±1,6 года. Всем больным кроме общеклинического обследования проводились дополнительные методы исследования с целью исключения симптоматических форм АГ.

Психологический статус изучали с помощью анкетного тестирования. Для выявления и оценки аффектных нарушений использовали клиническую шкалу депрессии Hamilton (HDRS). При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель: от 0 до 7 — отсутствие депрессии, 7-16 баллов — малая депрессия и нижнее значение для большого депрессивного эпизода более 16 баллов.

Сопутствующая тревожная симптоматика определялась по госпитальной шкале тревоги и депрессии разработанной A.S.Ligmond, Snaith адаптированная М.Ю.Дробижевым (2000). Учитывали суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяли 3 области значений: 0-7 — “норма” (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги

и депрессии); 8-10 балла — “субклинически выраженная тревога/депрессия”; 11 и выше — “клинически выраженная тревога/депрессия”.

Полученные результаты: при исследовании пациентов наряду с типичными жалобами для больных АГ, у большинства имело место аффектные расстройства. Исходно суммарный балл по шкале HDRS в среднем составил 25,2±1,4. При этом отмечалась прямая зависимость между степенью повышения АД и выраженностью депрессивных расстройств. “Малая депрессия” наблюдалась у 15 % больных с умеренной (II степень), и у 21 % больных с тяжелой (III степень) гипертонией. “Большой депрессивный” эпизод выявлен у 14 % и 19 % соответственно. Сопутствующая тревожная симптоматика отмечалась у 65 % исследованных больных. Симптомы психоэмоционального расстройства многие пациенты считали естественным следствием соматического заболевания и поэтому в большинстве случаев даже не говорили врачу об имеющихся жалобах. Депрессивные расстройства были выявлены благодаря скринингу с помощью шкал депрессии и тревоги.

Вывод: данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что артериальная гипертония у лиц старших возрастов часто сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами, что необходимо учитывать при назначении терапии данной категории больных.

0834 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНЫХ БИОРИТМОВ

Цибульская Н.Ю.
ГОУ ВПО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации”, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучить частоту встречаемости вариантов суточных биологических ритмов у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы исследования: клинический осмотр, анкетирование: опросник Хорна-Остберга, Путилова, SF 36, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), регистрация электрокардиограммы.

Результаты исследования: среди обследованных пациентов одинаково часто регистрировались промежуточный (дневной) и утренне-дневной типы, значительно реже — остальные типы биоритмов. В результате проведенного анализа научного материала нами отмечено, что наиболее часто встречаемый суточный профиль артериального давления (АД) среди всех суточных биоритмов — dipper, наименее встречаемый — nightpiker. Профили АД распределились следующим образом: dipper 55,8 %, non-dipper 34,6 %, over-dipper 5,8 %, nightpiker 3,8 %. При определении степени ночного снижения АД по результатам СМАД были выявлены достоверные отличия в соотношении числа лиц с профилем нон-диппер к остальным профилям между промежуточным и утренне-дневным типами (p=0,024). Среди лиц с утренне-дневным типом биоритма процент профиля non-dipper составил 55,5 % (5 больных), при описываемых в литературе — до 25 % больных АГ в общей популяции. Правда, при сравнении наблюдаемых и ожидаемых частот суточных профилей достоверного различия не было получено, что возможно связано с недостаточным числом наблюдений.

При оценке распределения степеней и стадий ГБ среди суточных биоритмов различий найдено не было, чаще регистрировалась АГ первой степени и реже третьей.

При анализе акрофаз 12- часового систолического АД у различных суточных биологических ритмов размах величин наблюдался в пределах от 2часов 10минут (вечерне-дневной тип) — до 21часа (утренний и промежуточный типы). Между акрофазами АД утренне-дневного и промежуточного типов достоверных отличий не было выявлено.

При изучении частоты встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний различий в разных профилях СМАД и суточных биоритмов не выявлено. Среди факторов риска наиболее часто отмечались наличие ГБ у матери и индекс массы тела >25, реже курение и дислипидемия.

Выводы. 1. Среди обследованных гипертоников чаще регистрируются промежуточный (дневной) и утренне-дневной типы, значимо реже остальные.

2. Профиль non-dipper встречается чаще у лиц с утренне-дневным типом суточного биоритма.

3.Факторы риска одинаково часто встречаются у лиц с различными суточными профилями СМАД и биоритмами.

0835 ВАРИАТИВНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Цыганкова О.В., Федорова Е.Л., Бондарева З.Г.
ГОУ ВПО “Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава”, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить структуру и особенности клинических проявлений острого инфаркта миокарда (ОИМ) у женщин старше и моложе 60 лет.

Методы исследования. Обследовано 412 женщин в возрасте от 32 до 97 лет с ОИМ, поступивших в первые-третьи сутки от начала заболевания. Среди них 99 пациенток (24 %) были моложе 60 (группа 1), а 313 (76 %) — старше 60 лет (группа 2), средний возраст женщин 55±3,1 и 74±4,7 года соответственно. Всем включенным осуществлялась динамическая запись ЭКГ, определение уровня тропонина иммунохимическим методом (“Roche”). По показаниям проводилось ультразвуковое исследование сердца, выполненное в В и М режиме на эхокамере “ALOKA SSD-280” (Япония).

Полученные результаты. Первичный ОИМ диагностирован у 72 (72,9 %) пациенток моложе 60 лет и у 191 (61,1 %) — старшей возрастной группы, p>0,05. Повторный ИМ выявлен в меньшем проценте случаев: у 27 (27,1 %) моложе, и у 122 (38,9 %) — старше 60 лет, p>0,05. Первичный трансмуральный ИМ почти в 2,5 раза реже обнаружен у пациенток старшей возрастной группы (14,6 % против 39,2 % у женщин моложе 60 лет, p<0,01), тогда как первичный крупноочаговый некроз сердечной мышцы в 1,5 раза чаще выявлен у пациенток старше 60 лет (27,1 % против 18,3 %; p<0,05). ИМ без зубца Q (мелкоочаговые), как первичный (42,5 % и 58,3 %, p>0,05), так и повторный (44,4 % и 53,3 %, p>0,05), практически с одинаковой частотой имели место у пациенток группы 1 и 2 соответственно.

Только 235 (57 %) обследуемых женщин отмечали клинику прогрессирующей стенокардии напряжения на протяжении 2-3 недель до развития ИМ, причем преимущественно в старших возрастных группах: у 132 (40 %) в группе 2 и у 17 (17 %) женщин в группе 1, p<0,05, в том числе у 75 человек (32 %) впервые появились ночные стенокардитические боли.

Отсутствие классической клиники ОИМ наблюдалось у 177 (43 %) обследованных женщин, преимущественно в возрасте от 30 до 40 лет и в самых старших возрастных декадах (80-90 лет и старше). В число женщин без типичных проявлений предынфарктного периода входили 18 пациенток (10 %) в возрасте от 45 до 65 лет, у которых отмечались приступы кардиалгий ноюще-давящего характера в течение нескольких часов, с преимущественной локализацией в области верхушки сердца, расцененные в последующем как крупноочаговый (у 11) и даже трансмуральный (у 7) некроз.

Выводы. Большая встречаемость первичных некрозов миокарда как у женщин молодого и среднего возраста, так и у пожилых, затрудняет их своевременную диагностику. Высокая частота трансмуральных ИМ у женщин трудоспособного возраста, превышающая аналогичный показатель у пациенток после 60 лет в 2,5 раза, определяет интерес к клинической картине острой коронарной катастрофы в данной возрастной

группе. Отсутствие классической клиники ОИМ наиболее характерно для женщин в декаде от 30 до 40 лет, а также в самых старших возрастных группах: 80-90 лет и старше. У молодых женщин ИМ нередко возникает без каких-либо предвестников, либо на фоне неспецифичных кардиалгий.

0836 СВЯЗЬ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И УРОВНЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО АНДРОГЕНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Чарикова Е.И.
Санаторий "ИТИЛЬ", Ульяновск, Россия

Инфаркт миокарда (ИМ) как наиболее тяжелая форма ИБС занимает первое место среди всех причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и развивается чаще у трудоспособной и активной части населения. Наряду с основными, хорошо изученными факторами риска (ФР) ССЗ, исследования последних лет свидетельствуют о том, что понижение уровня андрогенов, в том числе и надпочечникового происхождения, ассоциировано с развитием и прогрессированием атеросклероза.

Целью исследования явилось изучение структуры питания и связи алиментарно-зависимых ФР и уровня надпочечникового андрогена — дегидроэпиандростерона-сульфата (ДЭА-С) у пациентов, перенесших ИМ.

Материал и методы. Обследовано 102 мужчины (средний возраст — 48,3±4,94 года), проходивших реабилитацию в санатории через 15,2±2,5 дней после перенесенного ИМ. Проводился опрос по стандартной карте, включающий данные о привычках питания, курении, физической активности, уровне стресса. Алиментарные нарушения (АН) классифицировали по 8 видам в зависимости от частоты и количества потребления продуктов питания. Антропометрическое обследование, включающее измерение роста (м), массы тела (кг), окружности талии (ОТ, см), индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали как отношение массы тела (кг) к квадрату роста ($м^2$). Всем больным проводили исследование липидного спектра, включавшего: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП). Уровень гликемии в капиллярной крови определяли экспресс методом на анализаторе "Accu-chek" (Германия). Содержание ДЭА-С в сыворотке крови исследовали иммуноферментным методом.

Результаты. Среднее значение ИМТ составило 30,5±4,1кг/$м^2$, ОТ — 100,7±9,1см, содержание ДЭА-С — 1,57±0,53мкг/мл. Показатели липидного спектра: ОХ 6,72±1,4ммоль/л, ЛПНП 4,63±1,4ммоль/л, ЛПВП 1,18±0,3ммоль/л, ТГ 3,41±0,3ммоль/л. Уровень гликемии составил 4,7 ± 1,7ммоль/л, у 5,3 % пациентов установлено нарушение гликемии натощак. При однофакторном корреляционном анализе установлено наличие обратной связи между ДЭА-С и ОХ ($r=-0,39$; $p<0,01$); ДЭА-С и ЛПНП ($r=-0,51$; $p<0,001$).

Наиболее часто встречались следующие виды АН: избыточное потребление животных жиров — у 72,5 %, пищевого холестерина — у 68,7 %, простых углеводов — у 74,7 %, соли — у 53,7 %, недостаточное потребление овощей и фруктов — у 65,8 % пациентов.

Выводы. У больных, перенесших ИМ, установлена связь атерогенных нарушений питания с уровнем ДЭА-С в сыворотке крови. Имеется обратная связь между содержанием общего холестерина, холестерина в липопротеидах низкой плотности и уровнем надпочечникового андрогена — дегидроэпиандростерона-сульфата. Структура питания больных, перенесших ИМ, характеризуется избыточным потреблением животных жиров, простых углеводов, соли и недостаточного потребления пищевых волокон, витаминов и минеральных веществ.

0837 МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КАК ЗНАЧИМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Черкашина А.Л., Шеинская И.М., Фрик И.В.
ГУЗ ИОКБ, кардиологический диспансер, Иркутск, Россия

Цель: помощь в повышении эффективности работы муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) Иркутской области; в формировании основы для принятия управленческих решений на местах по вопросам кадрового, материально-технического обеспечения кардиологической службы, укрепления ее этапности.

Материалы и методы: на территории области 3 года функционирует единая система мониторинга (скрининга) больных артериальной гипертонией (АГ) среди трудоспособного населения в возрасте от 19 до 70 лет. На базе компьютерной программы 1С.МАГ созданы и постоянно обновляются "Единый регистр больных АГ Иркутской области" и сводные регистры АГ по 31 муниципальному образованию, которые включают в себя пять половозрастных групп больных трудоспособного возраста и следующие индикативные показатели: девять профессиональных групп больных, факторы риска в анамнезе больных АГ, стадии АГ, наличие сопутствующих заболеваний, прием гипотензивных средств, инвалидизация, смертность от ССЗ, впервые обнаруженная АГ, осведомленность о заболевании, проведенные проф.мероприятия и др.. Проводится только однократная регистрация больных АГ при посещении АПУ, а также больных, с подтвержденным диагнозом, установленным впервые, с обязательным заполнением специальных учетных форм, утвержденных МЗиСР РФ. Результаты данных скрининговых исследований с обстоятельным статистическим анализом и прогнозом развития ситуации, связанным с распространенностью индикативных показателей среди больных АГ, ежеквартально предоставляются руководителям лечебных учреждений области для дальнейшего решения вопросов на уровне муниципалитетов по проведению диспансеризации кардиологических больных и организации массовой пропаганды по профилактике факторов риска развития АГ.

Результаты: внедрение программы мониторинга больных АГ (1С.МАГ) на территории области показало, что одним из главных критериев оценки эффективности лечения больных АГ является достижение целевых уровней АД. Но по результатам мониторинга более 30 % мужчин и 25 % женщин трудоспособного возраста вообще не лечатся, а среди молодых мужчин и женщин в возрастной группе 19-29 лет лечатся только 33,4 % и 21,0 % соответственно. Такая низкая приверженность к лечению среди больных этой молодой возрастной группы в сочетании с довольно высокими среди них показателями ожирения (31,5 % мужчин и 34,0 % женщин с превышением ИМТ), курения (более 50 % мужчин и 20 % женщин курят), употребления алкоголя (почти 40 % мужчин и 20 % женщин злоупотребляют алкоголем), привели к тому, что уже в возрасте 30-39 лет страдают гипертрофией левого желудочка 15,7 % мужчин и женщин, болезнями почек — 11,0 %, гипертонической ретинопатией — более 10 %. В ряде районов области лечатся не более 10-15 % больных в молодом возрасте.

Выводы: результаты мониторинга больных АГ представляют большую ценность для врачей практического здравоохранения области, т. к. дают представление о распространенности факторов риска и сопутствующих заболеваний среди больных трудоспособного возраста, охвате и эффективности лечения.

0838 НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Чернова А. А.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия; ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: выявить ассоциации наследственного синдрома слабости синусового узла с полиморфизмом генов альфа2В-адренергического рецептора и эндотелиальной NO-синтазы.

Материал и методы: настоящее исследование было проспективным. Были обследованы 29 семей, имеющих наследственный СССУ. Всем обследуемым было проведено клинико-инструментальное исследование: клинический осмотр, ЭКГ, ВЭМ, холтеровское мониторирование ЭКГ, атропиновая проба, электрофизиологическое исследование, ЭхоКГ. Для определения полиморфизма гена ADRA2B были взяты образцы крови 213 человек, из которых 75 — больные с диагнозом СССУ, 49 их здоровых родственников и 89 человек контрольной группы. Для определения полиморфизма гене eNOS были взяты образцы крови 239 человек, из которых 68 — больные с диагнозом СССУ, 41 их здоровый родственник и 130 человек контрольной группы.

Результаты: по полиморфизму I/D гена альфа2В-адренорецептора нами прогенотипировано 75 больных с СССУ, 49 — их здоровых родственников I, II и III степени родства и 89 — лиц контрольной группы. Установлено достоверное преобладание гомозиготного генотипа по более редкому аллелю II у больных СССУ (28,0 %) по сравнению с лицами контрольной группы (8,99 %). По полиморфизму 4a/4b гена eNOS было прогенотипировано 68 больных с СССУ, 41 – их здоровых родственников I, II и III степени родства и 130 – лиц контрольной группы. Установлено достоверное преобладание гетерозиготного генотипа 4a/4b у больных СССУ (41,18 %) по сравнению с лицами контрольной группы (25,39 %).

Выводы. Исследование выявляет перспективность дальнейшего поиска генетических факторов, определяющих индивидуальные особенности возникновения СССУ и в частности изучения его связи с полиморфизмом гена eNOS.

0839 РОЛЬ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Чернозубова Н.Ю.
Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Митохондриальные болезни (МБ) — наследственные метаболические заболевания, обусловленные недостаточностью важнейшей функции митохондрий — окислительного фосфорилирования, обеспечивающего продукцию энергии для метаболических процессов клетки в виде молекул АТФ. Ключевая роль в диагностике МБ в силу их выраженного клинического и внутрисемейного полиморфизма, обусловленного феноменом гетероплазмии, принадлежит не клиническим, а биохимическим методам.

Материалы и методы. Обследовано 60 детей в возрасте от 5 до 15 лет с кардиальными формами дисплазии соединительной ткани. Группу сравнения составили 15 детей с отсутствием изменений клапанно-хордального аппарата сердца. Использовались клинические, биохимические (сахар крови, уровень молочной кислоты сыворотки, триглицериды крови, кетоновые тела в моче), функциональные (ЭКГ, ЭхоДКГ) методы. Цель работы: выявить биохимические паттерны митохондриальной недостаточности при кардиальных формах дисплазии соединительной ткани у детей.

Результаты. Среди изменений клапанно-хордального аппарата сердца у 40 % детей выявлены пролапсы атриовентрикулярных клапанов, у 60 % -АРХ. У детей данной группы достоверно чаще, чем в контрольной выявлены основные биохимические маркеры митохондриальной недостаточности: лактат-ацидоз — 83 %, 60 %, 33 % соответственно, гипотриглицеридемия отмечалась у 50 %, 44 %, 33 %, кетонурия выявлена у 60 % детей исследуемой группы. Гипогликемия не обнаружена. У детей с пролабированием створок клапанов отмечались такие изменения на ЭКГ как выраженные нарушения процессов реполяризации — 100 % детей, различные варианты экстрасистолий — 75 %, у детей с аномально расположенными хордами умеренные изменения ST-T — 67 %, нарушения проводимости по правой ножке пучка Гиса — 33 %. На фоне проводимой кардиотрофической терапии на фоне динамического наблюдения (до 12 месяцев) выявлена положительную динамика как стороны биохимических, так и инструментальных показателей (ЭКГ, ЭхоДГК, ВЭМ)

Выводы: полученные данные предполагают возможное участие дисфункции митохондрий в прогрессировании кардиальных изменений при дисплазии соединительной ткани, а так же доказана возможность их метаболической коррекции.

0840 ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО РЕЖИМА КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Чернявина А.И., Суровцева М.В., Ельцова М.А., Козиолова Н.А.
ГОУ ВПО “Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава”, Пермь, Россия

Цель: определить наиболее оптимальный режим коррекции сосудистого ремоделирования у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии на фоне стандартной терапии.

Методы: проведено сравнительное клиническое рандомизированное исследование Обследовано 90 человек со стабильной стенокардией II-III функционального класса (ФК), осложненной ХСН II-III ФК. Пациенты в зависимости от антиишемической терапии были разделены на 3 группы: 1-я группа — 30 пациентов, получавших периндоприл (средняя доза — 5,2±1,8 мг) и ивабрадин (средняя доза — 11,6±1,9 мг); 2-я группа — 30 больных, получавших периндоприл (средняя доза — 5,1±1,6 мг), ивабрадин (средняя доза — 11,4±1,6 мг) и бисопролол (средняя доза — 3,1±1,9 мг); 3-я группа — 30 пациентов, получавших периндоприл (средняя доза — 4,4±1,5 мг) и бисопролол (средняя доза — 3,9±2,1 мг). Средний возраст больных составил 56,0±5,1 лет. Длительность терапии — 6 месяцев. Всем пациентам до и после лечения проводилась объемная сфигмоплетизмография. Оценивались показатели: скорость распространения пульсовой волны (СПВ) в плечелодыжечном сегменте справа и слева (R-PWV, L-PWV), СПВ в каротидно-феморальном сегменте (КФС), сердечно-лодыжечно-сосудистый индекс (CAVI1); СПВ (PWV) аорты и сонной артерии (C-PWV), индексы отраженной волны (R-AI и C-AI). Всем пациентам до и после лечения определялись маркеры поражения коллагенового матрикса артерий: С-концевой телопептид коллагена 1 типа (СТП-1) и тканевой ингибитор матриксных металлопротеиназ 1 типа (ТИМП-1).

Результаты: на фоне лечения R-PWV и L-PWV уменьшились в 1-й и во 2-й группах достоверно больше, чем в 3-й группе (p_{1-3}<0,001 и p_{2-3}<0,001). При этом 1-я и 2-я группа достоверно не различались (p_{1-2}=0,242 и 0,060). Через 6 месяцев терапии СПВ в КФС и индекс CAVI1 также достоверно уменьшились в 1-й и во 2-й группах достоверно больше, чем в 3-й группе (p_{1-3}<0,015 и p_{2-3}<0,001). При этом 1-я и 2-я группа достоверно не различались (p_{1-2}=0,524 и 0,018). PWV аорты и C-PWV в ходе лечения во 2-й группе уменьшились достоверно больше, чем в 1-й и 3-й группах (p_{1-2}=0,002 и <0,001; p_{2-3}=0,016 и 0,015 соответственно). Индексы R-AI и C-AI на фоне терапии также во 2-й группе снизились достоверно больше, чем в 1-й и в 3-й группах (p_{1-2}=0,008 и 0,001; p_{2-3}=0,016 и 0,009 соответственно). Во 2-й группе СТП-1 увеличился, а ТИМП-1 уменьшился достоверно больше, чем в 1-й и 3-й группах (p_{1-2}=0,011 и 0,014; p_{2-3}=0,015 и 0,016 соответственно).

Выводы: у пациентов ХСН ишемической этиологии для коррекции сосудистого ремоделирования наиболее оптимальными режимами лечения являются комбинация ивабрадина с периндоприлом или трехкомпонентная схема: ивабрадин, периндоприл, бисопролол. При этом трехкомпонентная

схема терапии обеспечивает максимальное улучшение эластичности и растяжимости артерий, сопровождающееся большей стабилизацией коллагенового матрикса гладкомышечного слоя сосудов.

0841 МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ИБС

Черпаченко Н.М., Дробкова И.П., Веселова С.П., Жданов В.С.
ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий, Москва, Россия

Морфометрическое изучение основных структурных компонентов атеросклеротических бляшек (АБ) в коронарных артериях (КА) человека дает возможность выявления нестабильных АБ с количественной оценкой степени их уязвимости, посредством определения индекса нестабильности [Shiomi, 2005]. Индекс нестабильности (ИН) — это отношение суммарной площади интимы КА, занятой липидами (ЛП) и макрофагами (Мф) к суммарной площади, занятой гладкомышечными клетками (ГМК) и коллагеновыми волокнами (КЛ). ЛП и Мф являются дестабилизирующими АБ факторами, а ГМК и КЛ, напротив, стабилизируют ее.

Цель: определить ИН, позволяющий идентифицировать нестабильные АБ, и изучить структуры, ответственные за снижение стабильности АБ.

Материалы и методы. Материалом служили 50 эндартерэктомированных АБ коронарных артерий мужчин 45-65 лет. На срезах выявляли ЛП (жировой красный О), Мф (гистохимическая реакция на кислую фосфатазу), ГМК (реакция на НАДН-диафоразу) и КЛ (окраска по Массону). Количественная оценка структурных компонентов АБ проводилась методом компьютерной морфометрии (Фотошоп 7). Площадь, занятая указанными компонентами, представлена в процентах от площади интимы КА.

Результаты. Определение ИН атеросклеротических бляшек и их покрышки выявило три вида бляшек: стабильные (26,2 % от общего числа бляшек), условно стабильные (21,4 %) и нестабильные (52,4 %). Стабильные АБ и их покрышка характеризуются ИН ≤1, т. е. стабилизирующие бляшку структуры преобладают над дестабилизирующими. Условно-стабильные АБ

характеризуются нестабильностью самой бляшки (ИН ≥1), но имеют стабильную покрышку (ИН ≤1). Нестабильные АБ и их покрышка имеют ИН ≥1. По мере увеличения ИН наблюдается практически одинаковое содержание дестабилизирующих структур: при ИН от 1,1 до 2,0 — 34,8 %, при ИН от 2,0 до 3,0 — 40,2 %, при ИН свыше 3,0 — 38,6 %. Содержание стабилизирующих структур, напротив, снижается значительно и составляет соответственно 20,7 %, 16,1 %, 8,5 %. Очевидно, степень уязвимости нестабильных АБ зависит не от содержания ЛП и Мф, а определяется уменьшением количества стабилизирующих структур, в основном КЛ. Возрастание степени уязвимости покрышки нестабильных АБ связано как с увеличением содержания ЛП и Мф, так и с уменьшением содержания КЛ и ГМК. Сумма дестабилизирующих структур АБ с ИН от 1,1 до 2,0 составляла 25,8 %, а при ИН свыше 3,0 — 49,9 %. Сумма стабилизирующих структур составляла соответственно 18,5 % и 10,2 %. Особую группу составляют нестабильные АБ с нарушениями целостности покрышки в виде разрывов, кровоизлияний, эрозий, тромбозов (40 % от общего числа нестабильных АБ).

Заключение. Использование ИН позволило дать количественную оценку структур, ответственных за стабильность АБ в коронарных артериях, и выделить три вида бляшек: стабильные, условно-стабильные и нестабильные. Степень нестабильности АБ определяется, в основном, не высоким содержанием дестабилизирующих структур (ЛП и Мф), а уменьшенным количеством КЛ.

0842 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АНТИАНГИНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАДИЕЙ

Чиныбаева А.А.
Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель. Оценка терапевтической эффективности Бисопролола-ратиофарм у больных нестабильной стенокардией на основе многосуточного холтеровского мониторирования ЭКГ.

Материалы и методы. Подбор эффективных антиангинальных препаратов проведен у 35 больных с диагнозом нестабильная стенокардия (20 мужчин и 15 женщин), в возрасте от 40 до 63 лет (средний возраст 50,4±1,4 лет). У 29 обследованных диагностирована прогрессирующая стенокардия, у остальных 6 впервые возникшая. Базисная терапия НС включала нитраты, антикоагулянты, антиагреганты и статины. На 5-6 сутки после поступления больных в стационар, после стабилизации состояния, каждому пациенту проводилось многосуточное мониторирование ЭКГ при помощи мониторного компьютерного комплекса <Кардиотехника-4000> (фирма ИНКАРТ Санкт-Петербург) с проведением острых проб, по следующему дизайну: 1-ые сутки Метопролол (Эгилок) в суточной дозе 50 мг, 2-е сутки бисопролол (Бисопролол-ратиофарм) в дозе 5 мг и 3-е сутки карведилол (талитон) в суточной дозе 5мг. После проведения исходной нагрузки в виде подъема по лестнице больной принимал тестируемый препарат и повторял нагрузку в том же темпе через два часа (в районе предположительного максимума действия препарата. Третья и четвертая нагрузка проводилась в момент предполагаемого окончания действия препарата -через 5 и 8 часов от приема. После проведения острых проб была отобрана группа больных наиболее чувствительных к бисопрололу, которой была назначена курсовая терапия этим препаратом. Бисопролол-ратиофарм назначался по 2,5-5 мг 1 раз в сутки в течение 4 недель, после чего проводилось повторное ХМ ЭКГ. Оценивались объем выполненной работы (ОВР), длительность нагрузки, мощность, ОВР до появления депрессии сегмента ST, равной 1 мм, количество эпизодов ишемии, суммарный индекс ишемии, суммарная длительность эпизодов ишемии.

Результаты и обсуждение. Наиболее эффективным у 35 обследованных больных с НС оказался Бисопролол-ратиофарм при его приеме достоверное увеличение толерантности к нагрузкам наблюдалось у 88-91 % больных, причем выраженный эффект с увеличением переносимости нагрузок вдвое и отсутствием ишемических изменений ЭКГ на высоте нагрузки — у 69 % пациентов. В среднем по группе увеличение порогового ОВР составило 227,9±62,0 % от исходного через 2 часа после приема бисопролола. Полученные результаты показывают: что с помощью предложенной методики было возможным подобрать эффективный антиангинальный препарат у 35 пациентов, причем у 10 из них были эффективны два, а у 25 — три и более препарата. Высокоэффективный препарат, который бы увеличивал переносимость нагрузок в два и более раз и на фоне приема которого бы не наблюдалась ишемия миокарда, удалось выявить у 30 больных принимавших Бисопролол-ратиофарм.

Выводы. 1.С помощью многосуточного Холтеровского мониторирования ЭКГ с использованием разработанной методики можно осуществить индивидуальный подбор безопасного антиангинального препарата у больных нестабильной стенокардией.

0843 НАГРУЗОЧНЫЕ ТЕСТЫ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ (ПЭКС)

Чирикова И.А., Воронина Н.В., Чичина Е.Е.
ГОУ ВПО ДВГМУ, Хабаровск, Россия; ФГУ “301 ОВКГ”

Мо РФ, Хабаровск, Россия; ОГУЗ “Сахалинская областная больница”, Южно-Сахалинск, Россия

Цель исследования анализ и сравнение возможных нарушений электростимуляции в базальных условиях и на фоне моделирования нагрузочных проб при проведении ХМ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ХСМ на аппаратно — программных комплексах ДМС “Передовые технологии” (Россия) и Rozinn Electronics (США) у 64 больных (37 мужчин и 27 женщин) в возрасте 64,3±12,3 лет, предъявляющих жалобы на повышенную утомляемость, слабость, дискомфорт в области сердца, головокружение, перебои в работе сердца. Показаниями к имплантации ЭКС в 26 (40,62 %) случаях были нарушения АВ проводимости, в 18 (28,1 %) случаях СССУ II, у 20 (31,2 %) пациентов брадизависимыми формами фибрилляции-трепетания предсердий. Режим VVI был у 33 (51,56 %) больных, режим AAI у 4 (6,25 %) пациентов, остальные 27 (42,18 %) имели двухкамерные ЭКС в режимах DDD/DDDR. Исследования проводились в базальных условиях и на фоне нагрузочных проб: физических (лестничная проба, проба с изометрическим напряжением мышц верхнего плечевого пояса) и психоэмоциональных (тест “КОТ “ В.Н. Бузина, тест интеллекта по Кеттеллу) нагрузок.

Результаты и обсуждение. У части из них 26 (40,6 %), на фоне нагрузочных проб, были выявлены следующие нарушения, связанные с работой электрокардиостимулятора, не обнаруженные в базальных условиях: конкуренция ритмов — 2 (7,7 %), интермиттирующий гипосенсинг зубца Р (DDD) — 1 (3,8 %), неэффективная стимуляция, проявляющиеся отсутствием ответа на артефакт импульса — 6(23 %), песмейкерная бигемения — 4(15,4 %), паузы продолжительностью от 1,4 до 5,3 с — 9 (34,6 %), обусловленные миопотенциальным ингибированием импульса. Снижение базовой частоты стимуляции наблюдалось в 2 (7,7 %) случаев, даблстимуляция — 1 (3,8), “разогнавшийся” ЭКС у 1 (3,8 %) пациента.

Выявленные нарушения кардиостимуляции, при проведении нагрузочных проб, связаны с провоцированием патофизиологических состояний и являются проявлением скрытой или труднодоступной для обнаружения в базальных условиях патологии.

Вывод. Использование комплекса различных дозированных физических и психоэмоциональных нагрузок при проведении ХСМ у больных с ПЭКС различных режимов способствует своевременной диагностике скрытых нарушений в системе электрокардиостимуляции и позволяет рекомендовать их к включению в план обследования пациентов предъявляющих жалобы.

0844 ВАРИАБЕЛЬНОСЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ СУТОЧНЫМИ ПРОФИЛЯМИ АД

Чугунова Д.Н., Хасанов Н.Р., Ослопов В.Н., Хисматуллина Р.И, Абдуллина Р.Х.
КГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Казань, Россия

Цель. Изучение ассоциации вариабельности сердечного ритма с полиморфизмом гена эндотелиальной NO-синтазы у больных гипертонической болезнью с различными типами суточного профиля АД.

Материал и методы. В исследование включено 89 больных гипертонической болезнью I-II стадии в возрасте от 18 до 55 лет.

Всем больным проводилась: определение 4a/4b полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтазы NOS3 методом ПЦР, суточное мониторирование АД, определение вариабельности сердечного ритма (ВСР) по данным холтеровского мониторирования ЭКГ во время которого проводилась оротостатическая проба с регистрацией показателей ВРС в покое и на первой минуте ортостаза.

Результаты. При анализе ВРС у больных с суточным профилем АД типа диппер, носителей генотипов 4a/4b и 4b/4b гена NOS3 была выявлена асимпатикотоническая реактивность, которая заключалась в одновременном снижении абсолютных значений мощности низкочастотной и высокочастотной составляющих спектра. Причем снижение высокочастотной составляющей было достоверным ($p<0,05$).

При анализе ВРС у больных с суточным профилем АД типа нон-диппер носителей генотипа 4a/4b гена NOS3 наблюдалась асимпатикотоническая реактивность, с синергией обоих отделов вегетативной нервной системы, а у носителей генотипа 4b/4b гена NOS3 определена гиперсимпатикотоническая реактивность, заключающаяся в значительном увеличении мощности обеих составляющих спектра.

Выводы. 1. Наличие генотипов 4a/4b гена NOS3 у больных ГБ с суточным профилем АД типа диппер и нон-диппер ассоциируется с асимпатикотонической вегетативной реактивностью.

2. Наличие у больного ГБ с суточным профилем типа нон-диппер генотипа 4b/4b гена NOS3 сочетается с гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью.

0845 АКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНЫХ ЖИРОВЫХ ДЕПО ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕНОКАРДИИ ДО И ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Чумакова Г.А.[1,2], Веселовская Н.Г.[2,3], Козаренко А.А.[1,3]
Алтайский государственный медицинский университет[1], Барнаул, Россия; НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[2], Кемерово, Россия; Алтайский краевой кардиологический диспансер[3], Барнаул, Россия

При висцеральном ожирении отложение жира происходит не только в типичных местах — подкожно-жировая клетчатка и брюшная полость, но и вокруг сердца (эпикардиальная жировая ткань), кровеносных сосудов (периваскулярная жировая ткань), почек (паранефральная жировая ткань).

Целью нашего исследования стало изучение нейрогуморальной активности и объемов висцерального жира в риске развития рестенозов коронарных артерий (КА) после их стентирования у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: в исследование было включено 146 пациентов, со стенокардией напряжения II-III ф кл. на фоне МС (группа 1, 84 пациентов) или без него (группа 2, 62 пациента), средний возраст 54,3±4,4 лет, имеющие показания к проведению стентирования коронарных сосудов. Всем пациентам были установлены стенты без лекарственного покрытия в 1 или 2 пораженные КА. Количество стентов в группах было сопоставимо. До операции определялись окружность талии, толщина слоя эпикардиального жира при эхокардиографии, уровни лептина и адипонектина в плазме. Через 12 месяцев проводилась компьютерная спиральная томография, сцинтиграфия миокарда, коронарография.

Результаты. Объем талии в группе 1 составил 109±5,1см, а в группе 2 — 92±3,8см. В группе 1 уровень лептина составил 78,3±4,4 нг/мл, а уровень адипонектина 4,6±0,4 μмоль/мл, в группе 2 — 61,3±4,2нг/мл и 7,5±0,5μмоль/мл. Толщина слоя эпикардиального жира за правым желудочком в группе 1 составила 9,9±1,2мм, в группе 2 — 3,8±0,3мм. Через 6 месяцев после реваскуляризации в группе 1 рестенозы КА в зоне стентирования развились у 22 % больных, а в группе 2 у 7,8 %. Через год эти показатели составили 26,3 % и 11,5 % соответственно.

Через год наблюдения у больных группы 1 были выявлены новые клинически значимые стенозы КА вне зон стентирования у 15 больных, а в группе 2 только у 4 больных. В группе 1 выявлена прямая достоверная корреляционная связь между появлением рестеноза и/или новых стенозов через 12 месяцев с уровнем лептина, окружностью талии, толщиной эпикардиального жира ($\tau=0,26$; $p=0,045$; $\tau=0,38$; $p=0,026$; $\tau=0,26$; $p=0,015$). В группе 2 такой связи выявлено не было. Важно отметить, что у больных в группе 1 с развившимися рестенозами к 12 месяцу толщина эпикардиального жира была недос-

товерно, но больше по сравнению с теми, у кого рестенозы не развились, а уровень адипонектина достоверно меньше (4,3±0,1 против 5,1±0,1 μмоль/мл, p<0,05).

Таким образом, больные с висцеральным ожирением, высоким уровнем лептина и низким уровнем адипонектина, имеют высокий риск развития рестенозов КА после их стентирования, а также более высокий риск развития и прогрессирования атеросклероза в ранее интактных участках КА. Это требует максимальной коррекции метаболических факторов риска с целью снижения риска ранних и поздних осложнений стентирования КА до оперативного вмешательства.

0846 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ИСХОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Чумакова Г.А.[1,2], Веселовская Н.Г.[2,3], Козаренко А.А.[1,3], Карбышев И.А.[4]

Алтайский государственный медицинский университет[1], Барнаул, Россия; НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[2], Кемерово, Россия; Алтайский краевой кардиологический диспансер[3], Барнаул, Россия; Алтайский краевой диагностический диспансер[4], Барнаул, Россия

Цель: изучить распространенность и значение полиморфизма генов системы тромбообразования у больных с тяжелым течением ишемической болезни сердца.

Материалы и методы: Был определен полиморфизм генов тромбогенных тромбофилий у 102 больных в возрасте от 30 до 68 лет с тяжелым течением коронарного атеросклероза, требующим проведение аортокоронарного шунтирования (АКШ) перед оперативным лечением. Группу сравнения составили 572 здоровых в возрасте 12-15 лет. Методом полимеразной цепной реакции проводилось определение носительства тромбогенных аллельных полиморфизмов генов метилтетрагидрофолатредуктазы — MTHFR (Ala 222 Val), ингибиторова активатора плазминогена — PAI-I (675 5G/4G), фактор V Leiden (Arg 506 Gln) и фактора II-протромбина (20210 G.A).

Результаты: выявлено, что полиморфизм MTHFR составил у здоровых 13,6 %, а у больных — 62 %; полиморфизм PAI-I составил соответственно 9,5 и 73 %; патологические варианты генов фактора II-протромбина выявлены в 0,2 % у здоровых и 15 % больных, фактора V Лейдена — у 0,01 % здоровых и 7 % больных. Одиночные генетические дефекты у здоровых встречались у 24,8 %, а у больных в 34 %. Два генетических дефекта у здоровых встретились в 4,2 % случаев, а у больных в 44 %. Три и более дефекта в группе здоровых не были зарегистрированы, а у больных они встречались в 13 % случаев. Только 12 % больных не имели генетических дефектов. При изучении распространенности факторов риска выявлено, что у больных без выявленных генетических полиморфизмов 89 % больных курили много лет, 78 % имели метаболический синдром, 65 % имели артериальную гипертонию, средний возраст появления показаний к оперативному лечению составил 54±2,3 года. В группе больных с тремя генетическими поломками средний возраст появления тяжелых проявлений коронарного атеросклероза был достоверно меньше — 46±2,7 лет (p<0,01), курящих было меньше — 62 %, 64 % имели метаболический синдром, 58 % имели артериальную гипертонию. Таким образом, генетический полиморфизм стал фактором, потенцирующим риск развития тяжелого коронарного атеросклероза в более молодом возрасте. Через 6 месяцев после оперативного лечения по данным спиральной компьютерной томографии тромбоз шунтов развился у 7 больных. У всех имел место 2-3 генетических полиморфизма, у 4 — в том числе был полиморфизм фактора V Leiden.

Таким образом, патологический полиморфизм изучаемых генов является предвестником развития тяжелого коронарного атеросклероза даже при меньшей распространенности факторов риска. Следовательно, здоровые лица с выявленным тромбогенным полиморфизмом нуждаются в агрессивной первичной профилактике, а больные перед оперативным лечением — в активных мерах по многофакторной вторичной профилактике тромбозов шунтов и прогрессирования атеросклероза.

0847 РИСК РАЗВИТИЯ МАКРОАНГИОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1

Чумакова Г.А.[1,3], Вигель А.К.[2], Леонова Н.В.[2], Пушкарева С.В.[2], Пергаева Ю.С.[2]

Алтайская краевая клиническая больница[1], Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет[2], Барнаул, Россия; НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН[3], Кемерово, Россия

У пациентов с сахарным диабетом типа 1 (СД 1) достаточно часто встречаются избыточная масса тела (ИзМТ) и ожирение, которые могут приводить к увеличению риска макроваскулярных осложнений, хотя эти состояния традиционно ассоциируются только с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Цель: изучить распространенность основных макроваскулярных осложнений у пациентов СД 1 и СД 2 при ИзМТ и ожирении по данным регистра СД Алтайского края.

Материалы и методы: Были проанализированы данные пациентов с СД 1 и СД 2, вошедшие в регистр СД Алтайского края в 2009 году. Была изучена распространенность у этих больных стенокардии, острого инфаркта миокарда (ОИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) при нормальной массе тела, ИзМТ и ожирении.

Результаты: В регистре СД Алтайского края в 2009 году зарегистрировано 3001 человек с СД 1 и 65 426 человек с СД 2. В 2009г среди пациентов СД 1 распространенность ИзМТ и ожирения составила 39,3 %, а среди пациентов СД 2 — 91,1 %. У пациентов СД 1 стенокардия была зарегистрирована у 181 человек (6,0 %), ОИМ — у 51 человек (1,7 %), ОНМК — у 58 человек (1,9 %). При наличии абдоминального типа отложения жира число пациентов со стенокардией увеличивалось до 11,4 %, с ОИМ до 3,2 %, с ОНМК до 2,9 %. При нормальной массе тела стенокардия при СД 1 встречалась у 2,7 % пациентов, при ИзМТ — у 7,1 %, при ожирении — у 21,1 %. При СД 1 ОИМ регистрирован у 0,7 % пациентов с нормальной массой тела, у 3,1 % пациентов с ИзМТ и у 3,9 % при наличии ожирения. Отношение шансов (ОШ) развития ОИМ при ИзМТ составляло 4,8 (p<0,001), при ожирении по сравнению с нормальной массой тела — 6,0 (p<0,001). ОНМК при нормальной массе тела развилось у 1,0 % пациентов СД 1, при ИзМТ — у 3,0 % пациентов (p=0,0003). При ожирении частота развития ОНМК составило 4,5 %, ОШ развития ОНМК по сравнению с нормальной массой тела составило 4,7 (p<0,001), по сравнению с ИзМТ статистически значимых различий не выявлено.

Учитывая полученный высокий риск развития стенокардии, ОИМ и ОНМК у пациентов СД 1 в зависимости от увеличения массы тела, нами был рассчитан риск развития стенокардии, ОИМ и ОНМК у пациентов СД типа 2. Выявлено, что у пациентов СД 2 стенокардия в 2009 г. регистрирована в 21,5 % случаев, ОИМ — в 5,1 %, ОНМК — в 7,1 % случаев, т. е. значительно чаще, чем у пациентов СД 1. Лишь частота развития стенокардии увеличивалась при ИзМТ по сравнению с нормальной массой тела в 1,7 раза (p<0,001), при ожирении — в 1,1 раза (p=0,0009). В отношении ОИМ и ОНМК не было получено статистически достоверных различий в их распространенности как при ИзМТ, так и ожирении.

Таким образом, по данным регистра Алтайского края при СД 1 риск развития макроваскулярных осложнений ниже, чем при СД 2. Но у больных с СД 1 при ИзМТ и ожирении риск развития ОИМ и ОНМК достоверно увеличивается, а при СД 2 нет. Поэтому снижение массы тела у пациентов СД 1 является важной мерой вторичной профилактики макрососудистых осложнений, чему не уделяется достаточного внимания в клинической практике.

0848 РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ПРЕДСКАЗАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБОСТРЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Чумакова О.С., Селезнева Н.Д., Затейщиков Д.А. от лица коллектива многоцентрового исследования
ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ, Москва, Россия

Эхокардиографические (ЭхоКГ) параметры широко используются за рубежом для оценки риска развития сосудистых осложнений у больных, перенесших обострение ИБС. В России подобных работ не проводилось. Настоящее исследование явилось частью многоцентрового проспективного исследования по изучению факторов риска неблагоприятного исхода у больных, перенесших обострение ИБС. Начато в 2004г, включено 1208 больных, проводится по настоящее время в Москве, Санкт-Петербурге, Ставрополе, Ростове-на-Дону, Перми, Казани, Челябинске. В исследование включено 428 больных, поступившие в стационар по поводу острого коронарного синдрома (ОКС). Включение в исследование проводилось на 10-й день от момента развития ОКС при условии стабильного течения заболевания. В ходе наблюдения фиксировались нефатальный и фатальный инфаркт миокарда (ИМ), нефатальный и фатальный инсульт, нестабильная стенокардия, потребовавшая госпитализации и внезапная коронарная смерть. На момент включения наряду со сбором анамнеза и физикальным осмотром, проводилась стандартноая ЭхоКГ, включавшая измерение диаметра устья аорты, толщины стенок левого желудочка (ЛЖ) в диастолу, диаметра и объема ЛЖ в систолу и диастолу, диаметра, объема (КСО ЛП) и индекса объема левого предсердия в систолу, оценка диастолической функции ЛЖ (Е/А), глобальной и локальной сократимости ЛЖ, состояния клапанного аппарата сердца и давления в легочной артерии. Средний возраст составил 64,6±0,61лет, старше 75 лет было 21,5 %, мужчин — 55,6 %. 130 (30,4 %) больных перенесли ранее инфаркт миокарда. Артериальная гипертензия у 82,5 %. Сердечная недостаточность (СН) в анамнезе у 46,5 %, инсульт у 8,9 %. Больных диабетом было 16,1 %. Курили на момент госпитализации 33,6 %. Индекс Кетле в среднем 28,6±0,23кг/м^2. Все больные были разделены на группы с "хорошим" и "плохим" исходами. По данным многофакторного анализа независимой прогностической значимостью обладали: ИМ в анамнезе (OR 1,789 [1,231-2,601], p=0,002), СН в анамнезе (OR 1,499 [1,024-2,193], p=0,037), индекс КСОЛП (OR 1,014 [1,003-1,025], p=0,013), наличие аортального стеноза (OR 2,658 [1,076-6,564], p=0,034) и диастолическая дисфункция ЛЖ (OR1,516 [1,157-1,985], p=0,003).

Таким образом, стандартные эхокардиографические параметры, получаемые в рутинной практике, могут быть использованы в стратификации риска больных, переживших обострение ИБС наряду с традиционными анамнестическими факторами риска.

0849 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Чуркевич Т.О., Кузнецов В.А., Колунин Г.В., Харац В.Е., Павлов А.В., Криночкин Д.В., Горбунова Т.Ю., Горбатенко Е.А., Рычков А.Ю.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель. Оценить выживаемость больных в отдаленном периоде наблюдения после имплантации устройств для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) в сочетании с оптимальной медикаментозной терапией (ОМТ) в сравнении с пациентами, получающими только ОМТ.

Материал и методы. В исследование было включено 248 человек. Критерии отбора: хроническая сердечная недостаточность (ХСН) функциональный класс (ФК) II-IV по NYHA, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)≤35 %, дилатация полости левого желудочка (ЛЖ) ≥55 мм. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа — 92 человека, лица, с имплантированными устройствами для СРТ, из них 52 устройства с функцией кардиоверсии-дефибрилляции (у которых по эхокардиографии (ЭхоКГ) была выявлена внутрижелудочковая и/или межжелудочковая диссинхрония, и/или расширение комплекса QRS≥120 мс. на ЭКГ) в сочетании с ОМТ. Вторая группа отобрана ретроспективно — 156 человек, которые получали только ОМТ.

Результаты о выживаемости удалось получить у 79 человек (86 %) в первой группе и у 113 (72,4 %) — во второй. Средний период наблюдения составил 25±15 месяцев в первой и 27±18 месяцев во второй группе.

Результаты. При статистическом анализе различий в группах по возрасту, полу, ФК ХСН по NYHA не было. Имелись различия по нозологиям, в первой группе дилатационная кардиомиопатия встречалась чаще (39 % против 9 %; p<0,001). Во второй группе — ИБС (91 % против 61 %; p<0,001) и постинфарктный кардиосклероз (67 % против 33 %; p<0,001), артериальная гипертония (75 % против 58 %; p=0,009) и хроническая форма фибрилляции предсердий (32 % против 28,3 %; p=0,035). По ЭКГ и ЭхоКГ в первой группе встречались чаще блокады ножек пучка Гиса (49 % против 30 %; p=0,006) и более широкий комплекс QRS (137,6±37 против 113±23; p<0,001), увеличение конечного диастолического диаметра ЛЖ (67,5±9 против 63,3±7,8; p<0,001) и меньшая величина размера асинергии ЛЖ (17,3±22,4 против 46,4±14; p<0,001). Фракция выброса и величина конечного систолического диаметра ЛЖ в группах достоверно не различались. Различий по приему медикаментов в группах не было, за исключением дезагрегантов (68 % во второй группе, против 46 % в первой; p=0,001).

Выживаемость оценивали по методу Каплана-Мейера и на конец периода наблюдения выживаемость в первой группе составила 66,8 %, во второй — 57,9 % (p=0,013). С помощью метода регрессии Кокса, было выявлено, что только метод лечения ХСН оказал существенное влияние на риск смерти. Риск смерти во второй группе составил 2,56 (95 % доверительный интервал 1,11-5,90), то есть он был выше на 156 % по сравнению с первой.

Выводы. Применение СРТ в сочетании с ОМТ у больных с ХСН и низкой ФВ ЛЖ обеспечивает более высокую выживаемость в отдаленном периоде наблюдения.

0850 ВНУТРИКЛЕТОЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Шаврин А.П., Ховаева Я.Б., Головской Б.В.
Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Цель. Изучить частоту встречаемости латентных внутриклеточных инфекций и маркеры воспаления у лиц с атеросклерозом и выявить их взаимосвязи с толщиной сосудистой стенки.

Материал и методы. Обследовано 64 человека. Все лица были разделены на две группы. Группу сравнения составили 25 здоровых человек без факторов риска (средний возраст 43,8±1,7 г). Вторую группу образовали 39 человек с факторами риска, у которых были выявлены атеросклеротические бляшки в брахеоцефальных сосудах (средний возраст 45,2±1,4г). Иммуноферментным методом в сыворотке крови определяли количество провоспалительных цитокинов: интерферон-γ (INFγ), фактор некроза опухоли-α (TNFα), интерлейкины: (IL1, IL8), противовоспалительного — интерлейкина-4 (IL4)

и С-реактивного белка (CRP), а также антитела JgG к цитомегаловирусу (ЦМВ), вирусу простого герпеса 1-го типа (ВПГ) и антитела JgG к Chlamydia pneumoniae (C.Pneumoniae) с помощью тест-систем фирмы БиоХимМак. Ультразвуковое сканирование брахеоцефальных сосудов для определения толщины комплекса интима/медиа (КИМ) и визуализации атеросклеротических бляшек проведено на аппарате АЛОКА 5000. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы "Статистика" Вер.6.0. Данные представлены в виде средних величин со среднеквадратичными ошибками.

Результаты. В группе сравнения сероположительными к ВПГ были 67 % лиц, к ЦМВ у 91 %, а уровень lgG к ЦМВ был 89,5±4,2 EU/ml. Антитела к C.pneumoniae не выявлены. Количество CRP составило 0,56± 0,1 мкг/мл, провоспалительных цитокинов: IL1 5,3±3,8 пг/мл, IL8 12,3±3,1 пг/мл, TNFα 3,1±0,1 пг/мл, INFγ 51,9±13,1 пг/мл, IL4 3,4±1,3 пг/мл.

В группе лиц с атеросклерозом сосудов толщина КИМ была больше, чем в группе сравнения и составила 1,1±0,1 мм, против 0,7±0,1 мм в первой группе (p=0,03). ВПГ выявлялся у 95 % лиц (p=0,03), ЦМВ у 100 % (p=0,44), а уровень lgG к ЦМВ был 164,5±8,1 EU/ml (p=0,03), антитела к C.pneumoniae у 37 % лиц (p=0,04). Уровень маркеров воспаления был также выше у лиц с атеросклерозом: CRP определялся в количестве 22,4± 1,8 мкг/мл (p=0,01), IL1 18,02±2,1 пг/мл (p=0,04), IL8 271,8±57,3 пг/мл (p=0,02), TNFα 14,74±1,9 пг/мл (p=0,03). INFγ имел тенденцию к снижению и определялся в количестве 27,6±7,0 пг/мл (p=0,41). Уровень IL4 не отличался от его показателя в группе сравнения и составил 4,8±2,6 пг/мл (p=0,58).

Кластерный анализ выявил тесную линейную взаимосвязь между толщиной КИМ и вирусными инфекциями ВПГ и ЦМВ в группе сравнения. У лиц с атеросклерозом сосудов в дендрограмму тесновзаимосвязанных показателей дополнительно вошли C.pneumoniae и показатели воспаления — IL1 и TNFα. Эти инфекционные и воспалительные показатели корреляционную связь с толщиной КИМ (r=0,34-0,61).

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что при атеросклерозе сосудов отмечается увеличение инфекционной нагрузки вирусной (ВПГ и ЦМВ) и внутриклеточной бактериальной инфекции (C.pneumoniae), которые имеют высокую тропность к сосудистой стенке и могут вызывать развитие воспалительного процесса.

0851 ВОСПАЛЕНИЕ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Шаврин А.П.
Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Эректильная дисфункция (ЭД) является медицинской и социальной проблемой во многом определяющей здоровье мужчин. В патогенезе ЭД центральное место занимает дисфункция эндотелия, при которой накапливаются свободные радикалы, повреждающие эндотелиоциты. Среди причин развития дисфункции эндотелия, в настоящее время, называют воспалительный процесс, маркерами которого является С-реактивный белок и провоспалительные цитокины.

Цель исследования: изучить маркеры воспаления у мужчин с эректильной дисфункцией.

Материал и методы. Обследовано 108 практически здоровых мужчин в возрасте от 20 до 60 лет. Диагностику ЭД проводили по Международному индексу эректильной функции -IIEF. Оценка ответов респондентов на вопросы выявила ЭД средней и легкой степени тяжести у 44 человек (40,7 %). Они образовали опытную группу, средний возраст 45,6±1,8 года. Лица, набравшие, по результатам анкетирования более 26 баллов составили группу сравнения, таких было 64 пациентов (59,3 %), средний возраст 44,5±1,4 года (p>0,05). У всех обследованных иммуноферментным методом в сыворотке крови определяли цитокины: интерферон-γ (INFγ), фактор некроза опухоли-α (TNFα), интерлейкины (IL-1, IL-4, IL-8) тест-системами фирмы ООО "Цитокин" (СПб, Россия), и С-реактивный белок (CRP) тест-системой фирмы SeroElisa (США). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы "Статистика" Вер.6.0.

Результаты. В группе мужчин с ЭД количество CRP было 9,4±1,2 мкг/мл, что больше, чем в группе сравнения — 2,1±0,8 мкг/мл (p=0,02). Уровень провоспалительных цитокинов у лиц с ЭД так же был выше и составил IL-1 15,7±2,2 пг/мл, IL-8 -59,8±4,6 пг/мл, против IL-1 1,8±0,1 пг/мл (p=0,03), IL-8 — 3,2±0,6 пг/мл (p=0,01), в группе сравнения. Уровень противовоспалительного цитокина IL-4 у мужчин с ЭД был ниже, чем в группе сравнения, и составил соответственно 4,1±1,1 пг/мл и 18,9±2,3 пг/мл (p=0,036). Количество INFγ в группе лиц с ЭД было 10,6±1,1 пг/мл, а в группе сравнения достоверно выше 411,3±35,1 пг/мл (p=0,01). По уровню TNFα различий между группами не было (p>0,05).

Заключение. У мужчин с эректильной дисфункцией высокие показатели в крови маркеров воспаления — CRP, провоспалительных цитокинов IL-1, IL-8, INFγ, и низкий уровень противовоспалительного IL-4, указывают на наличие латентного воспалительного процесса, который может способствовать развитию дисфункции эндотелия сосудов. Диагностика воспалительного процесса по маркерам воспаления позволит своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия, направленные на уменьшение воспаления.

0852 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПРО-МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕТИДА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шайдуллина А.И., Галявич А.С., Миннетдинов Р.Ш., Якупов И.Ф., Галяви Р.А.
Казанский государственный медицинский университет, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель. Определить выживаемость пациентов после инфаркта миокарда в зависимости от уровня N-терминального промозгового натрийуретического пептида.

Методы. В исследование было включено 90 пациентов, впервые перенесших трансмуральный инфаркт миокарда (ИМ) (с патологическим зубцом Q или подъемом сегмента ST), без предшествующих признаков имеющейся сердечной недостаточности. Диагноз был выставлен на основании характерной клинической картины, положительных тестов на маркеры некроза миокарда (тропонин I) и электрокардиографических данных. В течение года после перенесенного ИМ у пациентов регистрировались все произошедшие неблагоприятные коронарные события, такие как: повторный ИМ, нестабильная стенокардия (НС), летальный исход. В течение года у 25,5 % исследуемых произошли неблагоприятные коронарные события: повторный ИМ у 14,4 %, НС у 7,8 %, летальный исход у 3,4 %. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от вида произошедшего неблагоприятного коронарного события. Группа повторного ИМ — № 1; группа НС — № 2; группа летального исхода — № 3. Анализ N-терминального про-мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP, пг/мл) осуществлялся на 4 день от начала заболевания методом иммунохемилюминесценции на аппарате "Immulite One".

Результаты. Средний уровень NT-proBNP (пг/мл) в группе № 1 составил 1248-354,9; в группе № 2 1026-456; и в группе № 3 3236-140,5. Различия в уровнях пептида между группами № 1 и № 2 оказались недостоверными (p=0,7), однако между группами № 1 и № 3близкими к достоверным, p=0,053. Нами отдельно была изучена группа пациентов, у которых в течение года наблюдения не произошло неблагоприятных коронарных событий. Средний уровень NT-proBNP (пг/мл) у пациентов без повторного ИМ составил 1138-140,2; без НС 1162-135,6; без летального исхода 1108-142. Сравнительный анализ пептида между группами с произошедшим и не произошедшим повторным ИМ достоверных различий не выявил,

p=0,746; в группах с НС разница так же не была достоверна, p=0,731; и лишь в группе пациентов умерших в течение года после ИМ уровень NT-proBNP был достоверно выше, чем у выживших пациентов, p=0,01.

Выводы. Пациенты со значением NT-proBNP более 3000 пг/мл имеют более высокий риск развития летального исхода, в течение года после перенесенного ИМ с подъёмом сегмента ST.

0853 УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ДО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВЛИЯЕТ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА

Шайдуллина А.И., Галявич А.С., Миннетдинов Р.Ш., Якупов Р.Ш., Галяви Р.А.
Казанский государственный медицинский университет, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель. В исследование было включено 90 больных инфарктом миокарда (ИМ) с зубцом Q. Больным проводилась реваскуляризация (тромболизис или стентирование коронарных артерий) или консервативное лечение.

Методы. Мы проанализировали исходы больных через 1 год после инфаркта миокарда с зубцом Q. В качестве твердой конечной точки были приняты повторный инфаркт миокарда, госпитализация по поводу нестабильной стенокардии и хронической сердечной недостаточности (ХСН), смерть.

Результаты. В течение последующего года в группах наблюдалось разное количество конечных точек (повторный ИМ, госпитализация по поводу ХСН, смерть). Так в группе тромболизиса у 11 (36,6 %) пациентов возникла конечная точка, в то время как в группах стентирования и консервативного лечения лишь у 5 (16,6 %) и 6 (20 %) человек соответственно. Для определения показателей, влияющих на прогноз пациентов перенесших ИМ, мы решили сравнить пациентов с конечными точка — 1 группа (22 пациента) с больными без таковых — 2 группа (68 пациентов). Было выявлено, что группы достоверно не различаются на момент поступления по возрасту, индексу массы тела, числу сердечных сокращений, уровню АД, тропонинов, общему холестерину, уровню мозгового натрийуретического пептида, фракции выброса, нейтрофильно/лимфоцитарному отношению, времени от начала болевого синдрома до поступления в стационар. Единственная достоверная разница между группами зафиксирована в значениях холетсерина липопротеинов низкой плотности (ХЛНП). Так, в 1 группе средний уровень ХЛНП 3,78 ммоль/л, а во второй — 3,26 ммоль/л (p=0,038).

Выводы. На прогноз больных с инфарктом миокарда с зубцом Q в течение первого года влияет уровень ХЛНП до заболевания.

0854 НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шакирова Р.М., Галявич А.С.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: выявить частоту возникновения неосложненных гипертонических кризов у больных с артериальной гипертонией и определить антигипертензивные препараты, используемые пациентами для их коррекции.

Материалы и методы: Проведен анализ 450 историй болезни больных с артериальной гипертонией (АГ), госпитализированных в стационар, из них в исследование был включен каждый третий пациент (использован пошаговый механический способ). Регистрация гипертонических кризов осуществлялась на момент включения пациента и/или за 14 дней до включения его в исследование, при возникновении неосложненного гипертонического криза (систолическое артериальное давление ≥180 и/или диастолическое давление ≤110 мм рт.ст), потребовавшее медикаментозного лечения.

Результаты. В исследовании приняли участие 150 больных с АГ: 44 мужчины и 106 женщин, средний возраст 65,4±7,7 лет. Больные для коррекции артериального давления регулярно принимали следующие группы препаратов: диуретик 67 (44,67 %), β-адреноблокатор 74 (49,33 %), иАПФ/АРА 128 (85,33 %), антагонист кальциевых каналов 29 (19,33 %), препарат центрального действия 3 (2 %), аспирин 120 (80 %), статин 12 (8 %) человек. Неосложненные гипертонические кризы в течении 14 дней до включения в исследование были зарегистрированы в 57 (38 %) случаях. Для купирования гипертонического криза больные использовали следующие препараты: энап 28 (49,12 %), капотен 22 (38,60 %), кордафлекс 6 (10,53 %), магнезия сульфат внутривенно 6 (10,53 %), инъекции дибазола 3 (5,26 %), гипотиазид 3 (5,26 %), коринфар 5 (8,77 %), адельфан 4 (7,02 %), эгилок 3 (5,26 %), нормодипин 2 (3,51 %), лазикс 1 (1,75 %) случаях. В 49 % случаев проводилась комбинированная терапия.

Выводы. 1.Неосложненные гипертонические кризы наблюдались в 38 % случаях.

2.В качестве неотложной помощи при гипертонических кризах больными в большинстве случаев используется энап, капотен, кордафлекс, инъекции магнезии сульфат.

3. иАПФ/АРА, бета-адреноблокатор, диуретики — основные группы препаратов, регулярно используемые больными с АГ.

0855 С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК И АЛКОГОЛЬ. ТАК ЛИ ОДНОЗНАЧНА ПРОТЕКТИВНАЯ РОЛЬ АЛКОГОЛЯ?

Шальнова С.А., Деев А.Д., Метельская В.А., Александри А.Л., Баланова Ю.А., Капустина А.В., Константинов В.В., Кукушкин С.К., Лельчук И.Н., Платонова Е.В., Жукова В.А.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины", Москва, Россия

Известно, что умеренное потребление алкоголя ассоциируется с низким риском сердечно-сосудистой смертности, что, отчасти, объясняется его противовоспалительным действием. Системное воспаление, маркером которого является повышенный уровень С-реактивного белка (СРБ), может играть ключевую роль в понимании взаимосвязи между потреблением алкоголя и уровнем сердечно-сосудистого риска.

Цель. Изучить взаимосвязь между содержанием СРБ в плазме крови и потреблением алкоголя в Московской выборке мужчин и женщин 55 лет и старше.

Материал и методы. В рамках международного эпидемиологического исследования "Стресс, старение и здоровье" ("Stress, Aging and Health Study") обследована представительная выборка (n=1876; 47,9 % мужчин) с помощью стандартных эпидемиологических методов. Оценивали социально-демографические характеристики, статус курения, антропометрические показатели, уровни артериального давления, показатели липидного и углеводного обмена. Потребление алкоголя оценивали с помощью стандартного опросника с регистрацией частоты приема алкогольных напитков, их вида и количества. Учитывались пиво, сухое и крепленое вино, крепкие спиртные напитки. Уровень высокочувствительного (вч) СРБ определяли методом иммунотурбидиметрии. Значения >3 мг/л считали маркером хронического воспаления. Статистическая обработка включала анализ средних и их ошибок для непрерывных показателей и относительные частоты для категоризованных переменных. Взаимосвязь между повышенным уровнем СРБ и другими включенными в анализ показателями оценивали с помощью логистической регрессии.

Результаты. Средние значения вчСРБ в обследуемой выборке не различались по полу и возрасту, хотя и были среди мужчин несколько выше, чем у женщин (3,38±0,17 и 3,16±0,16 мг/л). Около трети всех обследованных имели уровень вчСРБ более 3 мг/л. Частота потребления алкоголя в целом составила 84,2 % и 74,4 %, соответственно для мужчин и женщин. Связи между повышенным уровнем вчСРБ

и общим потреблением алкоголя обнаружено не было. Однако раздельный анализ потребления "легких" (пиво, вино) и "крепких" алкогольных напитков (водка, коньяк и др.) позволил выявить отрицательную L-образную зависимость между повышенным уровнем вчСРБ и потреблением "легких" алкогольных напитков. Относительно не употреблявших алкоголь в течение последнего года отношение шансов [ОШ (95 %ДИ)] наличия повышенного вчСРБ в квартилях "легкого" алкоголя составило: 0,801 (0,622; 1,031); 0,536 (0,399; 0,720) (p<0,001); 0,667(0,501; 0,888) (p<0,001). После коррекции на возраст, пол, образование и традиционные факторы риска эта взаимосвязь осталась статистически значимой: 0,786 (0,591; 1,073); 0,600(0,427; 0,841) (p<0,01); 0,709 (0,506; 0,996) (p<0,01). Вместе с тем не было выявлено связи между повышенным уровнем вчСРБ и потреблением "крепкого" алкоголя.

Заключение. Протективная роль алкоголя в развитии воспаления достоверно демонстрируется только при употреблении "легких" алкогольных напитков, таких как пиво и вино, тогда как влияние "крепких" спиртных напитков весьма сомнительно. Учитывая, что основное потребление алкоголя среди россиян приходится на "крепкие" спиртные напитки, можно предполагать, что протективная роль умеренного потребления алкоголя в этой популяции может быть снижена.

"Biodemography of Disease and Death in Moscow", grant R01 AG026786, NIA, 2006/09-2011/08.

0856 АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шангина А.М., Говорин А.В., Кушнаренко Н.Н., Солпов А.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить агрегационную способность тромбоцитов у больных подагрой с диастолической дисфункцией левого желудочка и без таковой.

Материалы и методы: обследовано 40 мужчин с подагрой от 32 до 56 лет, средний возраст которых составил 48,8±6,5 лет. Длительность подагры от 1,5 до 10 лет. В 1 группу вошли 20 больных с подагрой в стадии ремиссии (50 %), в 1а- подгруппу включены 9 пациентов (45 %) без диастолической дисфункции левого желудочка (далее ДД ЛЖ), в 1б-11 пациентов с ДД ЛЖ (55 %) по результатам проведенного ЭхоКГ. Во 2 группу- 20 пациентов с острым подагрическим артритом I-II степени активности (50 %), во 2а- подгруппу вошли 7 пациентов (35 %) без ДД ЛЖ, во 2б- 13 пациентов с ДД ЛЖ (65 %). Диагноз удовлетворял классификационным критериям ВОЗ. В группу контроля вошли 12 относительно здоровых мужчин, средний возраст- 35±5,9 лет. Спонтанную и АДФ (10мкг/мл)- индуцированную агрегацию тромбоцитов исследовали на лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов "Биола".

Результаты: по данным кривой светопропускания степень спонтанной агрегации тромбоцитов у пациентов с подагрой в стадию ремиссии была выше, чем в контрольной группе (4,02±3,3 отн.ед. и 0,6±0,1 отн.ед.; p<0,001), но ниже, чем при обострении (9,52±7,5 отн.ед.; p<0,001). При детальном рассмотрении у пациентов с ремиссией подагры без диастолической дисфункции ЛЖ степень агрегации была ниже, чем с ДД ЛЖ (3,49±1,5 отн.ед. и 4,62±2,0 отн.ед. соответственно, p<0,05). При обострение подагры также степень агрегации была максимальной в подгруппе с ДД ЛЖ и превышала в 3,7 раза таковую в подгруппе без нарушения диастолической функции (10,96±7,8 отн.ед. и 2,96±1,9 отн.ед. соответственно; p<0,01). Сходные изменения наблюдались при изучении скорости спонтанной агрегации у больных в обеих группах. Ее увеличение наблюдалось у пациентов в подгруппах с ДД ЛЖ (1а- 4,27±2,3 %, 1б- 5,82±3,3 %, p<0,05; 2а- 20,52±16,6 %, 2б- 31,16±17,6 p<0,05).

Степень АДФ- индуцированной агрегации у пациентов в стадию ремиссии подагры были выше, чем в контроле (75,63±32,8 отн.ед. и 50,0±15,1 отн.ед.; p<0,001) и ниже, чем при обострении (113,35±78,1 отн.ед.; p<0,05). В подгруппах с ДД ЛЖ отмечалось характерное повышение степени агрегации (1а- 51,85±37,8 отн.ед.; 1б- 108,1±32,7 отн.ед.; 2а- 42,28±19,9 отн.ед., 2б- 113,46±69,8 отн.ед.; p<0,001) При изучении скорости АДФ-индуцированной агрегации отмечалось ее увеличение в обеих группах (101,19±53,1 % и 126,94±58,6 %) в сравнении с контролем (79,31±10,4 % p<0,05). Однако скорость агрегации тромбоцитов у больных подагрой без ДД ЛЖ в обеих подгруппах была ниже чем в контроле (1а-подгруппа- 64,8±25,9 %, 2а-подгруппа- 72,73±36,8 %; p<0,05). Увеличение скорости агрегации в 2 раза наблюдалось у пациентов в подгруппах с ДД ЛЖ (130,53±57,1 % и 148,63±49,6 % соответственно; p<0,001).

Выводы: у пациентов с подагрой обнаружено увеличение спонтанной агрегации кровяных пластинок. Степень и скорость спонтанной и АДФ- индуцированной агрегации у больных подагрой с ДД ЛЖ были выше, чем без таковой. Выявлено значительное ускорение агрегации у больных подагрой при обострении.

0857 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шангина А.М., Говорин А.В., Кушнаренко Н.Н., Солпов А.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить лимфоцитарно- тромбоцитарную адгезию у больных подагрой с диастолической дисфункцией и без таковой в период обострения и ремиссии.

Материалы и методы: обследовано 40 мужчин с подагрой, средний возраст которых составил 48,8±6,5 лет. Длительность подагры колебалась от 1,5 до 10 лет. В 1 группу вошли 20 больных с подагрой в стадии ремиссии (50 %), в 1а- подгруппу включены 9 пациентов (45 %) без диастолической дисфункции левого желудочка (далее ДД ЛЖ), в 1б-11 пациентов с ДД ЛЖ (55 %) по результатам проведенного ЭхоКГ. Во 2 группу- 20 пациентов с острым подагрическим артритом I-II степени активности (50 %), во 2а- подгруппу вошли 7 пациентов (35 %) без ДД ЛЖ, во 2б- 13 пациентов с ДД ЛЖ (65 %) Диагноз удовлетворял классификационным критериям ВОЗ. Третью группу составили 15 пациентов с метаболическим синдромом (МС) без гиперурикемии, средний возраст- 33±5,9 лет. Диагноз удовлетворял критериям ВОЗ (1998г.). В группу контроля вошли 12 относительно здоровых мужчин, средний возраст- 35±5,9 лет. Феномен лимфоцитарно- тромбоцитарной адгезии (ЛТА) определяли методом, основанным на оценке адгезивного взаимодействия между CD4+ лимфоцитами и тромбоцитами (Витковский Ю.А. и соавт. 1999 г.).

Результаты: показатель ЛТА у пациентов с подагрой в стадию ремиссии не отличался от контроля (11,21±3,8 % и 10,78±3,1 % соответственно). Однако отмечалась тенденция к ее снижению по отношению к ЛТА у пациентов с МС (14,2±5,6 %). В период ремиссии подагры у больных с ДД ЛЖ и без нее количество лимфоцитарно- тромбоцитарных коагрегатов (ЛТК) достоверно не отличалось по сравнению с группой контроля (11,45±4,3 % и 10,11±2,5 % соответственно). Данные показатели ЛТА были ниже таковых в группе МС. В стадию обострения подагры количество ЛТК увеличилось в сравнении с контролем (15,9±4,4 %, p<0,01). В подгруппе с ДД ЛЖ ЛТА была наиболее высокой и составила 18,62±4,4 %, что превышало показатели в подгруппе без ДД ЛЖ (13,62±3,4 %, p<0,001), контрольной группы (p<0,0001) и МС (p<0,05).

Выводы: у больных подагрой выявлено увеличение количества лимфоцитарно- тромбоцитарных коагрегатов в стадию обострения, более выраженные изменения отмечались у больных с диастолической дисфункцией.

0858 СПИРОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Шанина И.Ю.
ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Росздрава, Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Целью исследования явилось сравнение влияния наличия сопутствующей патологии дыхательной системы (ХОБЛ) на течение инфаркта миокарда и хирургическое лечение ИБС.

Обследованы 3 группы больных, получавших лечение в Самарском областном клиническом кардиологическом диспансере. 1 группа (15 человек)- больные инфарктом миокарда в сочетании с ХОБЛ на консервативном лечении. 2 группа (30 человек) — больные инфарктом миокарда в сочетании с ХОБЛ с хирургическим лечением. 3 группа (30 человек) — больные инфарктом миокарда, не страдающие ХОБЛ, получавшие оперативное и консервативное лечение.

Всем больным проводилось обследование — исследование функции внешнего дыхания. Исследовались абсолютные и должные показатели FVC, FEV1, MEF25-75, MEF25, MEF50, MEF75, а также отношение FEV1/FVC Достоверность различий показателей в исследуемых группах проводилось непараметрическим методом с помощью U-критерия Манн-Уитни. Достоверными считались различия при значении показателя p менее 0,05.

Больным инфарктом миокарда в сочетании с ХОБЛ выполнялись операции — АКШ (63,33 %), стентирование (40 %) и ЧТКА (23,33 %). Больным инфарктом миокарда без ХОБЛ выполнялись АКШ, стентирование и ЧТКА в 73,91 %, 34,78 % и 13,04 % случаев соответственно.

При исследовании функции внешнего дыхания обнаружено, что средние показатели MEF 25-75 должные и абсолютные в 1-й группе (88,49 %; ДИ 72,02-104,96) и (6,51 л/с; ДИ 4,38-8,65) достоверно выше, чем во 2-й (59,69 % ДИ 47,19-71,23) и (4,48 л/с; 3,35-5,61) (p=0,010 и p=0,007 соответственно). Средние значения должных величин FVC в 1-й группе (3,66 л ДИ 3,03-4,3) были достоверно выше значений в 3-й группе (2,71 л ДИ 2,25-3,18) (p=0.015), а средние значения отношения FEV1/FVC в 1-й группе (67,5 % ДИ 65,11-69,9) оказались достоверно ниже значений отношения FEV1/FVC в 3-й группе (84,64 % ДИ 79,42-89,86). Показатели должных величин во 2-й группе FEV1(60,94 % ДИ 54,51-67,36), MEF 25-75 (59,21 % ДИ 47,19-71,23), MEF50 (60,01 % ДИ 46,32-73,71), MEF75 (54,5 % ДИ 43,09-65,9) и значения отношения FEV1/FVC (64,18 % ДИ 61,28-67,08) были достоверно ниже аналогичных показателей в 3-й группе FEV1(79,8 % ДИ 68,17-91,42), MEF 25-75 (82,89 % ДИ 73,2-92,57), MEF50 (81,16 % ДИ 60,2-102,12), MEF75 (83,83 % ДИ 74,97-92,69), FEV1/FVC (84,64 % ДИ 79,42-89,86) значения p 0,021, 0,004, 0,008, 0,001 и 0,001 соответственно.

Таким образом, спирометрические показатели в группе больных с сочетанной патологией ХОБЛ и ИБС оказались ниже аналогичных показателей в группе больных, не страдающих ХОБЛ.

0859 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА

Шаповалова Э.Б.[1], Горбатовский Я.А.[2], Огарков М.Ю.[1], Индукаева Е.В.[1], Клиценко О.А.[3], СкрипченкоА.Е.[1], Артамонова Г.В.[1]

УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН[1], Кемерово, Россия; ГОУ ДПО ГИУВ[2], Новокузнецк, Россия; Санкт-Петербургская академия последипломного образования[3], Санкт-Петербург, Россия

В Кемеровской области проживает коренное население — телеуты, численность которых составляет всего 2530 человек (0,09 % от всего населения области в 2008 г.). Местами наиболее компактного проживания телеутов является Беловский район Кемеровской области и п.Телеут, расположенный в черте г.Новокузнецка. Популяции телеутов отличаются по уровню урбанизации и экологическому благополучию мест проживания.

Цель исследования- изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) в популяциях коренного малочисленного населения — телеутов Кузбасса.

Материалы и методы. Основной метод — одномоментное (поперечное) эпидемиологическое исследование. Выборка состояла из взрослого населения старше 15 лет и была сформирована путем случайного распределения (рандомизации). Численность взрослого сельского населения Беловского района составила 1182 человека, исследованием охвачено 55,4 %. Численность взрослой части популяции п.Телеут составила 259 человек, из них осмотрено 79 (охват 30,5 %). Популяции изучаемых телеутов были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты. Доля АГ в целом в обеих популяциях составила 48,7 %. В городской Новокузнецкой популяции она оказалась выше, чем в сельской: 59,5 % и 47,0 % соответственно (p<0,05). Среди мужчин Беловской популяции доля АГ была достоверно ниже (40,7 %), чем среди мужчин Новокузнецкой популяции, где она достигла 69,6 %(p<0,05). У женщин сельской и городской популяций доли АГ были — 50,2 % и 55,4 % соответственно (p>0,05). В сравниваемых популяциях выявлены достоверные различия в структуре АГ. Так, у телеутов городской популяции преобладала АГ 2 степени — 26,6 %; АГ 1 и 3 степени регистрировались с одинаковой частотой — в 11,4 % случаев. В сельской популяции телеутов доли АГ 1 и 2 степени были практически сопоставимыми — 15,1 % и 16,2 % соответственно. На долю АГ 3 степени приходилось 13,1 %. В городской популяции изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ) регистрировалась в 3,5 раза чаще (10,1 %), по сравнению с сельской, где она составила только 2,9 %.

Выводы. Среди телеутского этноса выявлена высокая распространенность АГ, с большей частотой в городской популяции телеутов, где АГ 1-й и 3-й степени встречались с одинаковой частотой. Среди них выявлен больший риск развития сердечно-сосудистых катастроф по сравнению с сельской популяцией. Результаты свидетельствуют об усилении мер активного выявления и эффективного лечения лиц с АГ, разработки профилактических программ, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

0860 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛЕНИЯ И НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шапошникова А.И., Рямзина И.Н,

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

Цель: выявление распространенности сочетаний кардиоваскулярной патологии с перенесенной цитомегаловирусной инфекцией, изучение взаимосвязей между уровнем маркеров воспаления и нарушения ритма сердца (НРС) у больных с различными формами ИБС и АГ.

Материалы и методы: 80 пациентов кардиологического отделения. Все пациенты разделены на 2 группы: первая — пациенты с ИБС, стенокардией напряжения I-IIФК (41 человек, из них 25 мужчин; средний возраст 53,1±4,48 года), вторая группа — больные первичной АГ (39 человек, из них 20 мужчин; средний возраст 55,1±6,29 года). В обеих группах были больные с НРС: персистирующая форма фибрилляции предсердий (ПФФП) и желудочковая экстрасистолия (ЖЭС). В качестве контрольной группы обследовано 20 (8 женщин и 12 мужчин) практически здоровых (средний возраст 51,8±2,49). Диагноз ИБС, верифицирован на основании данных анамнеза и велоэргометрии (ВЭМ). Диагноз АГ был установлен на основании анамнеза и суточного мониторирования АД. Наличие ПФФП и ЖЭС подтверждено длительным мониторированием ЭКГ. В качестве показателей, характеризующих активацию воспалительной реакции, определяли уровень С-реактивного белка, ФНО-α, ИЛ1 и ИЛ6 в сыворотке крови с использованием соответствующих тест-систем (ЗАО "Вектор-Бест", Россия, г. Новосибирск). Определение антител класса Ig M, Ig G к цитомегаловирусу (ЦМВ) проводили с помощью ИФА (набор реагентов ЗАО "Вектор-Бест", Россия, г. Новосибирск

Результаты: максимальное число лиц, серопозитивных к ЦМВ, отмечено в группе пациентов с нарушением ритма

сердца по типу ПФФП, как у больных ИБС, так и у пациентов с АГ. Эта группа статистически значимо отличалась и от контрольной, и от группы больных с ЖЭС. (p_{1-2} <0,05, p_{1-3} <0,05). При попарном сравнении всех групп с помощью критерия Mann-Whitney выявлено значимое отличие группы пациентов с ИБС и ПФФП от группы больных АГ и ПФФП, так же от групп ИБС и ЖЭС, АГ и ЖЭС, и от контрольной группы по уровню С-РП и ФНО-α (p_{1-2}<0,05; p_{1-3}<0,05; p_{1-4}<0,05; p_{1-5}<0,05). Аналогичная ситуация складывается и с уровнем ИЛ1 и ИЛ6 (p_{1-2}<0,05; p_{1-3}<0,05; p_{1-4}<0,05; p_{1-5}<0,05). У инфицированных ЦМВ уровни С-РП, ФНО-α, ИЛ1 и ИЛ6 были значительно выше (рСРП <0,05, рФНО-α <0,05, рИЛ1 <0,05, рИЛ6 <0,05). Так же проводилось определение индекса авидности антител класса lgG. У всех обследованных лиц этот индекс превышал 40 %. Выявленный показатель авидности, равный или превышающий 40 %, указывает на то, что в сыворотке содержатся анамнестические высокоавидные антитела, свидетельствующие об инфекции в прошлом.

Выводы: найденные закономерности подтверждают распространенность сочетания кардиоваскулярной патологии и инфицированности ЦМВ, в том числе и при аритмическом варианте ИБС и АГ. Сочетание хронической инфекции, сопровождающейся с активацией каскада воспалительных реакций в сосудистой стенке и кардиомиоцитах, не только является одним из значимых факторов риска коронарного атеросклероза, но и повышает аритмогенную готовность миокарда.

0861 АНДРОГЕН-ДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ И ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Шарвадзе Г.Г., Поддубская Е.А., Мамедов М.Н.
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель исследования. Выявление признаков андрогенного дефицита и эректильной дисфункции (ЭД) у мужчин с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) по шкале SCORE.

Материалы и методы. В исследование включены 300 мужчин в возрасте 30-59 лет с наличием двух и более факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия и курение). Всем пациентам измеряли уровни ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, триглицеридов, глюкозы натощак. Андроген дефицитное состояние диагностировали при наличии низкого уровня общего тестостерона (<12 нмоль/л и/или свободного тестостерона <0,255 нмоль/л) и клинических симптомов гипогонадизма (37 баллов и выше по опроснику AMS). Эректильная функция у мужчин оценивалась с помощью опросника МИЭФ.

Результаты. Андроген-дефицитное состояние выявлено у 17 % (n=52) мужчин с высоким сердечно-сосудистым риском, тогда как ЭД диагностирована в 60,7 % (n=182) случаев. Во всех случаях андроген-дефицитное состояние сочеталось ЭД различной степени. Гипогонадизм обнаружен у 28,6 % пациентов с ЭД и высоким сердечно-сосудистым риском. Среди лиц с ЭД (включая и субгруппу с гипогонадизмом) и высоким сердечно-сосудистым риском только 1,4 % имели сочетания двух ФР, тогда как трех и четырех ФР выявлено у 22,6 % и у 29,4 % мужчин, соответственно. Наибольшее число пациентов имели сочетание пяти ФР. У 10 % мужчин выявилось сочетание шести ФР.

Заключение. Таким образом, каждый второй мужчина с высоким сердечно-сосудистым риском имеет эректильную дисфункцию, у трети которых выявлены проявления возрастного гипогонадизма. У большинства пациентов с эректильной дисфункцией обнаружено сочетание четырех и более ФР ССЗ.

0862 ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОН УНДЕКАНОАТОМ У МУЖЧИН С ГИПОГОНАДИЗМОМ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Шарвадзе Г.Г., Поддубская Е.А., Мамедов М.Н.
ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель исследования. Изучение влияния тестостерон ундеканоата на основные факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин с гипогонадизмом (ГПГ) и высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Материалы и методы. В исследование были включены 40 мужчин в возрасте 30-59 лет с ГПГ и высоким ССР по шкале SCORE (5 % и более). Пациенты были распределены на 2 группы: основная группа получала тестостерон ундеканоат по схеме 1000 мг внутримышечно по этапной схеме (4 инъекции): первая инъекция — начало терапии, вторая инъекция через 6 недель, интервал перед третьей и четвертой инъекцией 12 недель, а вторая контрольная группа получала прежнюю терапию, без гормон-заместительной терапии (ГЗТ). Продолжительность исследования составила 30 недель. До и после исследования у всех мужчин была проведена оценка эректильной функции и динамика общего (ОТС) и свободного тестостерона (СВТС) в крови. Наряду с этим оценены изменения АД, окружности талии, показателей липидного спектра и глюкозы, а также уровня суммарного ССР.

Результаты. На фоне курсовой терапии тестостерон ундеканоатом в отличие от контрольной группы отмечалось увеличение концентрации ОТС на 48 % и СВТС трехкратно (до 0,16±0,01 нмоль/л и после 0,38±0,02 нмоль/л), что сочеталось с недостоверным улучшением эректильной функции на 14 %. На фоне ГЗТ уровень АД снизился на 9 %, тогда как в контрольной группе этот показатель практически не изменился. В обеих группах на протяжении 6 месяцев средние показатели метаболических ФР, включая окружность талии, уровень триглицеридов, ХС ЛВП и глюкозы не подверглись существенному изменению. Курсовая терапия тестостерон ундеканоатом привела к снижению уровня общего ХС на 10,7 % (p<0,01). В целом, ГЗТ уменьшила риск суммарного ССР на 29 %, что достоверно значимо по сравнению, как с исходными показателями, так и с контрольной группой.

Заключение. Таким образом, курсовая терапия тестостерон ундеканоатом у мужчин с ГПГ приводит к достоверному снижению уровня АД, общего ХС и суммарного сердечно-сосудистого риска, при этом метаболические показатели изменяются незначительно.

0863 ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

Шаробаро В.И., Бахарева А.И., Женчевская Ю.В.
ГОУ ВПО СГМА, кафедра госпитальной терапии, Смоленск, Россия

Цель исследования. Выявить особенности течения ИБС у пациентов с различными психологическими особенностями, перенесших ИМ.

Материалы и методы. У 75 пациентов, перенесших ИМ, было проведено тестирование по опроснику смысложизненных ориентаций (СЖО) и в дальнейшем на протяжении 18 месяцев — изучение течения ИБС. Контрольную группу для тестирования составили 30 относительно здоровых лиц (20 мужчин, 10 женщин) без признаков ИБС и с отсутствием ишемических изменений сегмента ST — T во время проведения пробы с физической нагрузкой (велоэргометрия) (отрицательная проба).

Статистическая обработка материалов исследования проводилась с использованием пакетов STATISTICA 6.0 for Windows и STATGRAPHICS 5.0 Plus for Windows. Достоверность различий для дискретных показателей определяли по критерию Манна-Уитни.

Результаты исследования. Показатели шкал теста СЖО у выживших после ИМ (n=63) в течение года больных и в группах лиц без развития ранней постинфарктной стенокардии (n=51) и с осложнившей течение ИБС СтСН (n=21) превышали аналогичные величины группы сравнения по I, IV шкалам и баллу ОЖ, у внезапно умерших (n=7) — по IV шкале. У больных с ранней постинфарктной стенокардией (n=7) был выше показатель I шкалы теста по сравнению с лицами контрольной группы. Лица с развитием СтСН (n=11) в течение года и более после перенесенного ИМ и больные без прогрессирования ИБС (n=10) не имели отличий по тесту СЖО от группы контроля.

Величины опросника у пациентов, перенесших повторный ИМ или ОНМК (n=12) в течение года, превышали аналогичные показатели I шкалы лиц без ИБС. У больных без указанных осложнений ИБС (n=54) были достоверно выше величины общего показателя осмысленности жизни и I шкалы опросника по сравнению с контрольной группой.

Больные, у которых развилась ХСН в течение трех месяцев после ИМ (n=26), имели более высокие величины ОЖ, I, IV и V шкал, чем лица контрольной группы. Величины теста СЖО пациентов, у которых ХСН осложнила течение ИБС в течение 12 месяцев и позже, не отличались от таковых группы сравнения.

Выводы. Имеется связь между выживаемостью больных, перенесших ИМ, и их личностными особенностями. Развитие осложнений ИБС в течение трех месяцев после перенесенного ИМ наблюдалось у лиц с завышенными величинами теста СЖО по большему числу показателей опросника, чем у больных без осложнений или отдаленными в течение 4-18 месяцев осложнениями вследствие прогрессирования заболевания.

0864 ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шаробаро В.И., Бахарева А.И., Женчевская Ю.В.
ГОУ ВПО СГМА, кафедра госпитальной терапии, Смоленск, Россия

Цель исследования. Исследовать модифицируемые факторы риска возникновения и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с различными психологическими особенностями, перенесших ИМ.

Материалы и методы. У 75 пациентов, перенесших ИМ, было проведено тестирование по опроснику смысложизненных ориентаций (СЖО) и в дальнейшем на протяжении 18 месяцев — изучение факторов риска (ФР) ИБС. Исследовали следующие ФР: курение, алкоголь, АГ, малоподвижный образ жизни, наличие острого или хронического психоэмоционального стресса, регулярность приема лекарств. Контрольную группу для тестирования составили 30 относительно здоровых лиц (20 мужчин, 10 женщин) без признаков ИБС и с отсутствием ишемических изменений сегмента ST — T во время проведения пробы с физической нагрузкой (велоэргометрия) (отрицательная проба).

Статистическая обработка материалов исследования проводилась с использованием пакета STATISTICA 6.0 for Windows. Достоверность различий для дискретных показателей определяли по критерию Манна-Уитни.

Результаты исследования. Смысложизненные ориентации наиболее были изменены у некурящих до и после ИМ больных (n=63) в виде повышения величин по I, II, IV, V шкалам и баллу ОЖ по сравнению с лицами контрольной группы. У пациентов, активно лечащих АГ (n=43), принимающих регулярно 5 фармакологических препаратов (n=40), не имеющих острого (n=43) или хронического (n=40) психоэмоционального стресса показатели шкал теста СЖО превышали величины группы сравнения по I, IV шкалам и баллу ОЖ. Величины теста СЖО у больных, ведущих активный образ жизни (n=38), были больше контрольных показателей по IV, V шкалам и баллу ОЖ. У пациентов, принимающих регулярно 2 лекарственных препарата (n=20), показатели опросника превышали аналогичные в группе сравнения по IV шкале и баллу ОЖ. Больные без АГ (n=15) имели более высокие величины по IV шкале теста.

У активных курильщиков (n=19) показатели теста СЖО были более высокими по I шкале; значения у лиц, перенесших острый (n=20) или имеющих хронический стресс (n=23), превышали величины группы контроля по баллу ОЖ. Не выявлено отличий по тесту смысложизненных ориентаций от показателей группы сравнения в группах лиц, ведущих малоподвижный образ жизни (n=25), не лечащих АГ (n=5), вообще не принимающих лекарственных препаратов (n=3), злоупотребляющих алкоголь (n=8) и у бросивших курить (n=22). У троих больных, не принимающих вообще лекарства, показатели всех шкал были ниже аналогичных группы контроля.

Вывод. Некурящие пациенты без острого стресса или хронического психоэмоционального напряжения, регулярно принимающие фармакологические препараты, корригирующие АГ, ведущие активный образ жизни — имели отличия по максимальному числу шкал теста смысложизненных ориентаций от лиц контрольной группы.

0865 ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шатунова И.М., Лазарев И.А., Козиолова Н.А.
Поликлиника ОАО "ГАЗПРОМ" г. Москва, ГОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера Росздрава", Пермь, Россия

Цель: выявить частоту и особенности поражения почек у больных гипертонической болезнью без поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний в начале периода наблюдения на фоне высокой приверженности к антигипертензивной терапии.

Методы: обследовано 428 больных (208 мужчин и 220 женщин). Средний возраст — 53,5±8,3 года. Средний уровень систолического АД (САД) исходно составил 151,2±5,6 мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) — 96,1±2,8 мм рт.ст. Период наблюдения составил 8,8±2,6 лет. Для оценки функционального поражения почек исследовали креатинин сыворотки крови, микроальбуминурию (МАУ) и протеинурию, рассчитывали клиренс креатинина (ККр) по формуле Кокрафта-Гаулта. Признаками поражения почек считали повышение креатинина, наличие МАУ или протеинурии, снижение ККр<60мл/мин. Уровень приверженности к лечению оценивали по достижению офисного целевого уровня АД и при самоконтроле, заполнению индивидуальных дневников приема препаратов, среднему баллу по вопроснику Мориски-Грина.

Результаты: среди обследованных к концу периода наблюдения целевого офисного АД достигли 378 (88,3 %) больных, из них — 180 (86,5 %) мужчин и 198 (90,0 %) женщин. Средние цифры офисного САД составили 127,7±12,1 мм рт.ст., ДАД — 82,2±7,4мм рт.ст. Не вели дневники — 26 (6,1 %) больных. Средний балл по вопроснику Мориски-Грина в конце периода наблюдения составил 3,78±0,26. Нарушение функции почек к концу периода наблюдения выявлено у 70 (16,4 %) больных, из них — 23 (11,1 %) мужчины и 47 (21,3 %) женщин (p=0,02). 68 (97,1 %) пациентов с нарушенной функцией почек принимали гипотензивные препараты, из них один препарат — 32 (45,7 %), два — 25 (35,7 %), три — 11 (15,7 %) больных. Мочегонные препараты назначались 35 (50,0 %), бета-адреноблокаторы — 34 (48,5 %), ингибиторы ангиотен-

зинпревращающего фермента — 41 (58,5 %), антагонисты кальция — 7 (10,0 %), антагонисты рецепторов к ангиотензину II — 19 (27,1 %), статины — 22 (31,4 %), антиагреганты — 7 (10,0 %) больным. Микроальбуминурия среди обследованных не выявлялась. Повышение уровня креатинина выявлено у 15 (3,5 %) больных, их них 14 (6,7 %) мужчин и 1 (0,5 %) женщина (p<0,001). Средний уровень клиренса креатинина составил 80,90±14,62 мл/мин. Снижение показателя клиренса креатинина менее 60 мл/мин наблюдалось у 59 (13,8 %) больных, значительно чаще в группе женщин — 47 (21,3 %) случаев против 12 (5,7 %) (p<0,001).

Выводы: при высокой приверженности к комбинированной антигипертензивной (54,3 % больных) терапии в течение 8,8±2,6 лет наблюдения поражение почек развивалось у 16,4 % больных, выявляемое в 12,9 % случаев по данным клиренса креатинина, в 3,5 % — по уровню сывороточного креатинина крови без развития микроальбуминурии среди обследованных. Поражение почек в целом достоверно чаще выявлялось у женщин, чем у мужчин. Повышение уровня сывороточного креатинина определялось чаще у мужчин, чем у женщин.

0866 ИНДЕКС КАЛЬЦИФИКАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Шатунова И.М., Лазарев И.А., Козиолова Н.А
Поликлиника ОАО "ГАЗПРОМ", Москва, Россия; ГОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера Росздрава", Пермь, Россия

Цель: оценить индекс кальцификации коронарных артерий у больных гипертонической болезнью без поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний при высокой приверженности к антигипертензивной терапии в течение длительного периода наблюдения

Методы: обследовано 34 больных гипертонической болезнью I стадии. Средний возраст — 56,5±7,9 лет. Исходно средний уровень систолического АД (САД) составил 168,6±15,2 мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) — 104,1±5,7мм рт.ст. Период наблюдения — 8,8±2,6 лет. Всем пациентам проводили в конце периода наблюдения спектральную компьютерную томографию коронарных артерий. Уровень приверженности к лечению оценивали по достижению офисного целевого уровня АД и при самоконтроле, заполнению индивидуальных дневников приема препаратов, среднему баллу по вопроснику Мориски-Грина.

Результаты: среди обследованных к концу периода наблюдения целевого офисного АД достигли 33 (97,0 %) больных. В конце периода наблюдения средний уровень офисного САД составил 124,9±5,7 мм рт.ст., ДАД — 81,2±3,1мм рт.ст. Средний балл по вопроснику Мориски-Грина в конце периода наблюдения составил 3,71±0,28. Антигипертензивные препараты принимали все пациенты, из них 13 (38,2 %) — в виде монотерапии, 21 (61,8 %) — получали комбинированное лечение. Статины принимали 17 (50,0 %) больных. У 8 (23,5 %) больных индекс кальцификации коронарных артерий (КИ) был равен 0, у 17 (50,0 %) пациентов КИ был в пределах от 1 до 100 ЕД, у 6 (17,6 %) обследуемых — от 101 до 400 ЕД, у 3 (8,8 %) человек — более 400 ЕД. При сравнении групп больных с КИ равным 0 и КИ 1 ЕД и более выявлены достоверные различия по длительности гипертонической болезни (p<0,001), исходному уровню ДАД и в конце наблюдения (p=0,008 и p=0,013 соответственно), исходному уровню глюкозы плазмы крови натощак в диапазоне нормальных значений (p<0,001), уровню холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) в сыворотке крови (p=0,019), относительной толщине стенок левого желудочка по данным допплерографической эхокардиоскопии (p=0,048). По количеству и представительству назначаемых препаратов достоверных различий в сравниваемых группах не выявлено. При проведении корреляционного анализа выявлены связи с исходным ДАД (r=0,421, p=0,035), с ХС ЛПВП (r=-0,489, p=0,019), с уровнем глюкозы плазмы крови натощак (r=0,361, p=0,027).

Выводы: при высокой приверженности к комбинированной антигипертензивной (61,8 % больных) терапии в течение 8,8±2,6 лет наблюдения кальциноз коронарных артерий при КИ 1 ЕД и более был выявлен у 76,5 % пациентов гипертонической болезнью при отсутствии поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний в исходе, причем у 8,8 % — тяжелой степени (КИ более 400 ЕД). Предикторами развития кальциноза коронарных артерий явились исходный уровень ДАД, глюкозы плазмы крови натощак в диапазоне нормальных значений и ХС ЛПВП.

0867 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Шафранская К.С., Барбараш О.Л., Барбараш Л.С.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: выяснить возможность использования классической шкалы EuroScore в прогнозировании риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий в течение года после КШ, а также эффективность ее модификации путем добавления в рубрику "поражение некоронарных артерий" стенозов ЭКА от 30 % и более.

Материалы и методы: проанализировано течение периоперационного периода 232 пациентов (215 мужчин и 17 женщин), подвергшихся плановому КШ в 2006 году. Выявление некоронарных стенозов проводилось ультразвуковым методом. Большинство пациентов характеризовались III функциональным классом (ФК) стенокардии — 109 (47 %), у 33 (14 %) больных выявлен IV ФК стенокардии. Высокий (III-IV) функциональный класс сердечной недостаточности имел место у 55 (24 %) пациентов. В течение одного года после хирургического вмешательства оценивали развитие у больных фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий: инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Развитие у пациента указанных событий расценивали как комбинированный неблагоприятный отдаленный исход.

Результаты: предоперационная оценка пациентов с использованием оригинальной шкалы EuroScore позволила выявить достоверные различия среднего балла у пациентов с наличием и отсутствием МФА: 5,1±1,9 и 2,5±1,6 (p=0,00001). Использование в шкале EuroScore критерия поражения экстракраниальных артерий 30 % и более, сохранило различия в среднем балле у пациентов с наличием и отсутствием МФА — 4,7±1,8 и 2,1±1,4, соответственно (p=0,00001). Разделение пациентов на группы низкого (от 0 до 2 баллов), среднего (от 3 до 5) и высокого (от 6 баллов и выше) риска позволило утверждать, что использование модифицированного критерия поражения экстракраниального бассейна снизило процент пациентов низкого риска с 52 % до 42 % и увеличило — пациентов высокого риска с 9 % до 16 %. Так, при использовании классической шкалы EuroScore в группе низкого риска процент пациентов с неблагоприятным прогнозом составил 40 %, в группе среднего риска — 66 % и высокого — 86 % (χ^2=28,6, p=0,001). Использование модифицированной шкалы сопровождалось уменьшение процента пациентов с развитием неблагоприятных исходов среди группы низкого риска (30 %) и, соответственно увеличение — в группе высокого риска до 92 % (χ^2=51,2, p=0,0001), что свидетельствует о большей эффективности модифицированной шкалы в отношении прогнозирования и отдаленных исходов оперативного вмешательства.

Заключение: шкала EuroScore может быть использована для оценки прогноза не только госпитального, но и отдален-

ного периода после КШ. Повысить эффективность данной шкалы возможно путем ее модификации — добавления в рубрику "поражение экстракраниальных артерий" наличие стенозов от 30 % и более.

0868 РОЛЬ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ III ТИПА В ЕВРОПЕОИДНОЙ ПОПУЛЯЦИИ СИБИРИ

Шахтшнейдер Е.В., Рагино Ю.И., Аллахвердян А.А., Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Иванова М.В., Воевода М.И.
Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: носительство генотипа ε2/ε2 полиморфизма кодирующей части гена аполипопротеина Е (APOE) необходимое, но недостаточное условие развития гиперлипопротеинемии III типа (ГЛП III). Одним из факторов, участвующих в формировании фенотипа ГЛП III, является нарушение углеводного обмена.

Материалы и методы: в рамках проекта HAPIEE (9600 человек, возраст 45-69 лет, средний возраст 53,8±7, мужчин 50 %) исследованы репрезентативные подвыборки — 100 человек с уровнем общего холестерина сыворотки (ОХС) более 300мг/дл, 100 человек с ОХС ниже 200мг/дл, популяционная группа 450 человек со средними значениями ОХС 235,1±47,7мг/дл. Показатели липидного профиля и глюкозы в сыворотке крови определяли энзиматическим методом. Показатели иммунореактивного инсулина (ИРИ) и С-пептида определяли методом иммуноферментного анализа. Генотипирование выполнено для полиморфизма кодирующей части гена APOE по модифицированной методике Hixon et al., 1991. Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных статистических программ.

Результаты: частота аллелей и генотипов полиморфизма ε2/ε3/ε4 гена APOE в европеоидной популяции Сибири близка к наблюдаемой в популяциях Центральной и Восточной Европы. В европеоидной популяции Сибири выявлена статистически значимая ассоциация генотипов гена APOE с уровнем ОХС (p=0,002) и холестерина липопротеинов низкой плотности (p=0,001). Максимально высокие уровни ОХС выявлены при генотипах, содержащих аллель ε4. При исследовании контрастных по уровню ОХС групп выявлено: в группе с гиперхолестеринемией частота генотипа ε2/ε2 составляет 6,2 %, в группе с нормохолестеинемией — 2,5 %, в популяции — 0,1 %. Частота аллеля ε2 в группе с гиперхолестеринемией в 4,6 раза превышает популяционную (p=0,03). Частота аллелей и генотипов, содержащих аллель ε4, статистически значимо не различается во всех исследованных группах. Выявлена ассоциация генотипа e2/e2 с уровнем глюкозы сыворотки у лиц с гиперхолестериемией (p=0,01). При сравнении носителей гомозиготного генотипа ε2/ε2 с гиперхолестеринемией и без гиперхолестеринемии выявлено статистически значимое различие между группами по среднему уровню глюкозы сыворотки (p=0,003). Для показателей ИРИ и С-пептида различия между группами не достигают уровня статистической значимости.

Заключение: нарушения углеводного обмена играют важную роль в развитии ГЛП III и подтверждают перспективность изучения модифицирующей роли метаболических нарушений, с учетом структурных изменений генов, в развитии атерогенных форм дислипидемии.

Работа поддержана грантом Президента РФ МК-2666.2009.7

0869 ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шацкая Е.Г., Карпенко М.А., Солнцев В.Н.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель — изучить риск развития инсульта и соотношение параметров гемодинамики и метаболического статуса у больных с АГ, осложненной инсультом, в зависимости от длительности и особенностей течения АГ.

Материалы и методы. Обследованы 41 больных АГ I-III степени, впервые перенесших ОНМК (от 41 до 86 лет). Проведены общепринятые для кардиологических больных клинико-инструментальные исследования, исключена вторичная АГ. У пациентов выясняли общую продолжительность АГ (пАГ), т. е. время от момента манифестации АГ до развития инсульта и продолжительность стойкой АГ (псАГ) — время от установления стабильно высокого АД до развития ОНМК. Статистический анализ распределений времен пАГ и псАГ, а также характер их связей с исследуемыми показателями, проведен методом анализа выживаемости и регрессионного анализа Д. Кокса.

Результаты. При распределении времен общей продолжительности АГ прослеживаются два пика: для малых времен (около 4-х лет) и для времен около 20 лет. Пик в районе 20 лет может быть объяснен психологией пациентов, "округляющих" информацию о давности их заболеваний. Пик в области малых времен заслуживает большего внимания, поэтому построение модели распределения длительностей АГ проводилось только для пациентов, имеющих пАГ 4 и более лет.

Поиск наилучшей объясняющей кривой "дожития" дал модель регрессии Кокса (пропорционального риска) для 6 показателей (p=0,07). Следует отметить, что построенная модель является именно "объясняющей", так как значения параметров констатируют состояние пациента в период развившегося ОНМК. В результате построения параметрической регрессионной модели зависимости показателей, характеризующих состояние пациентов с ОНМК от длительности АГ, коэффициенты регрессии (кр) для выделенных параметров выглядят следующим образом: возраст — кр= -0,0314, p=0,14; ОПСС — кр=0,00071,85 p=0,06 холестерин — кр=0,401, p=0,04; Hb — кр=0,0374, p=0,05; СОЕ — кр=0,0514, p=0,14; СуИ ДАД — кр= -0,01145, p=0,60. Коэффициенты регрессии показывают характер и степень связи между временем, прошедшим с момента манифестации АГ, и значениями соответствующих параметров в конце этого интервала времени, т. е. в период ОНМК. То, что наилучшей моделью оказалась модель пропорционального риска, говорит о том, что вероятность инсульта для больных АГ тем больше, чем больше пАГ. В соответствии с интерпретацией Д. Кокса с течением времени риск возникновения ОНМК, т. е. относительная величина возрастания вероятности его наступления увеличивается мультипликативно в зависимости от усиления факторов риска. В свою очередь, изменение показателей, линейная связь которых с функцией риска была выделена выше, свидетельствует об изменениях, происходящих в организме больного в зависимости от длительности АГ. Для 4-х из 6-и показателей (ОПСС, холестерина, Hb и СОЕ) получена довольно естественная прямая пропорциональности между величинами накопленного к моменту ОНМК риска и значениями этих параметров. Следовательно, чем больше пАГ, тем выше значения этих показателей. Два параметра показали обратную пропорциональность: СуИ ДАД и возраст пациента в момент ОНМК, т. е. чем больше пАГ, тем меньше степень ночного снижения АД. Последняя связь может показаться парадоксальной, однако возможна следующая интерпретация: у пациентов, имеющих больший возраст, самая короткая "доинсультная" пАГ. Тот факт, что величина p для всей модели оказалась выше, чем для 4-х (из 6-и) показателей, входящих в нее, говорит о том, что статистическая связь этих показателей с пАГ в отдельности является более сильной, чем с их комбинацией, выраженной дискриминантной функцией. Анализируя полученный результат, можно предполагать, что с пАГ — значимо взаимосвязаны показатели, характеризующие периферическую гемодинамику, состояние липидного

обмена, системы гемостаза (вязкость крови) и уровень ДАД в ночной период времени. Возможно, именно от величины этих, прогностически неблагоприятных, показателей зависит степень риска развития острых цереброваскулярных катастроф.

Аналогичный анализ для псАГ до развития ОНМК, по полному набору пациентов (n=41), дал в качестве наилучшей логнормальную модель для 10 показателей (p=0,00007), это возраст, ОВЖ факт., ОВЖ долж., холестерин, ЛПНП, Hb, хлор крови, ТЗС ЛЖ, ИММ ЛЖ, СутИ ДАД. Логнормальная модель означает, что существует некоторое типичное (в нашем случае — порядка 3 лет) время, через которое может случиться инсульт, но сильная положительная асимметрия распределения времен характеризует длинный "хвост" распределения справа. Возникает типичная для таких распределений ситуация: наиболее вероятный интервал времен — 2-5 лет, но медиана распределения — 7 лет, т. е. в половине случаев псАГ оказывается менее 7 лет. Для логнормальной модели в пакете Statistica не реализовано вычисление p-значений для отдельных коэффициентов регрессии, однако сопоставление с предыдущим расчетом позволяет предположить, что индивидуально статистически значимыми будут коэффициенты, имеющие абсолютную величину t-статистики больше 2,5. Таких коэффициентов оказалось четыре: ОВЖ должный — кр= -1,38, хлор крови — кр= -0,176, ТЗС ЛЖ — кр=6,32 и СутИ ДАД — кр= 0,084. Первые два показателя с увеличением псАГ в среднем уменьшаются, вторые два — возрастают. Исходя из полученного результата видно, что с псАГ, помимо показателей, ассоциированных также и с общей пАГ, значимо взаимосвязаны параметры, характеризующие ремоделирование сердца, что, возможно, свидетельствует о том, что у больных с АГ ремоделирование сердечной мышцы происходит именно в период стабильно высокого АД.

Выводы. У больных с различной продолжительностью АГ существуют отличия основных факторов риска развития инсульта: у больных с коротким "доинсультным" анамнезом АГ (до 4-х лет) риск развития инсульта обусловлен, прежде всего, состоянием гемостаза, а у больных с длительной "доинсультной" АГ риск развития ОНМК в наибольшей степени ассоциируется с ремоделированием сердца и сосудов, уровнем ночного диастолического АД и липидным метаболизмом.

0870 СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Шебашева Ю.В., Починка И.Г., Стронгин Л.Г.
ГОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить структуру нарушений ритма сердца у больных с сочетанием хронической сердечной недостаточности (ХСН) и сахарного диабета 2 типа (СД2).

Методы исследования: обследовано 54 пациента с сочетанием ХСН и СД2, из них 38 женщины (70 %) и 16 мужчин (30 %). Возраст составил 61,5 лет [58;71]. Оценивали гликемию натощак, показатель гликированного гемоглобина (HbA1c). Эхокардиография проводилась на аппарате Logic фирмы "General Electrics", США. Для определения функционального класса (ФК) ХСН использовался тест 6-минутной ходьбы. Суточное ЭКГ-мониторирование (ЭКГ-МТ) осуществлялось с помощью системы Миокард-Холтер (НИМП "ЕСН", Россия). Экстрасистолия считалась частой при наличии более 720 преждевременных сокращений сердца за сутки. Статистическая обработка результатов выполнена пакетом прикладных программ "Statistica 6,0". Данные представлены в виде медиан и интерквартильных интервалов. Все пациенты имели ишемическую болезнь сердца, из них 36 человек (67 %) перенесли инфаркт миокарда. Артериальная гипертензия выявлена у 45 (83 %) пациентов. У больных регистрировалась преимущественно диастолическая дисфункция. Фракция выброса составила 49 % [44;52]. Стаж СД2 от впервые выявленного до 22 лет. Уровень HbA1c 8,8 % [7,9;9,7]. Все пациенты получали стандартную терапию ХСН. Структура сахароснижающей терапии: 2 пациента (4 %) — диета, 31 пациент (57 %) — таблетированные сахароснижающие препараты, 10 пациентов (19 %) — комбинированная гипогликемическая терапия, 11 пациентов (20 %) — инсулинотерапия. 23 пациента имели ХСН I-II ФК, 31 пациент — III-IV ФК.

Результаты. При ЭКГ-МТ у 38 пациентов (70 %) выявлены клинически значимые нарушения ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий — у 7 пациентов (13 %), пароксизмы фибрилляции предсердий — у 5 пациентов (9 %), пароксизмы неустойчивой суправентрикулярной тахикардии — у 18 пациентов (33 %), пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии — у 6 пациентов (11 %), частая суправентрикулярная экстрасистолия — у 7 пациентов (13 %), частая желудочковая экстрасистолия — у 6 пациентов (11 %). Среди пациентов с частой желудочковой экстрасистолией 5 человек имели III-IV ФК и 1 пациент — II ФК. Результат теста 6-минутной ходьбы у пациентов с частой желудочковой экстрасистолией составил 143 метра [130,5;281] и у пациентов без частой желудочковой экстрасистолии 295 метров [219;329] (p=0,03).

Выводы: для больных с ХСН, страдающих СД2 характерно наличие клинически значимых нарушений ритма сердца, которые выявляются в 70 % случаев. Наиболее частым видом аритмии является пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (у 33 % пациентов). Тяжелая ХСН (III-IV ФК) характеризуется наличием частой желудочковой экстрасистолии.

0871 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ МЕТОДИКА ИЗМЕРЕНИЯ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Шевелёв В.И., Канорский С.Г., Поморцев А.В.
ГОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Краснодар, Россия; Городская клиническая больница № 2 "КМЛДО", Краснодар, Россия

Цель работы — при помощи методики допплерографического исследования магистральных артерий нижних конечностей оценить изменения значений лодыжечно-плечевого индекса у больных с фибрилляцией предсердий пожилого и старого возраста в зависимости от частоты цереброваскулярных осложнений.

Методы исследования. С помощью ультразвукового сканера Vasoscan (Швеция) карандашным постоянноволновым датчиком частотой 8 МГц выполнено 710 исследований магистральных артерий нижних конечностей с определением лодыжечно-плечевого индекса. Возраст пациентов варьировал от 65 до 80 лет. Все больные были разделены на две группы. Первая группа включала в себя 568 человек, у которых отсутствовали эпизоды нарушения мозгового кровообращения в анамнезе. Во вторую группу вошло 142 пациента с признаками нарушения мозгового кровообращения в анамнезе. Исследование проводили в режиме ультразвуковой допплерографии ("слепого" допплера). Лодыжечно-плечевой индекс рассчитывали на обеих лодыжках как отношение показателя систолического артериального давления на задней большеберцовой артерии к систолическому артериальному давлению на плечевой артерии. За нормальное значение принимали величину 1,0 и более.

Результаты. Низкое значение лодыжечно-плечевого индекса (менее 1,0) определялось у 156 (22 %) больных. Частота его встречаемости у больных второй группы с признаками нарушения мозгового кровообращения в анамнезе оказалась достоверно выше по сравнению с первой группой пациентов без признаков цереброваскулярных осложнений (p<0,05).

Заключение. Лодыжечно-плечевой индекс имеет взаимосвязь с частотой цереброваскулярных осложнений у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий пожилого возраста. Его снижение, являясь маркером стенозирующего атеросклеротического поражения магистральных артерий нижних

конечностей, и, вероятно, распространенного атеросклероза в других сосудистых бассейнах, может быть одним из вероятных факторов риска транзиторных ишемических атак или инсультов у такого контингента больных.

0872 СОНОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ИССЛЕДУЕМЫХ БОЛЬНЫХ

Шевелёв В.И., Канорский С.Г., Поморцев А.В.
ГОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Краснодар, Россия; Городская клиническая больница № 2 "КМЛДО", Краснодар, Россия

Цель работы — изучить особенности ультразвуковых маркеров риска тромбоэмболических осложнений у геронтологических больных с неклапанной фибрилляцией предсердий в зависимости от возраста исследуемого контингента.

Методы исследования. Обследовано 710 пациентов (454 мужчины и 256 женщин) с неревматической фибрилляцией предсердий. Весь контингент больных разделили на две группы: в возрасте до 75 лет и 75 лет и старше. Чреспищеводная эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Acuson 128XP/10 ("Siemens", Германия) с помощью бипланового датчика частотой 5 МГц по традиционной методике. При исследовании левого предсердия регистрировали максимальную скорость потока изгнания из его ушка, определяли наличие тромбов в их полостях и эффекта спонтанного контрастирования, выраженность которого оценивалась по 4 степеням: от минимального движения эхогенных частиц до чёткого контрастирования тромбов. При изучении атеросклеротических изменений дуги и восходящей части аорты простыми считали бляшки толщиной менее 4 мм, сложными — 4мм и более.

Результаты. У пациентов в возрасте до 75 лет, имеющих тромбоэмболические осложнения в анамнезе, частота выявления эффекта спонтанного контрастирования любой степени выраженности в сочетании с низкой скоростью кровотока в ушке левого предсердия (менее 0,20м/с), оказалась существенно выше, чем у больных без тромбоэмболий ($p<0,05$). В "старшей" группе эти показатели значимо не отличались у больных, перенесших ишемический инсульт и не переносивших нарушения мозгового кровообращения. Однако при изучении атеросклеротических изменений дуги аорты сложные АСБ чаще встречались у пациентов старше 75 лет с тромбоэмболиями в анамнезе по сравнению с больными этой же группы без цереброваскулярных осложнений ($p<0,05$).

Заключение. К преобладающим факторам риска тромбоэмболических осложнений у больных в возрасте до 75 лет с неклапанной ФП следует относить спонтанное контрастирование и снижение кровотока в левом предсердии и его ушке, в то время как в старческом возрасте (75 лет и старше) более значимой причиной ишемического инсульта, очевидно, является выраженный атеросклероз грудного отдела аорты и её ветвей.

0873 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ АНГИОСКАНИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Шевелёв В.И., Канорский С.Г., Поморцев А.В.
ГОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Краснодар, Россия; Городская клиническая больница № 2 "КМЛДО", Краснодар, Россия

Цель работы — изучить возможности ультразвукового ангиосканирования в исследовании структурно-функциональных особенностей общих сонных артерий у геронтологических больных с фибрилляцией предсердий в зависимости от частоты цереброваскулярных осложнений.

Методы исследования. С помощью ультразвукового сканера Acuson 128 XP/10 (Siemens, Германия) выполнено 710 исследований у пациентов с фибрилляцией предсердий в возрасте от 65 до 80 лет, которые были разделены на две группы. Первая группа включала 568 больных без тромбоэмболических осложнений в анамнезе. Во вторую группу вошло 142 пациента с тромбоэмболиями. Дуплексное сканирование сонных артерий проводили по общепринятой методике линейным датчиком с частотой 5-10 МГц. Толщину комплекса интима-медиа (КИМ) их измеряли в зоне стандартизованной оценки. За нормальное значение принимали величину менее 1,0 мм. В М-режиме измеряли индекс растяжимости сонной артерии по формуле: DC=2(Ds-Dd/Dd)/P, где DC-индекс растяжимости, Ds-максимальный диаметр просвета сонной артерии, Dd-минимальный диаметр просвета сонной артерии, P-пульсовое давление. Точкой отсчета для определения снижения индекса растяжимости считали его значение менее 26,5 $x10^3$/кРа. По результатам измерений выделили 4 подгруппы: 1- нормальные значения КИМ и DC; 2-нормальное КИМ и сниженное DC; 3-повышенное КИМ и нормальное DC; 4-повышенное КИМ и сниженное DC.

Результаты. У пациентов 4-й подгруппы частота перенесенных инсультов или транзиторных ишемических атак оказалась значительно выше по сравнению с больными 1-й подгруппы, имеющими нормальные значения КИМ и DC ($p<0,05$).

Заключение. Увеличение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий и снижение упруго-эластических свойств сосудистой стенки являются наиболее ранними проявлениями атеросклеротического процесса и ассоциируются с повышенным риском возникновения цереброваскулярных осложнений у больных с фибрилляцией предсердий пожилого возраста.

0874 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АОРТЫ И НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Шевелёв В.И., Канорский С.Г., Поморцев А.В.
ГОУ ВПО "Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Краснодар, Россия; Городская клиническая больница № 2 "КМЛДО", Краснодар, Россия

Цель работы — изучить возможности методик чреспищеводной эхокардиографии и ультразвукового дуплексного сканирования магистральных сосудов шеи в исследовании структурно-функциональных особенностей сонных артерий у больных с фибрилляцией предсердий в зависимости от выраженности атеросклеротических изменений дуги аорты.

Методы исследования. С помощью чреспищеводной эхокардиографии на аппарате Acuson 128 XP/10 (Siemens, Германия) выполнено 710 исследований у пациентов с фибрилляцией предсердий в возрасте от 65 до 80 лет. При изучении стенки грудной аорты определяли толщину наиболее крупных бляшек, их эхоструктуру, контуры, наличие или отсутствие изъязвлений и кровоизлияний, подвижность под влиянием тока крови. Простыми считали атеромы толщиной менее 4 мм; сложными — толщиной 4 мм и более. Дуплексное сканирование сонных артерий проводили по общепринятой методике на том же ультразвуковом аппарате линейным датчиком с частотой 5-10 МГц. Толщину комплекса интима-медиа их измеряли в зоне стандартизованной оценки (по задней стенке общей сонной артерии на 1 см проксимальнее бифуркации). За нормальное значение

принимали величину менее 1,0 мм. В М-режиме измеряли индекс растяжимости сонной артерии по формуле: DC=2(Ds-Dd/Dd)/P, где DC-индекс растяжимости, Ds-максимальный диаметр просвета сонной артерии, Dd-минимальный диаметр просвета сонной артерии, P-пульсовое давление.

Результаты. Средние значения индекса растяжимости и толщины комплекса интима-медиа сонных артерий составили 26,5±14,1 10^3/кРА и 1,02±0,14 мм соответственно. Выявлена отрицательная корреляционная связь между толщиной атеросклеротических бляшек в восходящем отделе и дуге аорты и индексом растяжимости сонных артерий (r=-0,48) и положительная корреляционная связь между размером бляшек в дуге аорты и толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий (r=0,61).

Заключение. Существует взаимосвязь между снижением эластичности сонных артерий, толщиной комплекса интима-медиа их и крупными нестабильными атеромами, расположенными в дуге аорты и её восходящей части, являющимися одним из вероятных причин тромбоэмболических осложнений в артерии головного мозга у больных с фибрилляцией предсердий пожилого и старческого возраста.

0875 ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОСЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Шевцов Б.П., Башан Л. М, Кривых С. К., Маслаков В.В.
ГУЗ "Краевая клиническая больница № 2", ССМП, специализированная служба, Хабаровск, Россия

Цель исследования: изучить выживаемость больных с острым инфарктом миокарда (ИМ), перенесших на догоспитальном этапе (ДЭ) клиническую смерть (КС), ее влияние на дальнейшее течение ИМ, а также катамнез таких больных.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 30 больных ИМ в возрасте от 40 до 70 лет (в среднем 50 лет) в инфарктном отделении ГУЗ "ККБ № 2" за период с 1979 по 2009 годы. Среди пациентов было 25 мужчин и 5 женщин. Крупно-очаговый ИМ выявлен у 26 больных (у 10 из них он был повторным), а в 4 случаях зарегистрирован повторный мелко-очаговый ИМ.

Результаты. Проведенный анализ причин КС показал, что у 25 пациентов она была вызвана фибрилляцией желудочков (ФЖ), а у 5 — асистолией. В 3 случаях ФЖ носила рецидивирующий характер: 20 эпизодов ФЖ отмечено у больного 60 лет и 6 эпизодов у больной 74 лет, 4 эпизода у больного 50 лет.

В большинстве случаев (27) реанимационные мероприятия (легочно-сердечная реанимация, электрическая дефибрилляция сердца, противошоковая терапия) проводились специализированными кардиологическими бригадами скорой медицинской помощи, у 3 больных — линейными бригадами.

В течение первых 5 суток пребывания в стационаре у 9 больных (31 %) были повторные эпизоды ФЖ, успешно купированные электрической дефибрилляцией. Число эпизодов ФЖ у 7 больных составляло от 1 до 7, и лишь у одной больной оно достигло 72! Примечательно, что эта пациентка была выписана из стационара на 43 сутки в удовлетворительном состоянии. У одного больного с КС на догоспитальном этапе был зарегистрирован в стационаре пароксизм фибрилляции предсердий, купированный медикаментозно.

При изучении катамнеза 23 больных выявлено, что в течение 6 месяцев после выписки из стационара умерло 4 из них. Трехлетний период выживаемости отмечен у 12 больных (52 %), семилетний — у 4 (17 %), а девятилетний — только у 2 женщин (менее 1 %) в возрастной группе "70 лет и старше". Максимальная выживаемость — 13 лет — зарегистрирована у пациента, который на ДЭ перенес 20 эпизодов ФЖ. Из общей группы больных к концу исследования живы 5, у одного из них, перенесшего ИМ с КС в возрасте 45 лет, период выживаемости составил 12 лет, у остальных — от года до 5 лет.

Заключение. У больных острым ИМ в случае КС на ДЭ возможна эффективная реанимация, успех которой определяется своевременностью оказания помощи и ее полным объемом. Эта категория больных составляет группу риска повторных эпизодов КС, так как частота ФЖ на госпитальном этапе у них значительно выше, чем в общей группе больных ИМ. (31 % и 2,5 % соответственно). Это диктует необходимость проведения таким больным постоянного контроля гемодинамических показателей и ЭКГ- мониторинга.

0876 НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)

Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е.
МУЗ ГО город Воронеж ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. В ноябре 2007 года на базе кардиологического отделения состоялся первый этап всероссийского регистра РЕКОРД, включивший 188 последовательно госпитализированных пациентов (регистр РЕКОРД — проект, организованный Лабораторией клинической кардиологии ФГУ "Научно-исследовательский институт" Росздрава; руководитель — д.м.н., проф. Н.А. Грацианский). Из стационара выписан 181 пациент, за которым осуществлялось динамическое наблюдение через шесть месяцев (второй этап). Целью данной работы является изучение статистических различий пациентов, выписанных на амбулаторное лечение и наблюдение в течение шести месяцев.

Материалы и методы. Исследованы данные 181 пациента, выписанного из отделения неотложной кардиологии МУЗ городского округа Воронеж ГКБСМП № 10 в ноябре-декабре 2007 года с диагнозом: нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъемов сегмента ST и инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Использованы дескриптивные статистики пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. В ходе активного опроса по телефону, путем рассылки писем, а также личного контакта с повторно госпитализированными, удалось собрать информацию о 134 пациентах из 181 (74,03 %), выписанных после первого этапа, из них, 64 мужчины и 68 женщин. За первые 6 месяцев умерло 12 пациентов, средний возраст — (M±m) 69,3±4,03 года, 122 — живы, средний возраст — 65,1±0,97 года. Семнадцать пациентов (12,7 %) после выписки ни разу не обращались в поликлинику, 33 пациента (24,6 %) — один раз, также еще 33 пациента — дважды, 12 пациентов обращались трижды, 13 пациентов — четырежды, два пациента — пять раз и 14 пациентов — 6 раз. Семьдесят шесть пациентов (57,58 %) ни разу не вызывали скорую помощь, остальные 56 пациентов — 106 раз, при этом двадцать шесть пациентов — один раз, 17 пациентов — дважды, 4 пациента — трижды, некоторые вызывали скорую помощь 5-7 раз. В итоге двадцать девять пациентов (22,7 %) повторно госпитализированы в течение первого полугодия после выписки. К кардиохирургу за 6 месяцев обратились только 10 пациентов (7,5 %) и только 1 пациенту осуществлена коронароангиография (КАГ) и затем чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Среднее систолическое артериальное давление (САД) оказалось (M±m) 144,9±2,09 мм рт.ст. (минимум — 90 мм рт.ст., максимум — 280 мм рт.ст.). Средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) — 76,1±1,12 удар в минуту (минимум — 48 ударов в минуту, максимум — 120 ударов в минуту). После выписки аспирин (АС) принимали 106 пациентов (86,9 %), ß-блокаторы (ББ) — 76 пациентов (62,3 %), ингибиторы АПФ (ИАПФ) — 80 пациентов (65,6 %), нитраты (НТ) — 72 пациента (59,02 %), блокаторы кальциевых каналов (БКК) и диуретики — 18 пациентов (14,75 %), статины (СТ) — 16 пациентов (13,11 %). Одновременный прием АС, ББ и ИАПФ подтвердил только 51 пациент (41,8 %).

Выводы. 1. Приверженность лечению пациентов на амбулаторном постгоспитальном этапе значимо выше таковой до госпитализации. 2. Большинство пациентов получает удовлетворительное медикаментозное лечение на постгоспитальном этапе. 3. Инвазивное лечение пациентов в условиях регионального сосудистого центра проводится недостаточно часто.

0877 ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НАБЛЮДАВШИХСЯ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА (ПО ДАННЫМ РЕКОРД)

Шевченко И.И., Исламов Р.Р., Красова Е.Е.
МУЗ ГО город Воронеж ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. В ноябре 2007 года на базе кардиологического отделения состоялся первый этап всероссийского регистра РЕКОРД, включивший 188 последовательно госпитализированных пациентов (регистр РЕКОРД — проект, организованный Лабораторией клинической кардиологии ФГУ "Научно-исследовательский институт" Росздрава; руководитель — д.м.н., проф. Н.А. Грацианский). Целью данной работы является изучение статистических различий пациентов, выписанных на амбулаторное лечение и наблюдение в течение года.

Материалы и методы. Исследованы данные 113 пациентов, выписанных из отделения неотложной кардиологии МУЗ городского округа Воронеж ГКБСМП № 10 в ноябре-декабре 2007 года с диагнозом: нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъемов сегмента ST и инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Использованы дескриптивные статистики пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Наблюдались в течение года 113 пациентов (62,4 % от числа выписанных и 85,6 % от числа тех, с кем удалось связаться через полгода), из них 55 мужчин и 58 женщин. Не обращались в поликлинику по месту жительства 4 пациента (3,6 %), 29 пациентов (25,9 %) обратились один раз, 32 пациента (28,82 %) — 2 раза, 12 пациентов (10,81 %) — трижды, 22 пациента (19,82 %) — четырежды, свыше пяти раз — 10 пациентов (9 %). Не вызывали скорую помощь 58 пациентов (52,3 %), один раз вызывали — 25 пациентов (22,52 %), дважды — 14 пациентов (12,61 %), трижды — 11 пациентов (9,9 %), четырежды — 3 пациента (2,7 %). В итоге госпитализировано 55 пациентов (49,5 %), 48 из них (43,2 %) однократно, 6 — дважды и 1 — трижды. Аспирин продолжали принимать 99 пациентов (87,6 %), ББ — 86 пациентов (76,1 %), ИАПФ — 88 пациентов (77,9 %), БКК — 14 пациентов (12,4 %), СТ — 29 пациентов (25,66 %), НТ — 73 пациента (64,6 %), диуретики — 26 пациентов (23 %). Стенокардию I класса отметили 52 пациента (46,01 %), II класса — 28 пациентов (24,78 %), III класса — 33 пациента (29,2 %). Степень сердечной недостаточности I отметили 56 пациентов (49,56 %), II степень — 32 пациента (28,32 %), III степень — 25 пациентов (22,12 %). Консультацию кардиохирурга получили в течение года только 13 пациентов, при этом инвазивное вмешательство осуществлено в одном случае, что является, безусловно, крайне низким показателем. Госпитальная летальность в течение года — 5,37 %, максимальна в конце первого полугодия (8,96 %), минимальна в начале и конце года наблюдения (1,77 %). Выявлены достоверные различия в степени недостаточности кровообращения, при этом сократилось количество пациентов с I степенью с 64,75 % до 49,56 % (p=0,027), в то же время увеличилось число пациентов с III степенью (NYHA) недостаточности кровообращения.

Выводы: 1. В течение года наблюдения класс стенокардии значимо не изменился, достоверно нарастание степени недостаточности кровообращения. 2. Летальность в течение года не носит линейного характера, являясь максимальной к концу первого полугодия. 3. Повторно госпитализирован во втором полугодии каждый второй пациент из числа наблюдавшихся.

0878 ДОГОСПИТАЛЬНОЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-2)

Шевченко И.И.[1], Будяк В.А.[1], Исламов Р.Р.[1], Сергеева О.А.[1], Лавринова А.М.[1], Эрлих А.Д.[2]
МУЗ ГО ГКБСМП № 10[1], Воронеж, Россия; Лаборатория клинической кардиологии НИИ ФХМ[2], Москва, Россия

Цель. Острый коронарный синдром (ОКС) остается основным диагнозом при госпитализации больных в отделение неотложной кардиологии. Быстрая динамика патологического процесса, неопределенность прогноза, развитие ранних и поздних осложнений являются отличительной особенностью ургентной патологии. Целью данного сообщения является анализ данных о поступающих пациентах (ПЦ), учет гендерных, возрастных, анамнестических их особенностей.

Методы исследования. Исследование, организованное НИИ физико-химической медицины (руководитель — проф. Грацианский Н.А., Москва), проведено с 1 по 30 ноября 2009 года в первичном сосудистом центре городской клинической больницы, ведущем круглосуточный прием ПЦ с острой коронарной патологией. Включено 180 последовательно поступавших ПЦ с подозрением на ОКС, из них 89 мужчин и 91 женщина. Статистический анализ проведен с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Средний возраст всей группы (M±м) — 67,2±1,06 г., медиана — 69 лет, мин. — 34 г., макс. — 93 г., нижняя квартиль (25 %) — 60 лет, верхняя квартиль (75 %) — 76 лет. Средний возраст мужчин — 63,05±1,5 г., медиана — 63 г., мин. — 34 г., макс. — 85 лет, нижняя квартиль (25 %) — 57 лет, верхняя квартиль (75 %) — 72 г. Средний возраст женщин — 72,35±1,16 г., медиана — 73 г., мин. — 52 г., макс. — 93 г., нижняя квартиль (25 %) — 69 лет, верхняя квартиль (75 %) — 77 лет. Различия в возрасте в группе мужчин и женщин высоко достоверны (t-критерий Стьюдента — 4,75, p=0,000006). Подтвердили наличие у них ОИМ в анамнезе 86 ПЦ (47,9 %), из них 45 мужчин и 41 женщина. Отметили в анамнезе стенокардию 154 ПЦ (85,72 %), средняя длительность заболевания — 8,57±0,56 года. Подтвердили недостаточность кровообращения 77 ПЦ (42,76 %), ОНМК — 14 (7,57 %). Отрицали курение в анамнезе 143 ПЦ (79,8 %), курят на момент включения 23 ПЦ (12,6 %), бросили курить в течение последних двух месяцев — 14 (7,6 %). Подтвердили СД, корригируемый диетой 11 ПЦ (6,1 %), СД, корригируемый таблетками — 17 ПЦ (9,44 %), инсулинпотребный СД имели 9 ПЦ (5 %). Артериальная гипертензия в анамнезе у 159 ПЦ (88,24 %). Наличие гиперхолестеринемии подтвердили 47 ПЦ (26,1 %), 45 ПЦ (25,2 %) отрицали повышение уровня холестерина и 88 ПЦ (48,9 %) отметили, что не знают своего уровня холестерина. Семейный анамнез по ИБС подтвердили 18 ПЦ (10,1 %), отрицали наличие сердечно-сосудистых заболеваний 98 ПЦ (54,6 %) и 64 ПЦ (35,3 %) затруднились с ответом. Догоспитальный прием аспирина подтвердили 107 ПЦ (59,66 %). Бета-блокаторы принимали амбулаторно 73 ПЦ (40,34 %), ингибиторы АПФ — 85 (47,1 %), статины регулярно принимали только 30 ПЦ (16,81 %). Нитропрепараты догоспитально принимали 76 ПЦ (42,02 %).

Выводы. 1. Средний возраст всей группы пациентов около 65 лет, женщины значимо старше. 2. Свыше 85 % пациентов имеют в анамнезе стенокардию и АГ, почти 48 % пациентов перенесли ОИМ. 3. Каждый пятый пациент страдает сахарным диабетом. 4. Почти 49 % пациентов не знают своего уровня холестерина. 5. Менее половины пациентов принимают регулярно бета-блокаторы и ингибиторы АПФ, более 83 % пациентов не принимают регулярно статины.

0879 ГОСПИТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-2)

Шевченко И.И.[1], Будяк В.А.[1], Исламов Р.Р.[1], Сергеева О.А.[1], Лавринова А.М.[1], Эрлих А.Д.[2]
МУЗ ГО ГКБСМП № 10[1], Воронеж, Россия; Лаборатория клинической кардиологии НИИ ФХМ[2], Москва, Россия

Цель. Острый коронарный синдром (ОКС) — наиболее частая причина госпитализации пациентов в отделение неотложной кардиологии. Целью данного сообщения является анализ госпитальных данных пациентов (ПЦ), госпитализированных с подозрением на ОКС.

Методы исследования. Исследование, организованное НИИ физико-химической медицины (руководитель — проф. Грацианский Н.А., Москва), проведено с 1 по 30 ноября 2009 года в первичном сосудистом центре городской клинической больницы, ведущем круглосуточный прием ПЦ с острой коронарной патологией. Включено 180 последовательно поступавших пациентов с подозрением на ОКС. Статистический анализ проведен с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Среднее время от начала клиники до госпитализации составило (M±м) 105,2±14,1 часа, медиана — 24 часа, минимум — 0,75 часа, максимум — 720 часов, нижняя квартиль (25 %) — 7 часов, верхняя квартиль (75 %) — 168 часов. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 11,7±0,37 дня. При госпитализации средняя частота сердечных сокращений составила 85,3±2,5 удара в минуту, среднее систолическое артериальное давление — 140,5 мм рт.ст., диастолическое — 83,8 мм рт.ст. Синусовый ритм на ЭКГ имели 122 ПЦ (67,8 %), фибрилляцию-трепетание предсердий — 51 ПЦ (28,3 %), искусственный водитель ритма — 5 ПЦ (2,8 %), другие нарушения ритма — 2 ПЦ (1,1 %). Длительность QRS до 120 мс имели 153 ПЦ (85 %), блокаду левой ножки пучка Гиса — 23 ПЦ (12,8 %), блокаду правой ножки пучка Гиса — 4 ПЦ (2,2 %). Отсутствовали изменения сегмента STT у 67 ПЦ (37,2 %), элевация сегмента STT отмечена у 13 ПЦ (7,2 %), депрессия сегмента STT — у 24 ПЦ (13,3 %), изменения конечной части сегмента STT (сглаженность, инверсия зубца Т) — у 76 ПЦ (42,2 %). Наличие у большинства ПЦ неманифестных изменений ЭКГ, рубцовые изменения на ЭКГ вследствие перенесенного ОИМ в анамнезе, требовали биохимического подтверждения возможного повреждения сердечной мышцы. Маркеры повреждения (TnI и МВ КФК) определялись у 100 % ПЦ. Среднее значение TnI в группе ПЦ с повреждением сердечной мышцы составило 12,9 нг/мл (норма — 0,5 нг/мл), среднее значение МВ КФК — 145 Е/л (норма — 24 Е/л). Значение холестерина до 4,5 ммоль/л при госпитализации имел 71 ПЦ (39,4 %), от 4,6 ммоль/л до 6,0 ммоль/л — 74 ПЦ (41,1 %), от 6,1 до 7,0 ммоль/л — 14 ПЦ (7,8 %), свыше 7,1 ммоль/л — 13 ПЦ (7,2 %). Среднее значение холестерина во всей группе ПЦ 5 ммоль/л, минимум — 2,1 ммоль/л, максимум — 9,1 ммоль/л, медиана — 4,9 ммоль/л, нижняя квартиль (25 %) — 4,1 ммоль/л, верхняя квартиль (75 %) — 5,7 ммоль/л. Средний уровень глюкозы крови при госпитализации 5,6 ммоль/л, креатинина — 99,1 мкмоль/л, гемоглобина — 138,9 г/л.

Выводы. 1. Пациенты с подозрением на ОКС поздно госпитализируются в стационар после появления симптомов. 2. Около 2/3 пациентов имеют синусовый ритм на ЭКГ, при этом элевация сегмента STT отмечена только у 7,2 % пациентов, более чем 42 % пациентов имеют неспецифические изменения зубца Т. 3. Маркеры повреждения (TnI и МВ КФК) определялись у 100 % пациентов. 4. Только чуть менее 40 % пациентов имеют нормальный уровень холестерина при госпитализации.

0880 ГОСПИТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-2)

Шевченко И.И.[1], Будяк В.А.[1], Исламов Р.Р.[1], Сергеева О.А.[1], Лавринова А.М.[1], Эрлих А.Д.[2]
МУЗ ГО ГКБСМП № 10[1], Воронеж, Россия; Лаборатория клинической кардиологии НИИ ФХМ[2], Москва, Россия

Цель. Лечение пациентов с острым коронарным синдром (ОКС) остается не до конца решенной задачей при госпитализации больных в отделение неотложной кардиологии. Целью данного сообщения является анализ госпитального этапа лечения пациентов (ПЦ) с ОКС.

Методы исследования. Исследование, организованное НИИ физико-химической медицины (руководитель — проф. Грацианский Н.А., Москва), проведено с 1 по 30 ноября 2009 года в первичном сосудистом центре городской клинической больницы, ведущем круглосуточный прием ПЦ с острой коронарной патологией. Включено 180 последовательно поступавших пациентов с подозрением на ОКС. Статистический анализ проведен с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Госпитализировано 13 пациентов (7,2 %) с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, 8 пациентам (61,5 %), поступившим в первые 6 часов, проведен системный тромболизис стрептокиназой. Среднее время от начала клиники до тромболизиса 2 час 54 минуты, минимальное время — 2 часа, максимальное — 5 часов 48 минут. Одному пациенту (7,7 %) системный тромболизис не проведен ввиду наличия в анамнезе геморрагического инсульта, четырем пациентам (30,8 %) системный тромболизис не проведен ввиду поздней госпитализации (среднее время госпитализации — 56,8 часа, медиана — 12 часов, минимум — 8,5 часа, максимум — 240 часов). С диагнозом острый коронарный синдром без подъема сегмента ST госпитализировано 167 пациентов (92,8 %). На коронароангиографию в региональный сосудистый центр направлено 5 пациентов (2,8 %). Аспирин госпитально получали 176 пациентов (97,5 %), клопидогрель только 4 пациента (2,2 %). Парентеральные антикоагулянты получали 126 пациентов (70 %), из них — 89 пациентов (70,6 % от получавших антикоагулянты) получали нефракционированный гепарин (НФГ), 23 пациента (18,3 %) — эноксапарин (клексан) и 14 пациентов (11,1 %) — фондапаринукс (арикстра). Местом введения для 11 пациентов явилась скорая помощь, для 32 пациентов — палата интенсивной терапии и для 83 пациентов — палата первичного кардиологического центра. Таблетированные бета-блокаторы получал 141 пациент (78,3 %), ингибиторы АПФ — 128 пациентов (71,1 %), антагонисты рецепторов к ангиотензину — 5 пациентов (2,8 %), диуретики — 71 пациент (39,4 %), таблетированные нитраты и внутривенную инфузию получал 161 пациент (89,4 %), антагонисты кальциевых каналов — 27 пациентов (15 %), статины стационарно получали только 9 пациентов (5 %). Умерло за время пребывания в стационаре 6 пациентов (3,3 %), 3 мужчины и 3 женщины. Летальный исход наступил в среднем через 44,2 часа, медиана — 48 часов, минимум — 4,8 часа, максимум 72 часа.

Выводы. 1. Подавляющее большинство пациентов поступают с диагнозом острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. 2. Каждому третьему пациенту с подъемом сегмента ST системный тромболизис не проведен ввиду поздней госпитализации. 3. На коронарографию из стационара направляется только каждый двадцатый! пациент. 4. Антикоагулянты получают 7 пациентов из 10, из них около 30 % получают эноксапарин и арикстру. 5. 95 % пациентов не получают статины.

0881 ДИНАМИКА ДОГОСПИТАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД и РЕКОРД-2)

Шевченко И.И.[1], Будяк В.А.[1], Исламов Р.Р.[1], Красова Е.Е.[1], Сергеева О.А.[1], Лавринова А.М.[1], Эрлих А.Д.[2]
МУЗ ГО ГКБСМП № 10[1], Воронеж, Россия; Лаборатория клинической кардиологии НИИ ФХМ[2], Москва, Россия

Цель. Острый коронарный синдром (ОКС) остается сложной, во многом не до конца решенной, проблемой отделений неотложной кардиологии. За последние три года во многих регионах сформированы первичные и региональные сосудистые центры, призванные способствовать снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистыми заболеваниями. Целью данного сообщения является анализ современной ситуации и тенденций в ведении пациентов (ПЦ) с ОКС.

Методы исследования. Исследование, организованное НИИ физико-химической медицины (руководитель — проф. Грацианский Н.А., Москва), проведено с 1 по 30 ноября 2007 года и за аналогичный период 2009 года в первичном сосудистом центре городской клинической больницы, веду-

щем круглосуточный прием ПЦ с острой коронарной патологией. В 2007 году включено 188 последовательно поступающих пациентов с подозрением на ОКС, в 2009 — 180. Статистический анализ проведен с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Из 188 госпитализированных ПЦ в 2007 году 90 мужчин (47,9 %), 98 женщин (52,1 %), в 2009 году из 180 ПЦ 89 мужчин (49,4 %) и 91 женщина (50,6 %), гендерные различия за истекший период недостоверны (p=0,89). Средний возраст пациентов в 2007 году (M±м) 65,09±0,87 г., средний возраст в 2009 году — 67,2±1,06 г., различия в возрасте недостоверны (t-критерий Стьюдента — 1,57, p=0,08). В 2007 году у 80 ПЦ (42,6 %) в анамнезе ОИМ, в 2009 — у 86 ПЦ (47,9 %) (p=0,3). Стенокардия в анамнезе у 146 ПЦ (77,6 %), в 2009 году — у 154 ПЦ (85,7 %) (p=0,04). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — 56 ПЦ (29,8 %), в 2009 году — 77 ПЦ (42,76 %) (p=0,01). Наличие ОНМК в анамнезе отметили 18 ПЦ (9,6 %), в 2009 — 14 ПЦ (7,7 %) (p=0,52). Гипертоническую болезнь подтвердил 171 ПЦ (91 %), в 2009 году — 159 ПЦ (88,24 %) (p=0,38). Отрицали курение в анамнезе 142 ПЦ (75,5 %), в 2009 году — 143 ПЦ (79,8 %) (p=0,32), 28 ПЦ курили (14,8 %), в 2009 году — 23 ПЦ (12,6 %), 15 ПЦ бросили курить (7,9 %), в 2009 году — 14 (7,6 %). Сахарный диабет (СД) у 27 ПЦ (14,4 %), при этом у 7 ПЦ (25,9 %) СД корригирован диетой, 15 (55,6 %) получали таблетки и 5 (18,5 %) получали инсулин, в 2009 году — СД у 37 ПЦ (20,6 %) (p=0,11), корригируемый диетой 11 ПЦ (29,7 %), корригируемый таблетками — 17 ПЦ (45,9 %), инсулинпотребный — 9 ПЦ (24,3 %). Гиперхолестеринемию отрицали 18 пациентов (9,6 %), 36 пациентов (19,1 %) знали о наличии у себя повышенного уровня холестерина (ХС), 133 пациента (70,7 %) не смогли ответить на вопрос о своем уровне ХС, в 2009 году — гиперхолестеринемию подтвердили 47 ПЦ (26,1 %), 45 ПЦ (25,2 %) отрицали повышение уровня холестерина и 88 ПЦ (48,9 %) не знали своего уровня холестерина (p=0,0001).

Выводы. 1. Госпитализируемые пациенты стали старше, но гендерные и возрастные различия пациентов за время наблюдения недостоверны. 2. Достоверно чаще у пациентов стенокардия и ХСН. 3. Информированность пациентов о холестерине как факторе риска стала достоверно выше. 4. Гипертоническую болезнь имеют 9 из 10 пациентов, госпитализируемых с подозрением на ОКС.

0882 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД И РЕКОРД-2)

Шевченко И.И.[1], Будяк В.А.[1], Исламов Р.Р.[1], Красова Е.Е.[1], Сергеева О.А.[1], Лавринова А.М.[1], Эрлих А.Д.[2]
МУЗ ГО ГКБСМП № 10[1], Воронеж, Россия; Лаборатория клинической кардиологии НИИ ФХМ[2], Москва, Россия

Цель. Острый коронарный синдром (ОКС) основная нозологическая единица при госпитализации пациентов в отделения неотложной кардиологии. За последние три года во многих регионах сформированы первичные и региональные сосудистые центры, призванные способствовать снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистыми заболеваниями. Целью данного сообщения является анализ госпитальной ситуации при ведении пациентов (ПЦ) с ОКС.

Методы исследования. Исследование, организованное НИИ физико-химической медицины (руководитель — проф. Грацианский Н.А., Москва), проведено с 1 по 30 ноября 2007 года и за аналогичный период 2009 года в первичном сосудистом центре городской клинической больницы, ведущем круглосуточный прием ПЦ с острой коронарной патологией. В 2007 году включено 188 последовательно поступающих ПЦ с подозрением на ОКС, в 2009 — 180. Статистический анализ проведен с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Принимали аспирин (АС) догоспитально 102 ПЦ (54,3 %), в 2009 году — 107 ПЦ (59,7 %) (p=0,3). Бета-блокаторы (ББ) принимали 89 ПЦ (47,3 %), в 2009 году — 73 ПЦ (40,34 %) (p=0,17). Ингибиторы АПФ (ИАПФ) принимал на догоспитальном этапе 101 ПЦ (53,7 %), в 2009 году — 85 (47,1 %) (p=0,2). Статины (СТ) принимали догоспитально только 12 ПЦ (6,4 %), в 2009 году — 30 ПЦ (16,81 %) (p=0,0019). Нитропрепараты (НП) принимали 98 ПЦ (52,1 %), в 2009 году — 76 ПЦ (42,02 %) (p=0,05). В стационаре АС получали 174 ПЦ (92,6 %), в 2009 году — 176 ПЦ (97,5 %) (p=0,03). Нефракционированный гепарин (НФГ) получали 74 ПЦ (39,4 %), 20 ПЦ (10,6 %) догоспитально и продолжен в стационаре, 19 ПЦ (10,1 %) назначен в палате реанимации и интенсивной терапии и 37 ПЦ (19,7 %) в палатах. В 2009 году парентеральные антикоагулянты получали 126 ПЦ (70 %) (p=0,0001), из них — 89 ПЦ (70,6 % от получавших антикоагулянты) получали НФГ, 23 ПЦ (18,3 %) — эноксапарин (клексан) и 14 ПЦ (11,1 %) — фондапаринукс (арикстра). Местом введения для 11 ПЦ явилась скорая помощь, для 32 ПЦ — палата интенсивной терапии и для 83 ПЦ — палата первичного кардиологического центра. Получали ББ 159 ПЦ (84,6 %), в 2009 году — 141 ПЦ (78,3 %) (p=0,12), ИАПФ получали 153 ПЦ (81,4 %), в 2009 году — 128 ПЦ (71,1 %) (p=0,02), антагонисты рецепторов к ангиотензину — 5 ПЦ (2,8 %). Диуретики получали 73 ПЦ (38,8 %), в 2009 году — 71 ПЦ (39,4 %) (p=0,94). НП получали 147 ПЦ (78,2 %), в 2009 году таблетированные нитраты и внутривенную инфузию получал 161 ПЦ (89,4 %) (p=0,0039). Статины получали только 11 ПЦ (5,9 %), в 2009 году статины стационарно получали только 9 ПЦ (5 %) (p=0,7). Антагонисты кальциевых каналов получали 37 пациентов (19,7 %), в 2009 году — 27 пациентов (15 %) (p=0,23).

Выводы. 1.Количество пациентов, принимающих амбулаторно аспирин за время наблюдения стало достоверно выше. 2. Недостоверно ниже количество пациентов, принимающих амбулаторно ББ и ИАПФ. 3. Статины амбулаторно стали принимать достоверно больше пациентов. 4. Стационарно достоверно выше прием пациентами аспирина, высоко достоверно гепарина, особенно клексана и арикстры. 5. Низок уровень стационарного приема статинов.

0883 ПАРАМЕТРЫ И ИСХОДЫ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД И РЕКОРД-2)

Шевченко И.И.[1], Будяк В.А.[1], Исламов Р.Р.[1], Красова Е.Е.[1], Сергеева О.А.[1], Лавринова А.М.[1], Эрлих А.Д.[2]
МУЗ ГО ГКБСМП № 10[1], Воронеж, Россия; Лаборатория клинической кардиологии НИИ ФХМ[2], Москва, Россия

Цель. Острый коронарный синдром (ОКС) — основная нозологическая единица при госпитализации пациентов в отделения неотложной кардиологии. За последние три года во многих регионах сформированы первичные и региональные сосудистые центры, призванные способствовать снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистыми заболеваниями. Целью данного сообщения является анализ исходов при ведении пациентов с ОКС.

Методы исследования. Исследование, организованное НИИ ФХМ (руководитель — проф. Грацианский Н.А., Москва), проведено с 1 по 30 ноября 2007 года и за аналогичный период 2009 года в первичном сосудистом центре городской клинической больницы, ведущем круглосуточный прием пациентов с острой коронарной патологией. В 2007 году включено 188 последовательно поступающих пациентов с подозрением на ОКС, в 2009 — 180. Статистический анализ проведен с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Среднее время от начала клиники до госпитализации составило 175 часов, медиана — 72 часа, 25 % квартиль — 8 часов, 75 % квартиль — 288 часов, в 2009 году среднее время от начала клиники до госпитализации составило 105,2 часа (t-критерий Стьюдента 2,72, p=0,007); медиана — 24 часа, нижняя квартиль (25 %) — 7 часов, верхняя квартиль (75 %) — 168 часов. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 11,3 к/д., в 2009 году — 11,7 к/д.

(p=0,47). Частота сердечных сокращений при госпитализации в среднем составила 90 в минуту, в 2009 году — 85 ударов в минуту (p=0,11). При анализе электрокардиограмм (ЭКГ) синусовый ритм выявлен у 119 пациентов (63,3 %), в 2009 году — 122 ПЦ (67,8 %). Средние цифры САД для всей группы — 147,8 мм рт.ст., в 2009 году — 140,5 мм рт.ст. (p=0,02), ДАД — 88,7 мм рт.ст., в 2009 году — 83,8 мм рт.ст. (p=0,001). Тропонин I исследован у 30 пациентов (15,9 %)), МВ КФК — у 26 пациентов (13,8 %), в 2009 году 100 % у всех пациентов. Среднее значение ОХ для всей группы составило 4,9 ммоль/л., в 2009 году — 5 ммоль/л. Летальность составила 7 пациентов (3,7 % от числа включенных в исследование 188 пациентов, 4,6 % от числа 151пациента с ОКС по данным окончательного диагноза), при этом умерло 4 мужчин и 3 женщины. Среднее время пребывания в стационаре составило 3,6 к/д. Два пациента (28,6 %) умерли на вторые сутки, 3 пациента (42,9 %) на четвертые, 1 пациент (14,3 %) на пятые и 1 пациент (14,3 %) на одиннадцатые сутки пребывания в стационаре. В 2009 году умерло за время пребывания в стационаре 6 пациентов (3,3 %) (p=0,83), 3 мужчины и 3 женщины. Летальный исход наступил в среднем через 44,2 часа, медиана — 48 часов, минимум — 4,8 часа, максимум 72 часа.

Выводы. 1. Пациенты за время наблюдения стали обращаться в достоверно более ранние сроки от начала клиники, однако время госпитализации по-прежнему очень позднее. 2. За время наблюдения при госпитализации цифры АД стали достоверно ниже. 3. Маркеры повреждения миокарда стали определяться у 100 % пациентов. 4. Госпитальная летальность за время наблюдения достоверно не изменилась.

0884 ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ЦИТАЛОПРАМОМ НА ТЕЧЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шилина Н.Н., Стаценко М.Е.
ГОУ ВПО “Волгоградский государственный медицинский университет”, Волгоград, Россия

Цель: изучить влияние терапии циталопрамом на выраженность тревоги (Т) и депрессии (Д), клинические особенности течения восстановительного периода и качество жизни (КЖ) у больных инфарктом миокарда (ИМ) и сопутствующими сахарным диабетом (СД) 2 типа и аффективными расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 больных ИМ с сопутствующим СД 2 типа и признаками Т и Д. Пациенты включались в исследование на 3-4 неделе после перенесенного ИМ, осложнившегося наличием хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК) по классификации ВНОК и ОССН 2008 г. Пациенты были разделены на 2 сходные группы (по 30 человек). Средний возраст больных в 1-ой группе составил 65,31±2,89 лет, во 2-ой — 66,4±2,32 лет. Пациенты основной (1-ой) группы в дополнение к базисным препаратам для лечения ИМ, осложненного ХСН, и сопутствующего СД 2 типа (аспирин, бисопролол, эналаприл, симвастатин, при необходимости нитраты и мочегонные, гликлазид ± метформин) получали антидепрессант циталопрам 20 мг\сутки в течение 3 месяцев, пациенты контрольной (2-ой) группы — только базисную терапию. С больными обеих групп проводились психотерапевтические беседы. Т и Д определяли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, толерантность к физическим нагрузкам на основании теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), КЖ — по результатам Миннесотского опросника качества жизни у больных ХСН. Наблюдение проводилось исходно и через 3 месяца.

Результаты. В конце 3-х месячной терапии циталопрамом у больных 1-ой группы наблюдалась полная редукция тревожно-депрессивной симптоматики: достоверное снижение выраженности Т с 10,68±0,53 до 6,21±0,82 баллов, Д с 10,15±0,81 до 5,04±0,73 баллов. Во 2-ой группе пациентов уменьшения выраженности Т и Д до нормальных значений не произошло: Т снизилась с 10,43±0,9 до 8,63±1,7 баллов, Д с 10,53±0,96 до 8,07±1,45 баллов (субклинически выраженная Т и Д). По данным ТШХ повысилась толерантность к физическим нагрузкам: достоверно у пациентов 1-ой группы, принимавших циталопрам, с 286±10,4 м до 364±12,6 м, у больных 2-ой группы с 290,3±12,5 м до 312±14,7 м (p>0,05). По результатам Миннесотского опросника у пациентов 1-ой группы отмечено более выраженное улучшение КЖ (на 22 %) по сравнению с больными контрольной группы (на 9,5 %): с 54,3±3,01 до 42,25±3,6 баллов (p<0,05) vs 54,9±3,24 и 49,6+3,17 баллов (p>0,05).

Выводы. Назначение в течение 3-х месяцев циталопрама дополнительно к базисной терапии восстановительного периода у больных инфарктом миокарда и сопутствующими СД 2 типа и аффективными расстройствами эффективно устраняет проявления тревоги и депрессии, что сопровождается достоверным увеличением толерантности к физическим нагрузкам и повышением качества жизни пациентов.

0885 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И МЕТАБОЛИЗМА ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шимохина Н.Ю.
ГОУ ВПО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ”, Красноярск, Россия

Целью исследования явилось изучение особенностей системы гемостаза и активности НАД (Ф)-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов у больных с церебральными осложнениями гипертонической болезни (ГБ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Обследовано 90 пациентов с осложненным течением ГБ (ИИ) в сочетании с ИБС (53 мужчин и 37 женщины) в возрасте 58±7,02 лет. Исследование системы гемостаза и метаболизма тромбоцитов проводилось: 1) в острейшем периоде ИИ (первые 24 часа после ИИ) до начала терапии дезагрегантами; 2) в остром периоде ИИ (через 14 дней); 3) в раннем восстановительном периоде ИИ (через 3 месяца). Исследовали показатели гемостаза: 1) сосудисто-тромбоцитарный гемостаз: агрегация тромбоцитов (АТ), спонтанная (САТ) и индуцированная на агрегометре “LA230-2 БИОЛА”, уровень фактора Виллебранда (фВ); 2) плазменный гемостаз: содержание фибриногена, Д-димера, антитромбина III, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК); 3) биолюминесцентным методом определялись уровни активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах на биолюминометре “БЛМ — 8803”. В качестве контроля обследовано 35 здоровых людей (15 мужчин и 20 женщин) в возрасте 54±5,4 лет.

На всех этапах гемостазиологического обследования в сравнении с контролем были повышены уровни фибриногена, РФМК, Д-димера. В остром периоде ИИ уровень антитромбина III у пациентов был ниже контроля, но повышался в восстановительном периоде. В различные периоды ИИ, несмотря на проводимое лечение, показатели САТ были достоверно выше значений контроля. На фоне дезагрегантной терапии АТ, индуцированная АДФ 5 mM и индуцированная адреналином 10 мкг/мл, была достоверно ниже значений контроля, однако в раннем восстановительном периоде их значения вновь возрастали. Уровень фВ на всех этапах исследования значительно превышал значения контроля. При исследовании НАД (Ф)-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов на всех этапах обследования выявлено повышение Г6ФДГ, понижение уровней НАДФГДГ, НАДФИЦДГ

и НАДФН-ГДГ, НАДН-ЛДГ и НАДН-МДГ. Через 3 месяца выявляется нормализация уровней активности выше указанных ферментов, за исключением Г3ФДГ, Г6ФДГ относительно контроля и ЛДГ относительно показателей пациентов на 14-е стуки после развития ИИ.

Таким образом, у больных с церебральными осложнениями ГБ в сочетании с ИБС в различные периоды ИИ наблюдается гиперкоагуляция и активация внутрисосудистого свертывания с последующим фибринолизом. В различные периоды ИИ обнаружено значительное повышение уровня фВ — маркера эндотелиального повреждения. При исследовании метаболизма тромбоцитов у больных с церебральными осложнениями ГБ в сочетании с ИБС в динамике обследования обнаружено нарушение митохондриальных процессов, заключающееся в нарушении аэробного и анаэробного дыхания, а также в нарушении азотистого метаболизма в клетках.

0886 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАРДИАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА Х

Широких Ю. В., Кузнецов С.И., Морева Е. Ю., Широких Н.А.
ГУЗ “Воронежская областная клиническая больница № 1”, Воронеж, Россия

Цель исследования. Исследование эффективности атипичного нейролептика сульпирида в комплексной терапии кардиалгического синдрома Х.

Материалы и методы. 66 пациентов, средний возраст 46,5±11,7лет, с диагнозом кардиалгический синдром Х (КСХ) методом рандомизации были разделены на 2 сопоставимые по клинико-анемнестическим данным группы. Все пациенты получали в качестве антиангинальной терапии β-блокатор — метопролол, антагонист кальция — амлодипин, ингибитор АПФ — эналаприл. Пациентам второй группы в качестве психофармакологической коррекции назначен сульпирид 50 мг.2 раза в сутки. Длительность терапии составила 8 недель, после чего оценивалось влияние проводимой терапии на динамику симптомов стенокардии, частоту приступов в сутки, показатели адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, показатели психоневрологического статуса пациентов.

Результаты. Через 14 дней терапии у пациентов 1 группы количество приступов стенокардии снизилось на 46 %, во 2 группе на 52 %, что на 6 % больше чем в первой группе. Частота эпизодов депрессии сегмента ST по данным холтеровского мониторирования в дневное время снизилась на 5±0,2 в первой группе и на 8±0,4 во 2 группе, что на 3±0,2 меньше чем в первой группе (p<0,01). На фоне терапии сульпиридом уменьшалось количество эпизодов безболевой ишемии (с 42±13 % до 20±8 % в первой группе (p<0,01) и с 43 ± 14 % до 12 ± 5 % во второй группе, что на 8±3 % меньше чем в 1 группе. Увеличилась толерантность к физической нагрузке по данным велоэргометрии. Максимальная нагрузка возросла на 22±3 Вт в первой группе (p<0,01). и на 35±4 Вт во второй (p<0,01)., что на 13±2 больше, чем в первой группе. Длительность теста увеличилась на 52±10сек. в первой группе и на 68±11 сек. во второй, что на 16±4 сек. больше, чем в первой группе. Отмечено благоприятное воздействие на психоневрологический статус пациентов, что проявлялось достоверным снижением общего балла депрессии во второй группе на 6,41±2,4 балла. Более чем в 2 раза снизились показатели реактивной и личностной тревожности у пациентов 2 группы на 33,6±1,2 у.е. и на 25,6±0,8 у. е. соответственно. У пациентов первой группы общий балл депрессии снизился на 0,14 балла, показатель не достиг уровня значимости (p>0,01). Реактивная и личностная тревожность снизилась11,2±1,4 у.е. и на 9,1±1,2 у.е. соответственно. Анализ ЭКГ позволяет сделать заключение, что сульпирид не оказывал отрицательного влияния на продолжительность интервалов P-Q, Q-T, комплекса QRS у исследуемых больных.

Выводы. Обнаруженное нами уменьшение выраженности симптоматики и улучшение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы больных с КСХ на фоне использования сульпирида позволяет сделать вывод, что применение данного препарата в комплексной терапии КСХ является современным эффективным психокорригирующим средством с хорошей переносимостью и безопасностью, что способствует улучшению конечных результатов лечения.

0887 ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОЗА СТЕНТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ПЕРВИЧНОЙ КОРОНАРНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Шмидт Е.А., Бернс С.А., Киприна Е.С., Барбараш О.Л., Моисеенков Г.В.
УРАМН “Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН”, Кемерово, Россия

Цель: выявить комплекс факторов, способных оказать влияние на развитие тромбоза стента в течение годового периода у больных острым коронарным синдромом (ОКС) после проведения коронарного стентирования.

Методы исследования: среди пациентов с ОКС, подвергшихся интервенционному лечению (n=127) выделили группу с доказанным тромбозом стента на разных этапах наблюдения — I (n=25). Группа сравнения (II) представлена пациентами с ОКС без развития неблагоприятных коронарных событий (НКС) в течения года (n=102). Всем больным определялось содержание С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина (ИЛ)-1α, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, фактора некроза опухоли-α (ФНО-α), эндотелина-1 и sP-селектина методом твёрдофазного иммуноферментного анализа (ELISA, США). Всем пациентам выполнялась коронарография с последующей имплантацией стента без лекарственного покрытия в симптомсвязанную артерию.

Результаты: среди клинических предикторов достоверно чаще в I группе выявлялись нарушения ритма и проводимости в первые сутки развития симптомов: 56 % в I группе против 21,5 % во II группе; p=0,001, увеличивающ ие шанс развития осложнения в 6,3 раза (ОШ-6,36; 95 %ДИ-2,36;17,1; p=0,0002). Кроме того, в группе пациентов с развитием тромбоза стента преобладали пациенты с высоким Killip классом сердечной недостаточности III-IV (p=0,007) по сравнению с больными II группы. По полу, возрасту, основным факторам риска, таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия и курение пациенты в исследуемых группах статистически не различались. Среди лабораторных показателей статистически значимые различия получены только в отношении уровня sP-селектина на десятые сутки: 270,8 (197,5;357,2) нг/мл в IT группе против 127,6 (103,8;239,1) нг/мл во II группе больных; p=0,031. В группе с развитием тромбоза стента чаще наблюдалось поражение проксимальной трети передней нисходящей артерии (ПНА): 44 % против 23,5 % во II группе больных (p=0,036).Наличие данного признака в увеличивал риск возникновения тромбоза стента в 2,7 раз (ОШ−2,7; 95 %ДИ−1,04;7,04; p=0,041). По качеству дезагрегантной терапии пациенты в группах не различались. С целью оценки степени прогностической значимости выявленных факторов выполнен пошаговый дискриминантный анализ методом включения признаков. Всего в конечную дискриминантную функцию было включено два фактора. Wilks’ Lambda модели составила 0,707 при уровне значимости p<0,0000. Вероятность правильной классификации модели составила 88,7 %. По результатам анализа наиболее значимым признаком, оказывающим влияние на развитие тромбоза стента у больных ОКС с элевацией ST явился высокий класс СН по Killip (p=0,0001), в меньшей степени − повышенный уровень sP-селектина на десятые сутки после интервенции (p=0,005). Признаком, не вошедшим в модель и не показавшим прогностической значимости в результате многофакторного анализа, явилось поражение ПНА в проксимальном сегменте (p=0,496).

Заключение: влияние ангиографических особенностей коронарного русла на развитие тромбоза стента у больных ОКС с элевацией ST после экстренного ЧКВ оказалось малозначимым. В то же время, высокий класс СН по Killip и сохраняющийся к десятым суткам после интервенционного вмешательства повышенный уровень sP-селектина продемонстрировали высокую прогностическую значимость для развития данного осложнения ЧКВ.

0888 ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ МИОКАРДИТОМ

Шоджонов М. М., Олимов Н.Х.
Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Как известно, все отделы сердца богато снабжены симпатическими и парасимпатическими нервными окончаниями, повышение тонуса обоих отделов вегетативной нервной системы может привести к изменению функционального состояния сердца, увеличению электрической гетерогенности сердечной мышцы, способствуя возникновению эктопических аритмий. Снижение вариабельности сердечного ритма (ВСР) в свою очередь не только способствует развитию аритмий, но и повышает риск развития внезапной смерти у больных с сердечно-сосудистой патологии.

Цель исследования. Оценить степень активности вегетативной регуляции и ВСР, выявит пациентов с повышенным риском развития аритмий у больных диффузным миокардитом.

Материал и методы. Под наблюдением было 75 больных с хроническим диффузным миокардитом: 45 мужчин (средний возраст 38±6,6 лет) и 30 женщин (средний возраст 40±3,6 лет). По степени тяжести у 35 больных (первая группа -46,6 %) вывялено легкая форма, 20 пациентов (вторая группа — 26,6 %) -среднетяжелая форма и у 10 больных (третья группа — 13,3 %) тяжелая форма диффузного миокардита. Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартного отведения. Выделение последовательности R-R и последующая обработка данных проводили цифровым методом on line по специальной методике. Определена спектральная мощность вариаций кардиоинтервала на частотах волн Маера 0,04-0,15 Гц и дыхательных волн 0,15-0,4 Гц.

Результаты. У первой группы больных в основном преобладала нормотоническая регуляция и в 23 % умеренная парасимпатическая активация. Во второй группе умеренная симпатическая активация и у третей группы наблюдалось выраженная симпатическая гиперактивация. При сопоставлении величины сдвигов вегетативного баланса (ИВБ в норме=2,3 по Malliani et all., 1994) выявлено, что снижение ИВБ<1 указывает на парасимпатическую активацию, и дальнейшее усиление в сторону критического значения (<0,3) может рассматриваться как фактор риска развития нарушений сердечного ритма. При активации симпатического звена ИВБ>5 наблюдается предпосылки развития не только жизнеопасных нарушений сердечного ритма, но и внезапной смерти.

Соответственно анализ ВСР в первой группе больных почти существенно не отличалось от здоровых пациентов (68±22мс). Снижение ВСР в основном наблюдалось во второй группе (35±10мс) и более выражено у больных третьей группы (22±0,4мс). У больных второй и особенно третьей группы зафиксировано политопные желудочковые экстрасистолы, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии, парные желудочковые экстрасистолы и экстрасистолы типа R на T.

Выводы. Оперативный контроль ИВБ и ВСР позволяет выявлять пациентов, относящихся к одной из двух групп риска и, в зависимости от направленности гиперактивации вегетативного тонуса и ВСР, своевременно выбирать адекватную терапию.

0889 ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЖИЗНЕОПАСНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА ПРИ МИОКАРДИТЕ

Шоджонов М.М., Олимов Н.Х.
Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Одним из экспресс-методов оценки в современных компьютерных медицинских технологиях является определение соотношения между спектральной мощностью вариаций кардиоинтервала на частотах волн Маера 0,04 — 0,15 Гц и дыхательных волн 0,15 — 0,4 Гц. Полученный таким образом спектральный индекс вегетативного баланса (ИВБ) у практически здоровых лиц составляет 2,30 (Malliani S et al). При увеличении уровня активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы ИВБ снижается, а при симпатической активации — возрастает, отражая влияние вегетативного звена экстракардиальной регуляции.

Цель исследования. Выявление связи вегетативного дисбаланса с развитием аритмий у больных миокардитом.

Материал и методы исследования. Обследовано 104 больных с миокардитом в основном вирусного генеза. Средний возраст 32±14, из них 64 мужчин и 40 женщин. Диагноз заболевания устанавливался на основании анамнеза, клинико-объективных данных, лабораторных и инструментальных исследований. Длительность регистрации вариаций кардиоинтервала в каждом наблюдении составила 10 минут.

Результаты исследований и их обсуждение. Больные в зависимости от ИВБ были разделены на 3 группы. Первая группа — с преобладанием симпатической регуляции сердечной деятельности (44,4 %), вторая группа — нормотонической регуляции (17,6 %) и третья группа парасимпатической (38 %). В первой группе в 4,5 раза чаще, чем в 3-ой наблюдались такие нарушение ритма, как частая экстрасистолия, политопная желудочковая экстрасистолия, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. Нарушение атриовентрикулярной проводимости, наоборот, в 1,8 раза чаще развились в 3 группе, по сравнению с первой группой. Группа с преобладанием нормотонической регуляции занимала промежуточное положение по частоте развития нарушений ритма и проводимости, и ни в одном случае не зафиксированы жизнеугрожающие аритмии.

При сопоставлении величины сдвигов вегетативного баланса и выраженности синусовой аритмии был отмечен ряд закономерностей. Во-первых, снижение ИВБ в сравнении с нормой, отражающее парасимпатическую направленность вегетативной регуляции, однозначно коррелировало с усилением синусовой аритмии. Выраженность синусовой аритмии по мере усиления указанного дисбаланса достоверно (в 2-4 раза) превышала значения возрастной нормы. Выявлено, что снижение ИВБ (≤1) указывает на парасимпатическую активацию, и дальнейшее усиление в сторону критического значения ИВБ (≤0,3) может рассматриваться как фактор риска развития нарушений сердечного ритма и в том числе жизнеопасных аритмий 13,4 % (n=14). Во-вторых, было отмечено, что нормальный уровень синусовой аритмии при значениях близких к нормам у больных с миокардитом достигается только при повышенной активации симпатического звена вегетативного тонуса, и лишь в диапазоне ИВБ ≤4-5. В-третьих, длительное или резкое превышение верхней границы неравенства (ИВБ≥5, n=10, 9,6 % случаев) характеризует критический режим вегетативного дисбаланса и создает предпосылки развития жизнеопасных нарушений ритма.

Заключение. Таким образом, оперативный контроль ИВБ позволяет выявлять пациентов, относящихся к одной из двух групп риска и, в зависимости от направленности гиперактивации вегетативного тонуса, своевременно выбрать адекватную терапию, и предупреждать развитие жизнеугрожающих аритмий.

0890 ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шопин А.Н., Ховаева Я.Б., Бурдина Е.Н., Головской Б.В., Берг М.Д
ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Одним из наиболее сложных аспектов в проблеме ИБС является эволюция заболевания, характеризующаяся прогрессированием сердечной недостаточности.

Целью исследования было изучение особенностей структурно-геометрических показателей, определяющих геометрическую модель левого желудочка у больных ИБС на разных стадиях заболевания.

Методы исследования. Обследовано 111 человек, средний возраст которых составил 49,4±5,3 лет. Из них 22 человека с впервые возникшей стенокардией, 31 — со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК и 25 — с ПИКС. Контрольную группу составили 33 практически здоровых человека. Всем обследуемым проводилось стандартное эхокардиографическое исследование.

Результаты. Представители контрольной группы имели следующие показатели: индекс сферичности левого желудочка (ИСЛЖ) составил 0,59±0,02; индекс относительной толщины стенки (ИОТСЛЖ) составил 0,41±0,04; индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) составил 88,2±8,5 г/м²; индекс конечно-систолического объема (КСОИЛЖ) составил 30,2±6,1 мл/м²; индекс конечно-диастолического объема (КДОИЛЖ) составл 87,5±10,8 мл/м². В группе лиц с впервые возникшей стенокардией ИСЛЖ составил 0,66±0,02; ИОТСЛЖ — 0,31±0,05; ИММЛЖ — 121,5±13,2 г/м²; КСОИЛЖ — 52,1±8,1 мл/м²; КДОИЛЖ — 126,8±13,7 мл/м² (во всех случаях, при сравнении с контрольной группой $p<0,05$). У лиц со стенокардией напряжения II-III ФК ИСЛЖ составил 0,72±0,02; ИОТСЛЖ — 0,29±0,04; ИММ ЛЖ — 133,4±12,7 г/м²; КСОИ ЛЖ — 60,5±8,7 мл/м²; КДОИЛЖ — 142,6±14,8 мл/м² (во всех случаях, при сравнении с контрольной группой $p<0,05$). У лиц с постинфарктным кардиосклерозом ИСЛЖ составил 0,76±0,02; ИОТСЛЖ — 0,26±0,04; ИММЛЖ — 141,8±15,8 г/м²; КСОИЛЖ — 70,3±10,2 мл/м²; КДОИЛЖ — 151,1±16,8 мл/м² (при сравнении со всеми группами $p<0,01$).

Выводы. Отсюда следует, что структурно-геометрическая перестройка левого желудочка наблюдается с момента манифестации клинических проявлений и ухудшается по мере прогрессирования ИБС. Ишемическое ремоделирование приводит к необратимому развитию эксцентрической гипертрофии и сферификации полости левого желудочка.

0891 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Шпак Л.В., Белова Н.О.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Роздрава, Тверь, Россия

Длительное течение гипертонической болезни (ГБ) меняет личностные характеристики пациентов, что нередко подавляет их мотивацию к лечению и затрудняет психологическую и социальную реабилитацию. Отсюда целью исследования явилось изучение особенностей личности больных ГБ различных стадий и их отношение к заболеванию.

Материал и методы. Обследованы 150 больных ГБ, из которых 1 стадия (ВНОК, 2008) ГБ была у 30 (1-я группа), II — у 75 (2-я группа), III — у 45 (3-я группа). Личностные изменения оценивали по данным MMPI, а отношение личности к заболеванию — по результатам опросника ЛОБИ.

Результаты. У пациентов 1-й группы средний уровень артериального давления (АД) составил 155,0±0,4/94,0±0,3 мм рт.ст. Усредненный профиль MMPI повышался на 3 шкале (71,0±0,5), что свидетельствовало о наличии психологической защиты по типу вытеснения факторов, вызывающих тревогу. Профиль отношения к болезни располагался наиболее высоко на шкалах гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов, что могло свидетельствовать о преобладании установок отрицания или преодоления болезни за счет более активной трудовой или творческой деятельности.

У обследованных 2-й группы средний уровень АД был 170,0±0,4/98,0±0,3, а профиль MMPI располагался выше на шкалах невротической триады (1 — 75,0±0,4; 2 — 71,0±0,5; 3 — 73,0±0,6; $p<0,05$) и в его правой части (7 — 69,0±0,1), отражая усугубление тревожно-ипохондрических расстройств. Анализ отношения личности к болезни показал снижение значений на шкалах типов 1 блока и увеличение шкальных оценок вариантов с интрапсихической направленностью, относящихся ко 2 и 3 блоку, что может быть отражением негативного (с точки зрения индивида) отношения в социуме к больным, в связи с утратой ими своей социально-трудовой значимости.

У пациентов 3-й группы уровень АД был еще выше — 188,0±0,4/105,0±0,2 мм рт. ст. Усредненный профиль MMPI располагался наиболее высоко на 1 (79,0±0,5; $p<0,001$), 2 (75,0±0,5; $p<0,001$), 3 (77,0±0,2; $p<0,001$) и 7 (70,0±0,1; $p<0,001$) шкалах со снижением на 9 (56,0±0,2), отражая ригидные установки депрессивно-ипохондрического типа. Отношение к болезни характеризовалось наиболее низкими значениями шкал адаптивного 1 блока и преобладанием показателей вариантов 2-го и 3-го блоков, что свидетельствовало о нарастающей психоэмоциональной дезадаптации, “уходе” в болезнь и снижении собственной социально- трудовой роли.

Выводы. По мере прогрессирования ГБ у пациентов формируются депрессивно-ипохондрические расстройства в сочетании с пассивным и “рентным” отношением к болезни, свидетельствуя о деформации в связи с болезнью значимых отношений и мотиваций пациента, что необходимо учитывать при проведении комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

0892 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Штегман О.А., Черных П.В., Ковальцова К.А., Поликарпов Л.С., Новиков О.М.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель — изучение взаимосвязи материальных возможностей и клинических проявлений у амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) города Красноярска и связь с проявлениями сердечной недостаточности.

Материал и методы. В исследование было включено 373 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с различной выраженностью ХСН, находящихся на амбулаторном лечении. Средний возраст больных составил 65,3±0,5 лет. 24 % больных были мужчинами. Всем больным проводился клинический осмотр, тест с 6-минутной ходьбой, проводилась эхокардиография, допплерография сонных артерий с оценкой толщины комплекса интима-медиа и окклюзионная проба для выявления эндотелиальной дисфункции. Уровень тревожности оценивался по опроснику Спилбергера-Ханнина, уровень депрессии оценивался по опроснику CES-D, качество жизни — по Минисотскому опроснику. Корреляционный анализ проводился с использованием критерия Спирмана.

Результаты и их обсуждение. По результатам анкетирования больных ХСН установлено, что 77 человек (21 %) отме-

тили утверждение "Приходится отказывать себе во всём. Денег не хватает на самое необходимое", 217 человек (57 %) отметили утверждение "На ежедневные расходы нам денег хватает, но уже покупка одежды представляет трудность", 69 больных (19 %) указали "Нам в основном хватает денег. Мы даже откладываем их для покупки вещей длительного пользования" и 10 человек (3 %) отметили "Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей".

При сравнении материальных возможностей больных с разной стадией ХСН достоверных отличий не получено. Уровень материального обеспечения больного не влиял на приверженность к лечению. Были установлены достоверные положительные корреляционные связи степени материального благополучия больного и дистанции 6-минутной ходьбы, уровня качества жизни. Наблюдались достоверные отрицательные корреляционные связи степени материального благополучия больного и выраженности одышки, отёков, уровнем ситуативной и личностной тревожности, уровнем депрессии, выраженности дисфункции эндотелия, а также толщины комплекса интима-медиа.

Выводы. Подавляющее большинство амбулаторных больных ХСН в г. Красноярске испытывают серьёзные материальные затруднения.

Низкий уровень материальных возможностей больных ассоциирован с большим уровнем тревожно-депрессивных расстройств и снижением качества жизни.

Низкие материальные возможности больных ХСН связаны с большей выраженностью нарушения эндотелиальной функции, симптомов сердечной недостаточности и большей толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий.

0893 ВЛИЯНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ

Шугушев Х.Х., Гаева А.А.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель настоящего исследования: изучение динамики временных и спектральных показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР), а также частоты и количества аритмий у больных ИБС, осложненной ХСН, на фоне лечения фурасемидом и торасемидом.

Материалы и методы исследования. У 107 пациентов с ИБС и ХСН (69 мужчин среднего возраста 59±2,8 лет и 38 женщин среднего возраста 65±4,3 года), до и через 10 дней после начала диуретической терапии изучены показатели ВСР за 10-минутные интервалы времени и проанализированы результаты 24-часового мониторирования ЭКГ. Использовалась контрольная группа из 30 здоровых людей. Оценивались SDNN, MSSD, NN50 %, VLF, LF, HF, LF/HF. 52 пациента первой группы в качестве петлевого диуретика получали фуросемид (фирма "Биосинтез", Россия), в суточной дозе 20-60 мг, 55 пациентов второй группы — торасемид в суточной дозе 5-20 мг ("Диувер" фирмы "Pliva"). Все больные получали терапию ингибиторами АПФ и бета-блокаторами.

Результаты. До начала лечения у пациентов с ХСН выявлены достоверно более низкие значения SDNN, RMSSD, LF, и HF. На фоне проведенной 10-дневной диуретической терапии отмечена сходная положительная динамика клинических показателей в обеих группах. При этом на фоне лечения фуросемидом достоверно уменьшились значения временных показателей, характеризующих общую вариабельность и активность парасимпатического звена регуляции: SDNN снизился с 37,3±2,7 мс до 27,9±1,6 мс, RMSSD — с 28,1±1,1 мс до 21,2±0,9 мс, PNN50 % снизился с 8,9±3,6 % до 3,8±0,4 %. Значение HF достоверно снизилось с 294,3±45,8 до 190,4±13,6 мс². При этом соотношение LF/HF, характеризующее вегетативный баланс, увеличилось от 1,6±0,1 до 2,5±0,2. В группе торасемида, напротив, выявлено достоверное увеличение значений показателей ВСР: SDNN с 23,0±3,7 до 37,8±1,6 мс, RMMSD — с 18,3±1,9 до 32,5±3,8 мс, PNN50 % — с 3,3±0,4 до 10,9±1,4 %, LF в 1,8 раз и HF в 2,2 раза. В группе пациентов, получавших фуросемид, число желудочковых экстрасистол, зарегистрированных за 24 часа увеличилось в 2,4 раз, отмечен рост желудочковых аритмий высоких градаций. В группе больных, принимавших торасемид, напротив, выявлено снижение количества желудочковых экстрасистол в среднем в 3,5 раз.

Выводы. 1.Диуретическая терапия фуросемидом приводит к негативному изменению временных и спектральных показателей ВСР у больных ХСН со смещением вегетативного баланса в сторону усиления симпатических влияний на сердце. Диуретическая терапия торасемидом приводит к положительным изменениям временных и спектральных показателей ВСР.

2.Изменения вегетативной регуляции ритма у пациентов, получавших фуросемид, сопровождались возрастанием эктопической активности желудочков, а у пациентов, получавших торасемид — ее снижением.

0894 БЛИЖАЙШИЙ И ОТДАЛЕНЫЙ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q

Шульман В. А., Симулин В. Н., Головенкин С. Е., Радионов В. В.
Красноярский государственный медицинский университет, Красноярская Городская клиническая больница № 20, Красноярск, Россия

Подразделение больных инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от наличия или отсутствия патологического зубца Q на ЭКГ применяется уже на протяжении более 30 лет. Складывается определенный консенсус в отношении того, что ближайший (госпитальный) прогноз больных с Q-ИМ хуже прогноза больных с не Q-ИМ. Более противоречивые сведения об отдаленном прогнозе этих больных. В частности, существует мнение, что Q-ИМ является как бы незавершенным ИМ и имеет более нестабильное течение по сравнению с Q-ИМ (S. Matetzky et al., 1995; G.Caires, 2000). Отсутствуют сведения о ближайшем и отдаленном прогнозе больных ИМ в зависимости от времени возникновения патологического зубца Q.

Нами было исследовано 616 больных ИМ с подъемом сегмента ST. Больные были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 311 больных с ранним (до 6 часов) возникновением патологического зубца Q (ранний Q-ИМ), 2-я группа состояла из 120 больных ИМ с поздним (6-24 часа) возникновением зубца Q (поздний Q-ИМ), 3-ю группу составляли 185 больных ИМ без зубца Q (не Q-ИМ).

Госпитальная летальность оказалась наибольшей у больных с ранним Q-ИМ, умерло 47 из 311 больных (15,1 %). Летальность больных с поздним Q-ИМ составила 4,2 % (умерло 5 из 120 больных), больных с не Q-ИМ — 2,2 % (умерло 4 из 185 больных), $P_{1-2} < 0,05$, $P_{1-3} < 0,001$, $P_{2-3} > 0,05$. Таким образом, госпитальная летальность больных с ранним Q-ИМ оказалась достоверно большей по сравнению с летальностью больных с поздним Q-ИМ и не Q-ИМ. В то же время летальность больных с поздним Q-ИМ существенно не отличалась от летальности больных не Q-ИМ.

Наблюдение за выписанными больными продолжалось на протяжении 2 лет. За время наблюдения госпитализация по поводу нестабильной стенокардии имело место у 35 больных с ранним Q-ИМ (15,0 %), у 21 больного (20,8 %) поздним Q-ИМ и у 27 (16,9 %) больных с не Q-ИМ, ($P_{1-2}>0,05$, $P_{1-3}>0,05$, $P_{2-3}>0,05$). Повторные ИМ за 24 месяца были выявлены у 34 больных (14.6 %) с ранним Q-ИМ, у 16 больных (15,8 %)

с поздним Q-ИМ и у 17 (10,6 %) больных с не Q-ИМ (P_{1-2}>0,05, P_{1-3}>0,05, P_{2-3}>0,05). Случаи коронарной смерти за двухлетний период после выписки больных из стационара наблюдались у 36 больных (15,5 %) с ранним Q-ИМ, у 11 больных с поздним Q-ИМ (10,8 %) и у 12 больных (7,5 %) с не Q-ИМ (P_{1-2}>0,05, P_{1-3}<0,05, P_{2-3}>0,05).

Заключение. Госпитальный прогноз больных с ранним Q-ИМ существенно хуже прогноза больных с поздним Q-ИМ и больных с не Q-ИМ. Отдаленный прогноз больных, перенесших ранний Q-ИМ, достоверно не отличался от прогноза больных с поздним Q-ИМ и в то же время оказался достоверно худшим по сравнению с прогнозом больных не Q-ИМ. Учитывая то, что течение постинфарктного периода у больных ИМ с поздним формированием патологического зубца Q сопоставимо с течением этого периода у больных не-Q-ИМ, реабилитационные мероприятия у этих 2 групп больных могут проводиться по единой программе.

0895 ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ. ЧТО ДАЕТ ХРОНОКОРРЕКЦИЯ ТЕРАПИИ?

Шуркевич Н.П., Ветошкин А.С., Гапон Л.И., Губин Д.Г., Белозерова Н.В., Пермяков В.Б.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия; МСЧ ООО “ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ”, пос.Ямбург, Россия

Цель исследования. Изучить изменения хронобиологических параметров циркадианных ритмов АД на 10-14 день хронотерапии лизиноприлом в зависимости от хронотипа АГ у больных в условиях заполярной вахты.

Методы исследования: Обследовано 268 пациентов с АГ 2 степени в возрасте 30- 59 лет, работников заполярной вахты. Диагноз верифицирован на основании рекомендаций ВНОК 2008-2009гг. СМАД выполнено всем пациентам на “чистом” фоне или на 3-4 день отмены гипотензивных препаратов, 99 пациентам с АГ 2 ст. на 10 -14 сутки монотерапии лизиноприлом в дозе 5-10мг/сутки. У 65 пациентов терапия была скорректирована с учетом хронобиологических параметров, 34 человека были пролечены в обычном режиме. Проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипа АД. На основании хронобиологических нормативных коридоров (хронодезмов) выделены 5 хронотипов гипертензии: 1. МЕЗОР — гипертензия. 2. амплитудная гипертензия. 3. фазовая гипертензия. 4. апериодическая гипертензия. 5 фазовая МЕЗОР гипертензия. 6. амплитудно — фазовая гипертензия.

Результаты. В группе наблюдения преобладали 2 тип — 43,6 %, 6 тип — 16,4 %, 3 тип — 14,6 % и 5 тип — 15,45 %. Доля 1 типа составила 6,36 %. Только 2 и 5 хронотипы характеризовались повышенными среднесуточными значениями САД И ДАД — 135,6±8,0 /91,2±6,3 мм рт.ст., и 138,8±9,5 /94,8±8,5 мм рт.ст. Остальные хронотипы АГ имели среднесуточные значения АД от 119,3±7,8 /79,0±4,1 мм рт.ст. (нормотензия) до 128,4±7,8 /85,0±7,2 мм рт.ст.(фазовая АГ). На 10-14 день монотерапии лизиноприлом у лиц, лечившихся в режиме "хроно", на фоне лучшей клинической переносимости приема препарата отмечено более выраженное снижение ночных значений САД, ночной вариабельности САД, отмечено большее снижение суточного ДАД за счет дневных и ночных значений. Если в группе хронотерапии мы наблюдали снижение ночной вариабельности ДАД, то в группе обычного лечения отмечено ее увеличение. В группе хронотерапии отмечено улучшение характеристик суточного ритма в виде увеличения значений СИСАД и СИДАД, увеличения числа "dıpper" типов суточных профилей САД и ДАД. Хронотерапия позволила улучшить "хроно" характеристики ритмов АД в виде: увеличения амплитуд ритмов АД на фоне смещения акрофаз на уровни физиологических часов (с ночи и раннего утра — на 12-16 часов) с уменьшением их "размытости", уменьшения процентных вкладов экстрациркадианных составляющих ритмов АД и увеличение процентных вкладов 24 — х часовых ритмов АД.

Выводы. В условиях заполярной вахты течение АГ характеризуется выраженным нарушением суточных ритмов АД. Хронокоррекция терапии лизиноприлом у больных АГ 2 ст. улучшает характеристики суточных ритмов АД, что способствует лучшей переносимости препарата, более существенному снижению АД, улучшению хронобиологических характеристик циркадианных составляющих спектров ритмов АД.

0896 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Щекотов В.В., Шанько Ж.Г.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Вагнера Е.А. Росздрава, кафедра госпитальной терапии № 2 с курсом военно-полевой терапии, Пермь, Россия

Целью работы явилось изучение особенностей гемодинамики у больных артериальной гипертонией в сочетании с ортостатической гипотонией на фоне сахарного диабета 1типа и оценка возможности их коррекции.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 30 пациентов страдающих артериальной гипертонией на фоне сахарного диабета 1 типа в сочетании с ортостатическими нарушениями. Больные получали антигипертензивную терапию, инсулинотерапию в интенсифицированном режиме, а так же терапию венопротективным препаратом (диосмин, коммерческое название “Детралекс” фирма Servıer, Франция) в дозе 1000 мг в сутки в два приема — по 500 мг вечером и на ночь в течение 1 месяца (группа 1).

В качестве контроля также обследованы 30 пациентов с артериальной гипертонией на фоне сахарного диабета 1типа в сочетании с ортостатической гипотонией. Больные получали антигипертензивную терапию и инсулинотерапию в интенсифицированном режиме (группа 2). По полу и возрасту группы сопоставимы. Всем больным проведена ортостатическая проба по Shellong.

Результаты исследования. Сравнительный анализ результатов активной ортостатической пробы выявил достоверное уменьшение снижения систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) на третьей минуте ортостатической пробы через 1 месяц после проведенного курса лечения у пациентов 1 группы. Так, до лечения САД 1 группе пациентов на третьей минуте ортостатической пробы составило 100,32±13,22 мм рт.ст. при исходном уровне 129±14,5 мм рт.ст. в положении лежа. После проведенного курса лечения уровень САД на третьей минуте ортостатической пробы составил 126,55±13,69 мм рт.ст. при исходном уровне в положении лежа 128,44±13,95 мм рт.ст. (p=0,0001).

Во второй группе пациентов показатели САД изменились незначительно и составили 100,32±14,4 мм рт.ст. на третьей минуте ортостатической пробы до лечения и 108,22±16,25 мм рт.ст. на третьей минуте ортостатической пробы после проведенного курса лечения при исходном уровне в положении лежа 129,03±14,22 мм рт.ст. (p=0,407).

ДАД у пациентов 1 группы на третьей минуте ортостатической пробы до лечения составило 69,65±10,51 мм рт.ст. и 82,75±7,51 мм рт.ст. после 1 месяца лечения соответственно при исходном уровне артериального давления в положении лежа 83.44±8.97 мм рт.ст. (p=0,0001). Во второй группе обследованных не отмечалось стабилизации диастолического артериального давления на третьей минуте ортостатической пробы после 1 месяца лечения и составило 72,25±11,46 мм рт.ст. до лечения и 73,54±9,50 мм рт.ст. после лечения соответственно при исходном уровне в положении лежа 83,22±9.79 мм рт.ст. (p=0,574).

Выводы. Дополнительная терапия венопротективным препаратом способствует повышению ортостатической толерантности за счет улучшения гемодинамики в активной ортостатической пробе у пациентов, страдающих артериальной гипертонией на фоне сахарного диабета 1 типа с ортостатическими нарушениями.

0897 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Щекотов В.В., Янкина Т.И.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: изучить особенности структурно-функциональных показателей больных артериальной гипертензией в зависимости от степени тяжести синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материал и методы. Обследованы 80 пациентов в возрасте от 32 до 70 лет. Из них 20 (25 %)-женщины, 80 (75 %)-мужчины. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от степени тяжести обструктивного апноэ. СОАС диагностировали путем кардиопульмонального мониторирования (“BREAS SC20”). Структурно-функциональные особенности сердца оценивали с помощью ЭХО-КГ (УЗИ-СКАНЕР HITACHI EUB-8500 XP с модулем соноэластографии). Статистический анализ проводился с помощью стандартного пакета программ “Statistica 6.0 Rus”.

Результаты. Уровни САД, ДАД, прогрессировали при нарастании апноэ к средней и тяжелой степеням ($p<0,05$). У всех пациентов наблюдались признаки гипертрофии миокарда левого желудочка по данным Эхо-КГ. Отмечалось прогрессивное ухудшение всех параметров Эхо-КГ с увеличением тяжести апноэ. Толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) составила 11,78±1,09 мм у пациентов с легким апноэ, 12,1±1,73 мм с апноэ средней тяжести, 12,93±2,01 мм у лиц с тяжелым апноэ ($p=0,14$). Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗС) соответственно составила: 11,66±1,32 мм, 12,1±1,73 мм, 12,73±1,73 мм ($p=0,05$). Достоверно увеличивался конечный диастолический объем левого желудочка (КДО): у пациентов с легким апноэ- 118,2±45,29 мл, со средней степенью тяжести- 133,6±27,2 мл, при тяжелом апноэ 142,69±9,68 мл ($p=0,03$). Взаимосвязь индекса респираторных нарушений и толщины МЖП отражает коэффициент корреляции, равный 0,35 ($p=0,04$), индекс респираторных нарушений и ТЗС $r=0,35$ ($p=0,04$). Также прямую зависимость иллюстрируют коэффициенты корреляции: снижение сатурации крови менее 90 % ($SpO2<90$ %) и МЖП $r=0,36$ ($p=0,04$), $SpO2<90$ % и ТЗС $r=0,39$ ($p=0,02$), индекс апноэ (AI) и ТЗС $r=0,35$ ($p=0,04$). Обратная связь наблюдается при сопоставлении среднего значения насыщения крови кислородом (SpO2) и МЖП $r=-0,38$ ($p=0,03$), SpO2 и ТЗС $r=-0,36$ ($p=0,03$).

Выводы. При ухудшении респираторных показателей у больных артериальной гипертензией и СОАС наблюдается прогрессирование гипертрофии миокарда левого желудочка.

0898 РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ

Щербакова М.Ю., Порядина Г.И., Ковалева Е.А.
ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава, ДГП № 23, Москва, Россия

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний тесно связана с ростом лиц, страдающих ожирением. В последние десятилетия отмечается рост ожирения у детей и подростков, при этом наблюдается и увеличение частоты кардиальной патологии. В связи с этим целью нашей работы явилось обследование детей с ожирением и избыточной массой тела на наличие у них сердечно-сосудистых и метаболических осложнений.

Методы исследования: работа проводилась на базе ДГП № 131 и ДГП № 23 г. Москвы. Было обследовано 109 детей в возрасте от 6 до 17 лет с избыточной массой тела и ожирением: антропометрия, измерение АД, ЧСС, сбор анамнеза детей обратившихся с жалобами на избыточную массу тела, гормональный профиль, биохимический анализ крови, стандартный глюкозотолерантный тест.

Результаты. Согласно анамнестическим и анкетным данным питание всех детей было нерациональным — отмечался недостаток клетчатки, избыток твердых жиров, легкоусвояемых углеводов. У детей была снижена физическая активность — не занимались в спортивных секциях 36 % детей, 10 % детей не посещали даже уроки физкультуры в школе. При этом ежедневно проводили перед телевизором и/или компьютером 4,3±1,2ч. Дополнительная школьная нагрузка имела место у 56 % детей. В зависимости от результатов биохимического обследования все дети были разделены на 2 группы: с отсутствием (I) и наличием (II) обменных нарушений. I группу составили 58 детей (53 %) в возрасте 9,9±2,4г. Возраст начала набора массы 6,3±2,3г, средняя длительность ожирения 3,5±1,2г. По данным семейного анамнеза ожирение у обоих родителей было у 29 % детей, гипертоническая болезнь у одного из родителей — у 22 % детей, у обоих родителей 3,5 %. Во II группу вошел 51 ребенок (47 %). Средний возраст детей — 12,2±2,4г. Возраст начала набора веса 5,8±3г, длительность ожирения 6,6±2,5г. По данным анамнеза у 48 % детей ожирением страдали оба родителя, гипертонической болезнью страдали оба родителя у 4 % детей, один из родителей у 24 % детей. В структуре обнаруженных осложнений преобладали нарушения липидного обмена у детей в виде снижения ЛПВП (22 %) и увеличения общего холестерина (12 %), преимущественно за счет увеличение ЛПНП (7 %), повышения триглицеридов (8 %). Изменения углеводного обмена выявлены у человек: увеличение базального инсулина (9,5 %) и нарушение толерантности к глюкозе (9,2 %). Стабильное повышение АД отмечалось у 14 % детей. Гиперурикемия определялась у 4 %детей. Совокупность клинических и биохимических признаков позволила 21 % детей подтвердить наличие полного метаболического синдрома.

Выводы: среди обследованных детей с избыточной массой тела 47 % имели кардиоваскулярные или метаболические осложнения, при этом у 21 % диагностирован полный метаболический синдром. Наличие и выраженность метаболических нарушений прогрессировала по мере взросления ребенка при увеличении продолжительности периода с избытком массы тела. Профилактические мероприятия необходимо проводить уже в младшем школьном возрасте. Профилактика должна включать в себя активную пропаганду здорового образа жизни, рационального питания, а также коррекцию выявленных осложнений.

0899 СОДЕРЖАНИЕ НАЧАЛЬНЫХ И КОНЕЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Щербакова О.А., Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить содержание начальных и конечных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) крови у больных подагрой в зависимости от типа геометрии левого желудочка (ЛЖ).

Методы исследования: обследовано 80 больных подагрой, средний возраст которых составил 46 [44; 50] лет. Диагноз подагры удовлетворял Римским критериям. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование по стандартной методике на аппарате Logjc 400. Определялись следу-

ющие показатели: масса миокарда левого желудочка, индекс относительной толщины стенки левого желудочка. Учитывая их, у данной категории больных оценивали типы геометрии ЛЖ (Canau A et al., 1992). 1-ю группу составили больные с нормальной геометрией ЛЖ, 2-ю — с концентрическим ремоделированием ЛЖ, 3-ю — с концентрической гипертрофией ЛЖ, 4-ю — с эксцентрической гипертрофией ЛЖ. Группа контроля состояла из 18 здоровых мужчин соответствующего возраста. С целью определения начальных продуктов ПОЛ в сыворотке крови (диеновых коньюгатов, кетодиенов и сопряжённых триенов) использовали метод И.А. Волчегорского и соавт. (1989). Уровень конечных продуктов ПОЛ (оснований Шиффа) определяли по интенсивности флуоресценции в хлороформных экстрактах мембран эритроцитов при волне возбуждения 342 нм и волне эмиссии 413 нм и выражали в УЕ на мг липидов мембран эритроцитов (Каган В.Е., 1986).

Результаты: 12 (15 %) пациентов имели нормальную геометрию ЛЖ. У 10 (13 %) больных выявлено концентрическое ремоделирование ЛЖ. У 42 (52 %) отмечалась концентрическая гипертрофия ЛЖ и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ — у 16 (20 %) больных подагрой. Отмечено достоверное повышение уровня диеновых конъюгатов у пациентов 1-й, 2-й, 3-й и 4-й групп на 43 %, 40 %, 33 % и 36 %, соответственно, по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Однако уровни диеновых конъюгатов внутри исследуемых групп не различались между собой. В 1-й и 2-й группах больных содержание кетодиенов и сопряженных триенов превышало уровень контроля на 25 % и 37 %, соответственно, а у пациентов с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ — почти в два раза ($p<0,05$). Также установлено достоверное повышение уровня кетодиенов и сопряженных триенов в 3-й и 4-й группах (1,03 [0,98; 1,12] и 1,04 [0,95; 0,90]) по сравнению с 1-й и 2-й (0,74 [0,74; 0,84] и 0,81 [0,80; 0,84]): на 40 % и 28 %, соответственно, ($p<0,05$). Содержание оснований Шиффа в эритроцитах крови было достоверно повышено у больных 2-й, 3-й и 4-й групп по сравнению с контролем ($p<0,05$). При этом достоверное повышение конечных продуктов ПОЛ прогрессивно нарастало у пациентов 3-й и 4-й групп ($p<0,05$).

Выводы: у больных подагрой выявлена значительная активация начальных и конечных продуктов перекисного окисления липидов. Изменения процессов ПОЛ взаимосвязаны с типом геометрии левого желудочка.

0900 СОДЕРЖАНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Щербакова О.А., Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить содержание промежуточных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантов у больных подагрой в зависимости от типа геометрии левого желудочка (ЛЖ).

Методы исследования: обследовано 80 больных подагрой, средний возраст которых составил 46 [44; 50] лет. Диагноз подагры удовлетворял Римским критериям. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование по стандартной методике на аппарате Logjc 400. Определялись следующие показатели: масса миокарда левого желудочка, индекс относительной толщины стенки левого желудочка. Учитывая их, у данной категории больных оценивали типы геометрии ЛЖ (Canau A et al., 1992). 1-ю группу составили больные с нормальной геометрией ЛЖ, 2-ю — с концентрическим ремоделированием ЛЖ, 3-ю — с концентрической гипертрофией ЛЖ, 4-ю — с эксцентрической гипертрофией ЛЖ. Группа контроля состояла из 18 здоровых мужчин соответствующего возраста. Определение промежуточных продуктов ПОЛ проводили с помощью теста с тиобарбитуровой кислотой по методу Л.А. Андреевой и соавт. (1988). С целью определения активности каталазы использовали метод Королюк М.С. и соавт. (1988). Величины перекисной резистентности эритроцитов (ПРЭ) изучали согласно методу Г.А. Яровой (1987) и выражали в процентах гемолизированных клеток.

Результаты: 12 (15 %) пациентов имели нормальную геометрию ЛЖ. У 10 (13 %) больных выявлено концентрическое ремоделирование ЛЖ. У 42 (52 %) отмечалась концентрическая гипертрофия ЛЖ и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ — у 16 (20 %) больных подагрой. Количество ТБК — активных продуктов сыворотки крови было повышено у пациентов 1-й и 2-й групп на 32 %, у больных 3-й и 4-й групп на 28 % по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Содержание ТБК — активных продуктов эритроцитов крови у больных подагрой повышалось в 1-й группе на 19 %, во 2-й и 3-й — на 17,6 %, в 4-й группе на 32 % по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Также отмечалось, что количество ТБК — активных продуктов эритроцитов у пациентов 4-й группы было почти на 11 % выше, чем в 1-й группе и на 12 % выше, чем во 2-й и 3-й группах ($p<0,05$). Выявлено снижение активности каталазы сыворотки крови в среднем на 24,5 % во всех исследуемых группах по сравнению со здоровыми мужчинами ($p<0,05$). Установлено достоверное снижение активности каталазы эритроцитов крови почти в два раза в отличие от контроля ($p<0,05$). Показатель ПРЭ превышал значения контроля в среднем в 2 раза в 1-й и во 2-й группах. У пациентов 3-й группы показатель ПРЭ был повышен в 3 раза относительно группы контроля, при этом на 34 % больше, чем в группах 1 и 2 ($p<0,05$). Максимальное увеличение ПРЭ выявлено в 4-й группе: в 4 раза выше по сравнению с контролем, будучи также в 2 раза больше относительно 1-й, 2-й групп и в 1,5 раза выше, чем в 3-й исследуемой группе ($p<0,05$).

Выводы: у больных подагрой активация промежуточных продуктов ПОЛ и одновременное снижение антиоксидантных ферментов зависят от типов геометрии левого желудочка.

0901 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОДОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ АТОРВАСТАТИНОМ ЭНДОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ, НИТРОЗИНОВОГО СТРЕССА И ЭНДОТОКСЕМИИ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ

Щукин Ю.В., Вачёв А.Н., Селезнёв Е.И., Медведева Е.А., Дьячков В.А.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава", Самара, Россия

Цель работы. Определить влияние высокодозной предоперационной терапии аторвастатином на состояние маркёров эндогенного воспаления, нитрозинового стресса (НТС) и эндотоксемии (ЭТ) у больных мультифокальным атеросклерозом (МА) в пред- и раннем послеоперационных периодах.

Материалы и методы. Включено 130 больных с МА (диагноз ставился на основании клинико-инструментального обследования), которым планировалось выполнение операций бифуркационного аорто-бедренного шунтирования или протезирования аорты. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 68 больных, получавших аторвастатин в дозе 10 мг в сутки, во 2 — 62 человека, принимавших аторвастатин в дозе 60 мг в сутки в течение 15 предоперационных дней. Контрольная группа (КГ) — 36 пациентов без признаков МА. В крови определяли показатели липидного профиля, маркёры НТС — 3-нитротирозин (3-НТ), эндогенного воспаления (ЭВ): СРБ и Ил-6. ЭТ оценивали по методу В.Г. Гаврилова (2005). Исследования проводили исходно, перед операцией, в 1-е, 5-е и 15 сутки после операции.

Результаты. При лечении высокими дозами аторвастатина уровни ОХС и ХС ЛПНП у пациентов 2 группы снизились

соответственно на 26 % (p<0,05) и 28 % (p<0,05), но не достигли целевых значений. У больных 1 группы они достоверно не изменялись. Исходное содержание 3-НТ, СРБ, Ил-6 и уровень ЭТ у больных обеих групп по сравнению с КГ были достоверно повышены. Высокодозное лечение аторвастатином сопровождалось уменьшением 3-НТ и СРБ соответственно на 20 % (p<0,05) и 38 % (p<0,05). Содержание Ил-6 имело лишь тенденцию к снижению (на 15 % p>0,05). Уровень ЭТ уменьшился на 33 % (p<0,05). У больных 1 группы значимых изменений изучаемых показателей не выявлено. В 1 сутки раннего послеоперационного периода у больных 1 группы наблюдалась значительная по сравнению с предоперационными данными активация НТС на 68 % (p<0,01), выраженное увеличение уровня ЭВ (СРБ на 205 %, p<0,05, ИЛ-6 — на 122 %, p<0,05), а также ЭТ на 155 % (p<0,01). Во 2 группе были выявлены аналогичные по направленности изменения в 1 сутки после операции, но выраженные в достоверно меньшей степени, которые прогрессивно снижались в раннем послеоперационном периоде и достигли (в отличие от пациентов 1 группы) предоперационных значений на 15 сутки после операции. 2 пациентов 1 группы умерли от осложнений инфаркта миокарда, во 2 группе фатальных осложнений не было.

Заключение. Высокодозная терапия аторвастатином в предоперационном периоде в отличие от низкодозной достоверно снижает интенсивность исходных и послеоперационных патогенных процессов НТС, эндогенного воспаления и эндотоксемии у больных МА, что может являться причиной уменьшения сердечно-сосудистых осложнений, особенно фатальных.

0902 ВЕРИФИКАЦИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ТОЧНОСТИ ШКАЛЫ "РЕКОРД" НА НЕЗАВИСИМЫХ ВЫБОРКАХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ

Эрлих А.Д. от имени участников регистра "РЕКОРД"
Лаборатория клинической кардиологии ФГУ "НИИ Физико-химической медицины" ФМБА России, Москва, Россия

Предпосылки. На материале проводимого в 2007-2008гг российского регистра острых коронарных синдромов (ОКС) "РЕКОРД" была разработана шкала для быстрой оценки плохого прогноза. Сравнение точности оценки прогноза с применением новой шкалыи шкалыGRACE дало сопоставимые результаты. Однако, пока еще прогностическая значимость шкалы РЕКОРД не была подтверждена в других группах больных с ОКС.

Цель. Целью настоящего анализа была проверка прогонстической точности новой шкалы РЕКОРД на независимых выборках больных с ОКС.

Материал и методы. Шкала РЕКОРД включает в себя 6 факторов (возраст≥65, класс Killip>1, гемоглобин <110г/л, Систолическое АД ≤100мм рт.ст., сахарный диабет в анамнезе и наличие подъёмов ST на ЭКГ). Наличие по крайней мере 2 из них свидетельствует о высоком риске неблагоприятных событий за время госпитализации и через 6 месяцев от начала ОКС.

Для верификации прогностической точности была проведена ретроспективная оценка шкалы РЕКОРД в двух группах больных: 1) больных с ОКС без подъёмов ST (n=203), поступавших в ГКБ № 29 в 2000-2002гг в рамках работы, посвящённой изучению маркеров некроз миокарда; 2) больных с ОКС и подъёмами ST (n=147), которые в 2003-2005гг, поступив в ГКБ № 29, были включены в клинические исследования ExTRACT-TIMI-25 и OASIS-6.

В обоих случаях в качестве "неблагоприятных событий" оценивалась сумма случаев смерти и нового инфаркта миокарда через 6 месяцев от начала ОКС.

Результаты. 1) В группе больных с ОКС без подъёмов ST через 6 мес от начала ОКС "неблагоприятные события" зарегистрированы у 37 больных (18,2 %). Среди больных со значением шкалы РЕКОРД<2 (n=158) "неблагоприятные события" отмечены у 23 больных (14,6 %), а среди больных со значением индекса РЕКОРД≥2 (n=43) — у 14 (32,6 %). Статистическое различие между группами было достоверным — p=0,001.

2) В группе больных с ОКС и подъёмами ST через 6 мес от начала ОКС "неблагоприятные события" зарегистрированы у 25 больных (17,0 %). Среди больных со значением шкалы РЕКОРД<2 (n=45) "неблагоприятные события" отмечены у 3 больных (6,7 %), а у больных со значением индекса РЕКОРД≥2 (n=102) — у 22 (21,6 %). Статистическое различие между группами было достоверным — p=0,03

Заключение. Продемонстрировано высокое прогностическое значение шкалы РЕКОРД, разработанной в ходе российского регистра ОКС, в отношении развития неблагоприятных событий (смерть + инфаркт миокарда) в течение 6 мес от начала ОКС.

0903 ПЯТИЛЕТНИЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Эфрос Л.А.
ГОУ ВПО "Челябинская Государственная Медицинская Академия Росздрава", Челябинск, Россия

Цель работы: проанализировать показатели и причины летальности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в раннем послеоперационном периоде и определить пятилетнюю выживаемость пациентов с построением кривой дожития Каплана-Мейера.

С целью совершенствования восстановительного лечения больных ИБС после операции реваскуляризации миокарда создан регистр прооперированных больных после аортокоронарного шунтирования (АКШ). В регистр за период с 1993 по 2002гг вошли 761 больных, в том числе мужчин 737 (96,8 %) и женщин 24 (3,2 %). Большая часть мужчин прооперирована в возрасте 40-59 лет (81,7 %), женщин в этом возрасте — 75 %.

На госпитальном этапе умерло 52 человека из 761, что составило 6,8 %. При этом следует подчеркнуть, что, начиная, с 1998 года произошло постепенное снижение летальности до 4,7 % в 2002 году. При анализе причин смерти доминирующей непосредственной причиной смерти была острая сердечная недостаточность (ОСН) в 67,3 % случаев. В 25 случаях причиной, приводящей к ОСН, является ОИМ. В интрооперационном периоде ОИМ развился в 12 случаях, в послеоперационном периоде (от 1 до 2 суток), ОИМ развился в 13 случаях. Причиной ОИМ в 10 случаях явился тромбоз шунта. Для определения структуры летальности из общего регистра была проанализирована группа больных, прооперированных по поводу ИБС, за период 1998-2002гг. В нее вошли 416 человек, из них 404 (97,1 %) мужчин, средний возраст которых составил 52 года и 12 (2,9 %) женщин, средний возраст — 55,7 лет. Для определения структуры летальности взяты следующие ключевые точки: нулевая (исходная) — окончание операции, промежуточная точка — 30 дней после операции (госпитальная летальность), окончательная точка — 5 лет после операции (пятилетняя летальность, летальность в отдаленном периоде). Эти же ключевые точки использовались при построении кривой дожития Каплана-Мейера после АКШ.

Сравнительный анализ показал, что непосредственные и отдаленные результаты АКШ по конечным точкам в Челябинском кардиохирургическом центре (ЧКХЦ) существенно не отличаются от мировых исследований: GABI и BARI. Госпитальная летальность после операции АКШ в ЧКХЦ составила 3,4 %, 5- летняя летальность 9,9 %, 5-летняя выживаемость 91,1 %.

В исследовании нами была поставлена задача проведения анализа выживаемости по методу Каплана-Мейера среди 2 групп: среди пациентов, прошедших санаторный этап за период 1998-2002гг (128 человек) и пациентов, лечившихся только на стационарном этапе (416 человек). В группе больных, прошедших и стационарный, и санаторный этап, пяти-

летняя выживаемость составляет 94 %, а в группе больных, получавших лечение только на стационарном этапе, пятилетняя выживаемость составляет 87 %. С целью проверки достоверности различий применялись два теста: Gehan's Wilcoxon Test (p=0,01835), Cox-Mantel Test (p=0,02820). Оба теста подтвердили достоверность в более высокой выживаемости у больных, прошедших санаторный этап лечения.

0904 ОЦЕНКА ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Эфрос Л.А., Калев О.Ф.
ГОУ ВПО "Челябинская Государственная Медицинская Академия Росздрава", Челябинск, Россия

Ежегодно растет число выполняемых кардиохирургических вмешательств у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Разработка и внедрение хирургических методов лечения больных ИБС ставят новые задачи перед реабилитологами, так как зачастую эффективность дорогостоящих и трудоемких хирургических вмешательств находится в прямой зависимости от тактики ведения больного в послеоперационном периоде. Остается актуальным вопрос о социальной значимости результатов коронарного хирургического лечения.

Цель работы: проанализировать причины и частоту стойкой утраты трудоспособности у лиц, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

С целью совершенствования восстановительного лечения больных ИБС после АКШ создан регистр прооперированных больных после АКШ. В регистр за период с 1993 по 2002гг вошли 761 больных, в том числе мужчин 737 (96,8 %) и женщин 24 (3,2 %). Большая часть мужчин прооперирована в возрасте 40-59 лет (81,7 %), женщин в этом возрасте — 75 %. Наиболее часто на операцию направляются больные со стенокардией IV фк. (57 %). Среди прооперированных больных у 595 (78,2 %) был постинфарктный кардиосклероз (ПИК). Кроме этого у 82 человек (13,8 %) на фоне ПИК имелась аневризма левого желудочка (ЛЖ), по поводу чего у 73 (9,6 % от общего числа больных) одновременно с АКШ проведена резекция аневризмы ЛЖ Из общего регистра была проанализирована группа больных, прооперированных за период 1998-2002гг, прошедших стационарный, санаторный, амбулаторный этапы реабилитации. В нее вошли 416 человек, из них 404 (97,1 %) мужчин, средний возраст которых составил 52 года и 12 (2,9 %) женщин, средний возраст — 55,7 лет.

Операция АКШ приводит к достаточно стойкому положительному эффекту в отношении стенокардии, так как переводит стенокардию больных из III и IV классов в стенокардию I, II и III классы. И этот эффект сохраняется даже на амбулаторном этапе наблюдения. Доля лиц с IV функциональным классом стенокардии (60,7 %) в дооперационном периоде уменьшается до 8,8 % на амбулаторном этапе.

Несмотря на хорошие результаты хирургического лечения подавляющее число пациентов, перенесших операцию АКШ, признаны нетрудоспособными. На стационарном этапе реабилитации доля лиц, имевших к моменту операции инвалидность, составила 41,5 %. После операции процент больных, вернувшихся к трудовой деятельности не уменьшается, а наоборот растет. На амбулаторном этапе реабилитации доля лиц, имеющих инвалидность составила 76,4 %. Среди лиц с инвалидностью, доля лиц трудоспособного возраста составляет 67, 6 %, а лиц пенсионного возраста — 8, 8 %. Число признанных нетрудоспособными увеличилось почти вдвое.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что трудовой аспект реабилитации и медико-социальная экспертиза трудоспособности после АКШ нуждается в оптимизации и модернизации.

0905 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСЛИПИДЕМИИ И СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ

Юбицкая Н.С., Антонюк М.В., Минеева Е.Е.
Владивостокский филиал учреждения РАМН Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН — НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивосток, Россия

Целью исследования явилось изучение влияния нарушений липидного обмена на состояние сосудистой стенки с помощью определения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Материалы и методы. Обследовано 85 человек (50 мужчин, 35 женщин) в возрасте от 21 до 63 лет. Контрольную группу составили 49 человек, не имеющих дислипидемии. В группу наблюдения вошли 36 пациентов с дислипидемией (ДЛП). Критерии исключения — пациенты с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью выше I стадии, сахарным диабетом. В сыворотке крови определяли общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности. Рассчитывались показатели: холестерин липопротеидов низкой и очень низкой плотности. Для оценки СРПВ использовали сфигмографический метод на основе программного модуля Поли-Спектр-ФС. Определяли скорость распространения пульсовой волны по артериям мышечного (СРПВм, м/с) и эластичного типа (СРПВэ, м/с), соотношение СРПВ мышечного и эластичного типа (СРПВм/СРПВэ), модули упругости мышечного типа (Ем, тыс.дин/см^2), эластичного типа (Еэ, тыс.дин/см^2), эластическое сопротивление артериальной системы (Ео, дин/см^5). Статистическую обработку данных проводили с применением прикладных программ "Statistica 6.0".

Результаты. Установлено, что у пациентов с ДЛП в сравнение с группой контроля увеличена СРПВ по артериям мышечного типа (9,42±0,8 и 7,75±0,5 м/с соответственно, $p<0,02$), свидетельствующее о повышении их мышечного тонуса. На фоне ДЛП возросла СРПВ по артериям эластического типа на 22 % ($p<0,05$). Показатель соотношения СРПВм/СРПВэ увеличился до 1,42±0,25 ($p<0,01$) в группе пациентов с дислипидемией. Модуль упругости мышечного типа Ем в группе наблюдения превышал среднее значение группы контроля более чем в 2 раза ($p<0,01$), модуль упругости эластического типа Еэ — на 78 % ($p<0,01$), что характеризует повышенную ригидность сосудистой стенки. С использованием корреляционного анализа установлена достоверная зависимость изменения жесткости сосудов и биохимических показателей липидного обмена: увеличение уровня холестерин липопротеидов низкой плотности ассоциировалось с увеличением СРПВ по артериям мышечного ($r=0,83$, $p<0,05$) и эластичного ($r=0,97$, $p<0,05$) типа, а также модулей упругости — Ем ($r=0,79$, $p<0,05$) и Еэ ($r=0,96$, $p<0,05$).

Заключение. Выявлено, что дислипидемия влияет на структурно-функциональное состояние артерий, изменяя СРПВ и упругость артерий мышечного и эластического типа. Установленная прямая корреляционная связь между уровнем показателей атерогенных липидов и ригидностью артерий доказывает роль дислипидемии как фактора ремоделирования сосудистой стенки.

0906 ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Юдаева Ю.А., Овчинникова Т.И. Морозова Е.А., Андреева С.Р., Шеина Т.В., Корнякова А.Р.
Медицинская академия, НУЗ ОКБ ОАО РЖД, центральная районная больница, Оренбург, Россия

Цель — изучить состояние вариабельности сердечного ритма (ВСР) и оценить выраженность адаптационного ответа больных до и после полостной торакальной операции.

Материалы и методы. В исследование были включены 23 пациента (4 женщины, средний возраст 52,1±3,3; 19 муж-

чин, средний возраст 47,3±4,1), которым в период с 2006 года по 2009 год была выполнена радикальная хирургическая операция по поводу рака легкого, средостения, бронхоэктатической болезни без сопутствующей соматической патологии. Вегетативный статус изучали по ВСР с определением временного и частотного спектра R-R интервалов и расчетом: SDNN, rMSSD, HF, HF, HLF, LF/HF, SI, CV до операции и на 3 сутки после операции.

Результаты. При анализе ВСР до операции выявлено относительное снижение SDNN (средние значение 43,1±2,2), что свидетельствовало об усилении автономной регуляции ритма сердца и умеренное преобладание в спектральном анализе HF, свидетельствующее о вагосимпатическом дисбалансе. В послеоперационном периоде отмечалось достоверное увеличение частоты пульса на 18,3 %, снижение SDNN на 25,2 %, что свидетельствовало об усилении симпатической регуляции сердечного ритма и подавлении автономного контура. Зарегистрировано уменьшение коэффициента вариации на 28,9 % ($p<0,05$) и увеличение индекса напряжения в 5-6 раз, что свидетельствовало о малой изменчивости сердечного ритма и является предиктором риска развития нарушений сердечного ритма. При спектральном анализе в послеоперационном периоде отмечалось снижение ($p<0,01$) абсолютной суммарной мощности всех спектральных компонентов, что можно расценить, как выраженное напряжение регуляторных компонентов. Достоверное снижение в послеоперационном периоде VLF на 66,9 % говорит о послеоперационном энергодефиците. Для оценки адаптационной реакции в ответ на оперативное вмешательство вычислялся показатель активности регуляторных систем (ПАРС). На 3 сутки после операции отмечалось достоверное увеличение ПАРС, что соответствовало состоянию "неудовлетворительной адаптации".

Выводы. После торакальных операций наблюдается значительное снижение общей вариабельности сердечного ритма с развитием с активацией центрального контура, стабилизацией ритма сердца и истощением регуляторных систем со снижением активности управляющих механизмов.

0907 ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛОЗАРТАНА И МИЛДРОНАТА У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Юдина Н.В., Дронова Т.А., Бобровская Т.О.
ГОУ ВПО "Курский государственный медицинский университет Росздрава", Курск, Россия

Целью исследования явилось изучение динамики изменений уровня артериального давления (АД), показателей клинического состояния и качества жизни у больных с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) на фоне хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) при использовании лозартана и милдроната.

Методы исследования. Обследовано 20 больных (18 мужчин, 2 женщины) с АГ II-III степени на фоне ХОБЛ в возрасте от 44 до 73 лет (средний возраст 57,78±7,64 лет), получавших комбинированную терапию лозартаном и милдронатом в течение 8 недель на фоне стандартного лечения ХОБЛ. Среднесуточная доза лозартана составила 75 мг/сутки. Милдронат использовали по схеме: 1000 мг в/в струйно 10 дней с последующим переходом на пероральный приём в дозе 1000 мг сутки. Уровень артериального давления (АД) оценивали через 2, 4 и 8 недель. Измерялась пиковая скорость выдыхаемого воздуха (ПСВ), определялась толерантность к физической нагрузке с 6-ти минутной ходьбой (ТШХ), проводился тест цифровой последовательности связывания чисел (ТЦПСЧ). Изучались показатели качества жизни с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Полученные результаты. Стартовая доза лозартана составила 50 мг/сут с титрованием дозы до 100 мг/сут. Целевых значений АД (130/80 мм рт.ст.) на втором визите достигли 3 больных (15 %), через 4 недели — 9 больных (45 %), через 8 недель — 17 больных (85 %). Показатели пикфлоуметрии составили 273,08±49,20 л/мин до медикаментозной терапии 358,46±68,93 л/мин спустя 8 недель ($p\leq0,0001$). При оценке ТШХ наблюдалось увеличение пройденного расстояния. Изначально оно составило 338,21 ±66,59м, через 8 недель — 430,50±64,60м ($p\leq0,05$). По результатам ТЦПСЧ на первом и последнем визите выявлено уменьшение времени, требующегося для выполнения теста: снижение с 106,83±37,40 сек до 82,17±22,65 сек через 8 недель ($p\leq0,04$). В данных ВАШ наблюдается выраженная положительная динамика: головная боль и головокружение нивелировались у 19 (95 %) больных, составив соответственно 4,54±2,12 и 2,71±2,4 балла до лечения и 2,29±1,58 ($p\leq0,0001$) и 1,21±1,52 балла после лечения ($p\leq0,01$).

Выводы. Отмечена выраженная позитивная динамика изменений уровня АД при применении лозартана в дозе 50-100мг в сутки. При сочетанном применении лозартана и милдроната не отмечалось ортостатической гипотонии и гипотонии первой дозы. Выявлено значительное улучшение показателей клинического состояния (ТШХ, ПСВ, ТЦПСЧ) и качества жизни (ВАШ) у больных с эссенциальной АГ на фоне ХОБЛ при сочетанном применении лозартана и милдроната.

0908 ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Юдочкин А.В., Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Алексеева Р.И.
НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Цель: оценить пищевой статус женщин репродуктивного возраста с помощью современных методов нутриметаболомики

Материалы и методы: обследовано 36 женщин в возрасте от 18 до 34 лет (средний возраст 25,6±5,9 лет). Масса тела составила в среднем по группе 87±23,7 кг, индекс массы тела (ИМТ) — 31,8±8,9 кг/м^2, окружность талии (ОТ) — 94±16 см, окружность бедер (ОБ) — 106±13 см, соотношение ОТ/ОБ — 0,88±0,09. У 77,8 % обследуемых регистрировалось повышение массы тела (ИМТ≥25кг/м^2), из них у 39,3 % выявлена избыточная масса тела, у 26,4 % — ожирение I степени, у 3,6 % -ожирение II степени и у 35,7 % — ожирение III степени. Всем пациенткам производилось измерение антропометрических показателей (рост, вес, ОТ, ОБ), оценка липидного профиля крови (общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), липопротеины высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности), уровня фибриногена, пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ), оценка состава тела методом биоимпедансметрии, оценка фактического питания методом частотного анализа

Результаты: у 23 (63,9 %) пациенток отмечалось повышение калорийности рационов питания за счет избыточного потребления жира, а также недостаточное потребление углеводов (43,3 % и 39,1 % от суточной калорийности рациона, соответственно). Выявлено повышение уровня ОХС у 11 (30,6 %), ЛПНП у 17 (47,2 %), ТГ у 6 (16,7 %) и снижение уровня ЛПВП у 15 (41,7 %) обследованных. При проведении ПГТТ выявлено повышение гликемии натощак у 2,8 %, через 2 часа у 5,6 % пациентов. По результатам биоимпедансметрии выявлено повышенное содержание жировой массы тела у 28 (77,8 %) обследуемых. Корреляционный анализ показал наличие зависимости между ИМТ и уровнем фибриногена сыворотки крови ($r=0,61$, $p=0,0004$), а также между уровнем фибриногена и содержанием жировой ткани ($r=0,64$, $p=0,0002$).

Выводы: выявленные нарушения пищевого статуса свидетельствуют о необходимости оптимизации диетотерапии у женщин репродуктивного возраста.

0909 РАННИЕ ПРЕДСКАЗАТЕЛИ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА У МУЖЧИН 40-49 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ВОСТОЧНАЯ ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

Юлдашев С.С.
Клинический санаторий "Кибрай" Медико-Санитарного Объединения при Министерстве Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Цель — оценка диагностической значимости восточной пульсовой диагностики (ВПД) у мужчин с гипертонией 2 стадии с высоким риском развития мозгового инсульта.

Методы исследования. Проведено наблюдение и лечение 74 мужчин с гипертонией 2 стадии и высоким риском развития инсульта, индексом Кетле 25,4-29,6. Пульс определяли по восточной методике на участке лучевой артерии цунь-коу в 12 позициях в точках цунь, гуань и чи. Проводили ЭКГ, биохимические исследования, РЭГ, ЭЭГ, эхокардиографию, компьютерную томографию. Пульс оценивали пальпацией с учетом его соответствия полу, возрасту, сезонности и времени суток. Исследованы ритм, частота сердечных сокращений, наполнение, напряжение, глубина, длина, твердость, ширина и гладкость пульса. За гипертонию принимали значения систолического/диастолического артериального давления, равные и выше 14О/90 мм рт.ст. (классификация ВОЗ/МОАГ).

Результаты. У здоровых мужчин определяется сбалансированный пульс. У больных до манифестации инсульта даже в благоприятные погодные дни выявлялся пульсовой энергетический дисбаланс и связанные с этим изменения пульсовых характеристик. Степень гипертонии и выраженность клинических симптомов болезни коррелировали с характеристиками пульса, отличаясь от пульса здоровых лиц. Стрессовые ситуации и метеорискфакторы (сдвиги в барометрическом давлении, температуре окружающей среды, влажности, магнитные бури) значительно усиливали дисбаланс пульса и это сопровождалось увеличением частоты и тяжести мозгового инсульта. Хороший прогноз, позитивная динамика болезни (снижение артериального давления, неврологический статус) и пульсовых характеристик были у 56 больных, в лечение которых включалась профилактически, вместе с антигипертензивной и нейропротективной терапией, корректная акупунктура.

Выводы. ВПД у мужчин с гипертонией является ранним предсказателем возникновения инсульта и важна при первичной профилактике для своевременного выявления лиц с прединсультными состояниями, оптимизации и контроля лечения задолго до развития болезни. Акупунктура, основанная на ВПД, вместе с комплексным лечением оказывала позитивное влияние на пульсовые характеристики, клиническое течение и благоприятный исход болезни, препятствуя в дальнейшем развитию инсульта. ВПД может быть применена для последующего прогноза гипертонии.

0910 НАРУШЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Юлдошев Э.Ч., Олимов Н.Х., Вохидов Х.Р.
Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценить степень нарушений центральной регуляции сердечного ритма и выявить связь с внезапной смерти у больных в постинфарктном периоде.

Методы исследований. Под наблюдением было 80 больных с перенесенным инфарктом миокарда: 50 мужчин (средний возраст 59±6,6 лет) и 30 женщин (средний возраст 60±3,6 лет). В основу использованной диагностической методики было положено концепция стохастического гомеостаза дающая физическое описание и холистическую трактовку нелинейных процессов в многокомпонентных иерархически-организованных динамических системах, к которым относится и система регуляции сердечного ритма. В организации работы сердца эту функцию выполняют ультарнизкочастотные (УНЧ) флюктуации кардиоинтервала, которые физиологически обусловлены влиянием центральных уровней регуляции сердечного ритма.

Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Выделение последовательности R-R и последующую обработка данных проводили цифровым методом on line по специальной методике (Музалевская Н. И., Урицкий В. М., 1998).

Результаты. Проведенный спектральный экспресс анализ вариации R-R кардиоинтервала у больных в постинфарктном периоде позволил выявить дисбаланс центральных и периферических звеньев регуляции со снижением регуляторной устойчивости системы управления сердечным ритмом, выражающийся в изменении структуры низкочастотных вариаций длительности кардиоинтервала и отклонений параметров экстракардиальных звеньев от области максимальной устойчивости регуляции сердечного ритма.

Сочетанное устойчивое снижение параметров, характеризующих системные связи центральной регуляции и вариабельности сердечного ритма (β, σ), свидетельствуют о вероятности развития необратимых нарушений в миокарде и считается независимым фактором-предиктором возможного развития внезапной смерти в постинфарктном периоде. Приближение же параметров β и σ к состоянию максимальной устойчивости регуляции является прогностически благоприятным фактором в постинфарктном периоде и означает минимальный риск развития внезапной смерти.

Снижение эффективности центральной регуляции ($\beta<1$) и резкое снижение вариабельности сердечного ритма ($\delta<1$) по нашим данным способно привести к срыву регуляции и увеличению вероятности реинфарцирования и внезапной смерти у этих больных. Анализ группа больных, как и прогнозировался действительно показал, что у 66 % больных в течение 1-3 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда зарегистрирована внезапная смерть.

Заключение Контроль за этими показателями может позволить превентивно диагностировать снижение устойчивости центральной регуляции за несколько дней до ухудшения состояния и выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития внезапной смерти с перенесенным инфарктом миокарда и выбрать адекватную терапию.

0911 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА СЕВЕРЕ РОССИИ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ 25-ЛЕТНИЙ АНАЛИЗ

Юрьева С.В.
Северный государственный медицинский университет, ФГУ "СМЦ им. Н.А. Семашко ФМБА России", Архангельск, Россия

Актуальность. Выживаемость, связанная с фибрилляцией предсердий (ФП) неоднородна и зависит от сопутствующих заболеваний, считается, что выживаемость лучше у пациентов с идиопатической и бессимптомной ФП.

Цель: изучить особенности течения и выживаемость больных с различными формами ФП за 25-лений период и оценить факторы, оказывающие влияние на выживаемость больных.

Методы: исследование были включены 2 654 пациента, и была изучена выживаемость при различных формах ФП в течение 25-летнего наблюдения. При анализе выживаемость больных использована модель пропорционального риска Кокса.

Результаты: пациенты с бессимптомным вариантом течения ФП были моложе 65,0 (55,0-73,0) ($p<0,001$), эта форма чаще выявлялась у мужчин 288 (68,4 %; $p<0,001$), у них чаще встречалась идиопатическая форма ФП 16 (3,8 %; $p=0,025$).

Эти пациенты имели избыточную массу тела 29 (6,9 %; p=0,014), среди них было больше злоупотребляющих алкоголем 150 (35,6 %; p<0,001) и курящих 157 (37,7 %; p<0,001). Ишемический инсульт на момент госпитализации, у пациентов с бессимптомным вариантом течения ФП, также регистрировался чаще 41 (9,7 %; p=0,019).

Наибольшая инцидентность первичной конечной точки была в группе больных с бессимптомной формой ФП — 152 (36,1 %) (ОР=1,33, 95 % ДИ 1,11-1,58; p=0,002). В многофакторной модели Кокса достоверных различий в выживаемости, между двумя формами, выявлено не было.

При рецидивирующем течении ФП наибольшая инцидентность первичной конечной точки была в группе больных с бессимптомной формой — 45 (47,9 %) (ОР=1,71, 95 % ДИ 1,26-2,34; p=0,001). В многофакторной модели Кокса сохранялась связь между выживаемостью и формой аритмии (ОР=4,98; p=0,045).

Выживаемость пациентов с бессимптомной формой ФП так же была связанна с возрастом (ОР=2,63; p<0,001), полом (ОР=1,51; p=0,037), частотой рецидивов (ОР=13,15; p<0,001), перенесенными нефатальными тромбоэмболическими осложнениями (ОР=1,83; p=0,011), размерами фракции выброса левого желудочка (ОР=1,76; p=0,07) и сердечной недостаточностью (ОР=3,78; p=0,016).

Выводы: выживаемость больных, как при симптомном, так и бессимптомном варианте была одинаковой и в наибольшей степени связана с возрастом, полом, частотой рецидивов, перенесенными нефатальными тромбоэмболическими осложнениями, размерами фракции выброса левого желудочка и сердечной недостаточностью. При рецидивирующей ФП бессимптомная форма ухудшала выживаемость больных. Стратегия лечения не влияла на выживаемость пациентов при впервые выявленной ФП.

0912 ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Ющенко М.В.[1], Козленок А.В.[2], Новик Г.А.[1], Гудкова А.Я.[2]
Санкт-петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия[1], Санкт-Петербург, Россия; Санкт-петербургский Государственный медицинский университет им. ак. И.П.Павлова[2], Санкт-Петербург, Россия

Введение. Гипертрофическая кардиомиопатия относится к числу наследственных заболеваний миокарда и нередко носит семейный характер. Одной из неотъемлемых характеристик заболевания является первичная диастолическая дисфункция миокарда. Рутинным методом оценки диастолической функции является эхокардиография.

Цель. Сравнить показатели диастолической функции (ДФ) миокарда желудочков у детей и взрослых с гипертрофической кардиомиопатией по данным ЭХОКГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 25 пациентов с ГКМП из Санкт-Петербурга, Россия (13 из них — дети и подростки в возрасте от 5 лет до 21 года — 9 мальчиков и 4 девочки; и 12 взрослых в возрасте от 32 до 63 лет — 9 мужчин и 3 женщины). Обструктивная форма ГКМП имела место в 20 случаях (80 %). В 3 случаях обследуемые пациенты с ГКМП (7 человек) представляли разные поколения одной семьи (взрослый и его ребенок / племянник). Оценка диастолической функции миокарда выполнялась согласно рекомендациям ASE 2009 с использованием показателей трансмитрального потока: MV E/A, MV A duration, Deceleration Time; кровотока в легочных венах: PVein A velocity PVein Ar duration, и тканевого Доплера TDI: MV e' lat., sept. velocities, E/e' (lat., sept., average); TV e'/a'; объёма левого предсердия и расчетного давления в легочной артерии.

Результаты. При интегральной оценке показателей, диастолическая дисфункция миокарда желудочков была выявлена у 11/13 детей (85 %) и 7/12 взрослых пациентов (58 %) с ГКМП. У детей ДДФЛЖ во всех случаях была представлена 2 типом (псевдонормальный трансмитральный кровоток), у взрослых — как 1 так и 2 (ригидный и псевдонормальный). В 4 случаях (у 2 детей и 2 взрослых) наблюдалось сочетание диастолической дисфункции левого и правого (ДДФПЖ) желудочков. Изолированная ДДФПЖ была выявлена только в детской группе у 4 пациентов. В трёх случаях имело место отсутствие признаков ДДФ при наличии увеличения объёма левого предсердия и увеличении давление в легочной артерии. При изучении ЭХОКГ пациентов разных поколений одной семьи особенности ультразвуковой картины, в том числе и наличие или отсутствие диастолической дисфункции миокарда, носили сходный характер в каждом из 3 случаев.

Выводы. Диастолическая дисфункция миокарда при ГКМП имеет возрастные особенности, и отличается более тяжелыми нарушениями при дебюте заболевания в детстве.

У пациентов с семейной формой ГКМП, нарушение диастолической функции имеет внутрисемейные особенности, т. е. непосредственно зависит от генетической природы заболевания.

Выявление пациентов с противоречивыми показателями диастолической функции миокарда определяет необходимость применения дополнительных методов исследования, таких как МРТ сердца.

0913 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ АНАТОМИЯ "ПЕРЕПОНЧАТОЙ ПЕРЕГОРОДКИ" СЕРДЦА ПЛОДА ЧЕЛОВЕКА

Якимов А.А.
ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия Росздрава", Екатеринбург, Россия

Исследование проведено на обычно сформированных сердцах 17-28 нед. развития, полученных от плодов без врождённых аномалий в результате спонтанных абортов и абортов по медицинским показаниям. Перепончатую часть межжелудочковой перегородки (ПЧ МЖП) изучали под микроскопом МБС-9 на анатомических препаратах (n=85) и гистотопограммах (n=30).

ПЧ в проходящем свете была выявлена в 96,5 % случаев. Её локализация соответствовала соединению передневерхнего участка синусной части МЖП с задней ветвью перегородочно-краевой трабекулы. Средняя длина ПЧ была равна 1,6±0,78мм (медиана 1,45мм). Б льшая часть значений находилась в интервале от 0,5 до 2,5мм. Отклонение от нормального распределения объяснялось несколькими препаратами с длиной ПЧ от 2,5 до 4,0мм. С возрастом по мере роста МЖП в длину длина ПЧ не изменялась (p>0,05), но увеличивались параметры морфометрической топографии ПЧ. Так, в 17-19 нед. расстояние от верхушки сердца до ПЧ составило 11,6мм, в 20-22 нед. оно возросло на 2,9мм, а в 26-28 нед. достигло 17,5мм. В пределах каждого трёхнедельного интервала величина этого параметра широко варьировала, что было связано с формой ПЧ. Чем больше длина ПЧ превышала её высоту, тем дальше от верхушки сердца находилась ПЧ. Расстояние от ПЧ до бифуркации перегородочно-краевой трабекулы в 17-19 нед. составило 2,88мм, а в 23-28 нед. варьировало от 3,0 до 4,4мм (медиана 4,0мм). Передний край ПЧ находился примерно на середине условной линии, проведённой от основания мышцы Ланцизи или (при её отсутствии) от хорды, берущей начало в бифуркации перегородочно-краевой трабекулы, до устья венечного синуса. Устье венечного синуса в 17 — 19 нед. находилось на расстоянии 3,0мм от переднего и 2,2мм от заднего края ПЧ. Максимальная разница между расстояниями от него до переднего (4,5мм) и заднего края ПЧ (2,5мм) была отмечена в 26-28 недель. Задневерхний участок ПЧ отделял правое предсердие от подаортального инфундибулума, передненижний участок был расположен между желудочками. Фрагмент правого фиброзного кольца между этими компонентами ПЧ был обнаружен лишь в 26,8 % случаев, толщина кольца была равна 0,3-0,4мм. Чаще ПЧ делилась на компоненты основанием переднесептальной комиссуры трёхстворчатого клапана; при щелевидной комиссуре граница была условной. Предсердно-

желудочковый компонент ПЧ регистрировали в 86,25 % (69/80), межжелудочковый — в 71,95 % случаев (59/82). Длина предсердно-желудочкового компонента в 17-19 нед. была равна 0,9±0,33мм, в 26-28 нед. она возросла до 1,3±0,62мм; его высота от 17 до 28 нед. увеличилась от 0,7±0,43мм до 1,3±0,44мм. В 17-19 нед. высота межжелудочкового компонента была равна 0,8±0,36мм, в 26-28 нед. — 1,1±0,48мм. Примечательно, что длина межжелудочкового компонента в 17-19 нед. была равна 0,8±0,43мм, а в более старшем возрасте (26-28 нед.) составила 0,6±0,28мм, что указывает на полиморфизм компонентов ПЧ. Результаты показали, что для МЖП плодов 17-28 нед. наиболее типичны округлые и овальные формы обоих компонентов ПЧ.

0914 ЭЛЕКТРО- И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА

Яковенко Е.И.[1], Горбаченков А.А.[2]
Городская поликлиника № 180 СЗАО[1], Москва, Россия; РГМУ им М.И. Пирогова[2], Москва, Россия

Цель Выявить электро- и эхокардиографические изменения и маркеры, характерные для гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) при АГ и других заболеваний сердечно-сосудистого континуума.

Методы исследования. Исследование проводится на базе городской поликлиники № 180 в условиях амбулаторной практики. В исследование включаются 150 человек, мужчин и женщин в равных долях, в возрасте от 30 до 85 лет. Определяются и вычисляются антропометрические данные: рост, вес, индекс массы тела, площадь поверхности тела (ППТ), рассчитанная по формуле Дюбойс. Собирается социальный анамнез, клинический диагноз, степень АГ. Из инструментальных методов используется регистрация ЭКГ покоя в 12 -ти стандартных отведениях. Производится вычисление индекса Соколова-Лайона: SV1+SV5 >38mm, Корнельского произведения: [RAVL+SV3+(6mm. для жен.)] xQRS в mm.>2400mmxs, выявляется смешени интервала ST-T в I, II, V4-V6. в сторону, противоположную QRS и уплощения зубца Т или его инверсии. Проводится стандартное эхокардиографическое исследование в М- и В-режимах. Вычисление массы миокарда проводится по формуле Пен-клуба, или так называемой формуле Деверо: ММЛЖ=1,04x [(КДР+ТМЖП+ТЗСЛЖ)3- КДР3]-13,6.

Индекс массы миокарда определяется по формуле: ИММЛЖ=ММЛЖ/ППТ. Наличие ГЛЖ диагностируется для мужчин с ИММЛЖ выше 125г\м^2, а для женщин — 110г\м^2 в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике, профилактике и лечению АГ. По накоплении запланированного обьема данных будет проведена статистическая обработка с использованием стандартных программ определения корреляционных связей между изменениями на ЭКГ, данными Эхокардиографии и заболеваниями разных этапов сердечно-сосудистого континуума.

Результаты. Предварительная обработка уже накопленного обьема информации позволяет предположить наличие специфических маркеров ГЛЖ при ЭКГ- и Эхокардиографии у пациентов с АГ и другими заболеваниями сердечно-сосудистого континуума.

Выводы. Дальнейшая обработка данных позволит определить специфические маркеры ГЛЖ по ЭКГ- и Эхокардиографии у лиц с АГ и другими заболеваниями сердечно-сосудистого континуума, что обеспечит более доставерную диагностику ГЛЖ в амбулаторной практике.

0915 ПРИМЕНЕНИЕ ДИУРЕТИКОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Яковлева Е.В., Гоголь К.В., Тетеркина В.С., Лобанова О.С.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава, ГУЗ “Саратовская областная клиническая больница с ПЦ”, Саратов, Россия

Цель исследования: оценка соответствия национальным клиническим рекомен-дациям амбулаторной практики назначения диуретиков больным хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Проведено анкетирование 120 больных с последующим анализом терапии амбулаторного этапа. В анкетировании приняли участие 52 мужчины и 68 женщин в возрасте от 32 до 81 года. 60 больных госпитализированы в связи с декомпенсацией ХСН, из них у 10 диагностирована ХСН II ФК, у 47 больных — ХСН III ФК, у 3 больных — ХСН IV ФК. 60 пациентов госпитализированы с диагнозом АГ без симптомов ХСН.

Результаты. Использование диуретиков при ХСН позволяет устранить отечный синдром, при правильном приеме уменьшить число госпитализаций. В амбулаторной практике в 10 % случаев при наличии показаний больные не принимали мочегонных средств. При оценке выбора препарата установлено, что частота назначения петлевых диуретиков составила 55 %, индапамида 74 %, гипотиазида 22 % случаев. Обращает внимание частота назначения индапамида, обладающего недостаточным диуретическим эффектом. Это подтверждает и тот факт, что больные, принимающие данный препарат, были вынуждены дополнительно использовать фуросемид. Другим недостатком диуретической терапии следует считать назначение при наличии пастозности голеней петлевых диуретиков (10 % случаев), что не соответствует такому принципу диуретической терапии как применение слабейшего из эффективных. Отмечена недостаточная частота назначения торасемида (7 %), имеющего существенные преимущества перед фуросемидом. Ошибочная тактика лечения по схеме приема фуросемида 1-2 раза в неделю использовалась в 70 % случаев.

Альдактон рекомендован при лечении ХСН прежде всего как нейрогормональный модулятор, положительно влияющий на выживаемость больных. Оценка назначения препарата показала недостаточную частоту его использования в амбулаторной практике (52 % случаев). Возможность влияния препарата на прогноз значительно снижалась вследствие нерегулярного приема (72 % случаев).

При анализе применения диуретиков в лечении АГ установлено, что препараты данной группы назначались 60 % больным. Наибольшее число назначений приходится на долю индапамида (56 %). Гипотиазид использовался в 30 % случаев. В качестве позитивного отмечен факт высокой приверженности лечению при приеме этих препаратов (соответственно 90 % и 83 %). Эпизодический прием фуросемида установлен в 20 % случаев. Верошпирон безосновательно назначался 19 % больных АГ при отсутствии признаков ХСН и гиперальдостеронизма.

Выводы: оценка амбулаторной практики применения диуретиков выявила случаи нерационального выбора лекарственных средств внутри группы, особенно при лечении ХСН. Очевидна необходимость более широкого внедрения в амбулаторную практику национальных клинических рекомендаций по лечению ХСН и АГ, что позволит повысить качество лечения и улучшить прогноз при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

0916 ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У МУЖЧИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Яковлев В.В., Гордиенко А.В., Сотников А.В.
Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра госпитальной терапии, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить причины летальных исходов у мужчин различного возраста, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Изучены истории болезни и протоколы вскрытий 115 пациентов, умерших от ИМ в 442 Окружном военном клиническом госпитале им. З.П.Соловьева и в клиниках Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Посмертные диагнозы у умерших пациентов верифицированы при аутопсии. Материалы подвергнуты статистической

обработке с использованием методов вариационной статистики.

Результаты: среди обследованных умерших больных преобладали лица пожилого и старческого возраста (75,7 %) с осложненным течением повторного (60 %) Q-ИМ преимущественно передней и задней локализации (54,8 %). У большей части умерших это был первый (у 32,1 %) или второй (у 16,6 %) повторный ИМ. В обеих возрастных группах (до 60 лет и старше 60 лет) повторный ИМ чаще развивался в течение первого года после перенесенного первичного ИМ (до 60 лет — у 9,6 %, старше 60 — у 17,4 %), либо через 1-4 года (до 60 лет — у 4,3 %, старше 60 — у 22 %).

Среди осложнений у умерших больных с первичным ИМ преобладали отек легких (до 60 лет — у 82 %, старше 60 — 100 %), кардиогенный шок (до 60 лет — у 64 %, старше 60 — у 38 %), тромбоэмболия легочной артерии (до 60 лет — у 36 %, старше 60 — у 44 %), рецидивирующее течение ИМ (до 60 лет — у 27 %, старше 60 — у 25 %). Доля нарушений сердечного ритма составила у умерших до 60 лет 45,9 %, а у умерших старше 60 лет — 65,2 %. При этом фибрилляция желудочков отмечалась у 22,3 %, а полная атриовентрикулярная блокада — у 4,1 %.

У умерших пациентов с повторным ИМ в отличие от первичного ИМ в обеих возрастных группах отмечалось отчетливое увеличение больных с аневризмой сердца (до 60 лет — у 35 %, старше 60 — у 36 %), с рецидивирующим течением ИМ (до 60 лет — у 59 %, старше 60 — у 41 %), тромбоэмболией легочной артерии (до 60 лет — у 53 %, старше 60 — у 34 %). Доля нарушений ритма сердца составила у умерших больных до 60 лет — 70 %, а у лиц старше 60 лет — у 85 %.

У подавляющего числа умерших больных насчитывалось четыре и более осложнений ИМ и многообразие их комбинаций. Чаще летальный исход вызывал первый повторный ИМ (до 60 лет — у 11,3 %, старше 60 — у 32,1 %), реже — второй (до 60 лет — у 2,6 %, старше 60 — у 16,6 %).

Таким образом, наиболее частой причиной летального исхода является осложненный повторный ИМ, своевременное лечение ИБС, ранняя диагностика и госпитализация больных с ИМ, своевременное оказание им специализированной кардиологической помощи будет способствовать предупреждению развития жизнеопасных осложнений и снижению летальности.

0917 ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ НА ПРОГНОЗ

Якушин С.С.[1], Молянова А.А.[1], Калинина Л.П.[2]
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава[1], Рязань, Россия; ГУЗ РОККД[2], Рязань, Россия

Цель: проанализировать результаты 30-дневного и годового прогноза у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) с различными нарушениями внутрижелудочковй проводимости (НВЖП) и состоянием коронарного кровотока.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 519 больных острым ИМ (в период наблюдения с 2004 по 2008 гг), средний возраст 64 года: 326 мужчин и 193 женщины. У 216 больных наблюдались различные НВЖП: 49 больных с блокадой правой ножки п. Гиса, 59- с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), 89 больных с блокадой передней ветви левой ножки пучка Гиса (БПВ ЛНПГ), один больной с блокадой задней ветви левой ножки пучка Гиса (БЗВ ЛНПГ), 8 больных с блокадой проведения по двум пучкам; 303 больных- группа контроля- больные острым ИМ без НВЖП.

Результаты: средняя 30-дневная смертность среди больных с передним ИМ составила 12,8 %, при отсутствии нарушений проведения по пучкам Гиса — 9,7 %. Сочетание передней локализации острого ИМ и БПВ ЛНПГ или полной БЛНПГ не привело к увеличению смертности (4,6 % и 11,7 %, $p>0,05$), тогда как при БПНПГ смертность увеличивалась более чем в 2 раза (23,3 %, $p<0,05$).

При нижней локализации ИМ: средняя смертность — 10,8 %, смертность при отсутствии блокад -12,3 % ($p>0,05$), при БПВ ЛНПГ — 3,7 % ($p>0,05$). БПНПГ на фоне нижнего острого ИМ приводит к увеличению смертности более чем в 2 раза (25,9 %, $p<0,05$), полная БЛНПГ — более чем в 2, 5 раза (31,0 %, $p<0,05$).

Под нашим наблюдением в течение года находились 281 больных, из них 103 больных с НВЖП, 178- без них. Сердечно- сосудистая смертность среди всех больных составила 5,3 %, среди больных без НВЖП 4,8 %. У больных, имевших полную БЛНПГ и БПВ ЛНПГ смертность достоверно не отличалась от показателей в группе больных без НВЖП (4,9 % и 2,3 % соответственно, $p>0,05$), тогда как смертность у больных с нарушениями проведения по правой ножке пучка Гиса оказалась выше и составила 12,5 % ($p<0,05$), а смертность больных, перенесших острый передний ИМ в сочетании с БПНПГ, составила 14 % ($p>0,05$).

У 64 человек была проведена коронароангиография, по результатам которой стеноз правой коронарной артерии (ПКА) более 50 % сопровождался нарушениями проведения в системе пучка Гиса в 40,0 % случаев, из них блокада ПВ ЛНПГ — 28,6 %, ПНПГ — 8,5 %, ЛНПГ — 2,9 %, ЗВ ЛНПГ — 0 %. Стеноз более 50 % левой коронарной артерии (ЛКА) и ее ветвей сопровождался нарушениями проведения в системе пучка Гиса в 50,8 % случаев, из них БПВ ЛНПГ — 32,2 %, ПНПГ — 10,2 %, ЛНПГ — 3,4 %, двухпучковая — 3,4 %, ЗВ ЛНПГ — 1,6 %.

Выводы: ухудшение прогноза у больных с разными локализациями ИМ в сочетание с БПНПГ позволяет рассматривать этот вид НВЖП как неблагоприятный прогностический фактор. Большая частота блокад ножек пучка Гиса при поражении ЛКА позволяют рассматривать НВЖП как маркер объёма поражения коронарного русла.

0918 АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Якушин С.С.[1], Филиппов Е.В.[1], Зайцева Н.В.[2], Заикина М.В.[2], Иванова Г.О.[2], Лаут М.В.[2], Токарева Л.Г.[2]
ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава[1], Рязань, Россия; ГУЗ РОККД[2], Рязань, Россия

Смертность от гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) до сих пор остается высокой и составляет до 7 % в год в специализированных центрах.

Цель исследования: проанализировать неблагоприятные исходы у пациентов с ГКМП для выявления основных факторов риска при длительном наблюдении.

Материал и методы: в исследование было включено 108 человек с ГКМП (67 мужчин и 41 женщина). Средний возраст пациентов составил 45,9±2,58 года (от 17 до 68 лет). Среди всех пациентов обструктивная ГКМП встречалась в 12 %, необструктивная в 67,6 %, латентная в 20,4 % случаев.

Результаты: За время наблюдения у 11 пациентов (10,2 %) был зарегистрирован летальный исход. Структура летальных исходов была следующей: ХСН — 7 человек; ВСС — 2 человека; инфекционный эндокардит — 1 человек; ТЭЛА — 1 человек.

Анализ летальных исходов показал, что все пациенты с необструктивной ГКМП умерли от ХСН, а 50 % с обструктивной формой заболевания — от ВСС.

После изучения данных умерших пациентов и пациентов, завершивших исследование, были выявлены факторы риска неблагоприятного прогноза. Ими являлись: 1. пациенты, имеющие отягощенный наследственный анамнез: ВСС среди родственников (OR=5,86); ГКМП среди родственников (OR=8,88); наличие синкопальных состояний у родственников (OR=1,47); 2. желудочковая тахикардия (OR>100); 3. остановка сердца или фибрилляция желудочков в анамнезе (OR>100); 4. дилатация ЛП>4,5 см.

Пациенты с данными факторами риска имеют высокую вероятность смерти в ближайшие 3 года.

В тоже самое время были выявлены факторы благоприятного прогноза (низкая вероятность смерти в предстоящие

3 года): 1. наличие у пациентов жалоб на сердцебиения (OR=1,39); 2. наличие у пациента при аускультации шума митральной регургитации (OR=2,63); 3. отсутствие желудочковой тахикардии, а также остановки сердца и/или фибрилляции желудочков в анамнезе; 4. размер ЛП<4,2 см.

Те пациенты, которые не попадают в ту или иную группу риска имеют промежуточный риск.

Выводы: 1. Как показало исследование, пациенты имеют различный риск смерти, и чем выше риск, тем более активная тактика ведения должна использоваться. 2. Больные с обструкцией ВОЛЖ имеют более стабильную клиническую картину и в 50 % случаев причину летальных исходов — ВСС.

0919 ФОРМИРОВАНИЕ В ПРОЦЕССЕ КАРДИОТРЕНИНГА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИНХРОНИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Ярмош И.В., Болдуева С.А., Суворов Н.Б.*
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия; Учреждение Российской академии медицинских наук. Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН*, Санкт-Петербург, Россия

У больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с множественным атеросклеротическим поражением коронарных артерий (КА) в отличие от пациентов с одно- и двухсосудистым поражением коронарного русла по данным коронароангиографии (КАГ) наблюдается более выраженное снижение вариабельности сердечного ритма (ВСР). Следовательно, можно предполагать невозможность выработки кардиореспираторной синхронизации (КРС) с помощью адаптивного биоуправления с обратной связью по кардиоритму (кардиотренинга) у этой группы пациентов.

Целью исследования было изучение возможности формирования КРС у пациентов с ОИМ в зависимости от характера поражения коронарных артерий (одной коронарной артерии — 1 КА, двух коронарных артерий — 2 КА, трёх — 3 КА).

Методы исследования. В исследовании приняли участие 39 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет с неосложнённым ОИМ. Все пациенты наряду со стандартной медикаментозной терапией получали, начиная с 6-10-х суток течения ОИМ, 8-10 сеансов адаптивного кардиотренинга с целью выработки КРС. Всем пациентам была выполнена КАГ и проведена оценка ВСР.

Результаты. В группе пациентов с 3КА исходные показатели ВСР были сниженными (SDNN 21,7±9,4мс, CV 2,28±0,66 %, TP 377,5±284,8мс²) по сравнению с показателями ВСР в группе пациентов с 1КА (SDNN 29,8±11мс ($p<0,05$), CV 3,5±0,87 % ($p<0,05$), TP 623,6±363,3мс² ($p<0,05$)) и по сравнению с показателями ВСР в группе пациентов с 2КА (SDNN 26±3,5 мс ($p>0,05$), CV 2,86±0,45 % ($p<0,05$), TP 586,5±284,8 мс² ($p>0,05$)). Формирование КРС в активных пробах кардиотренинга у пациентов с поражением 1КА (19 больных) наблюдалось у 11 человек, у пациентов с поражением 2КА (9 больных) — у 7 человек. В группе пациентов с атеросклеротическим поражением 3КА формирование КРС в активных пробах биоуправления наблюдалось у 6 из 12 больных. Таблицы сопряжённости при использовании точного метода Фишера показали, что между 1КА-3КА различия недостоверны ($p>0,2$). О разнице между группами 1КА-2КА и 2КА-3КА можно говорить как о тенденции ($0,05<p<0,1$).

Выводы. В группе больных острым инфарктом миокарда с множественным поражением коронарных артерий показатели вариабельности сердечного ритма были достоверно ниже показателей ВСР группы пациентов с поражением одной коронарной артерии. Формирование КРС в активных пробах кардиотренинга наблюдалось как в группе с множественным, так и в группе с нососудистым поражением коронарного русла.

0920 ГИПОФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ПРЕДИКТОР ОТСУТСТВИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС?

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Колунин Г.В., Криночкин Д.В., Горбатенко Е.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель. На основании данных комплексного клинико-инструментального обследования больных ИБС выявить предикторы отсутствия в пожилом возрасте гемодинамически значимых коронарных стенозов (ГЗС).

Материалы и методы. Из 10713 пациентов, включенных в "Регистр проведенных операций коронарной ангиографии" ©, прошедших в Тюменском кардиологическом центре коронарную ангиографию с 1991 по 2008гг, были отобраны лица без ГЗС, т. е. с ангиографически неизмененными коронарными артериями или со стенозами менее 50 % просвета сосуда. Больным проводили клиническое, комплексное эхокардиографическое обследование, определение липидного профиля, ЭКГ, холтеровское мониторирование. Использовали уни- и мультивариантный (бинарная логистическая регрессия) статистический анализ с вычислением отношения шансов.

Результаты. У 2632 пациентов (24,6 %) были выявлены нормальные или малоизмененные коронарные артерии. Окончательный диагноз ИБС был выставлен 124 пациентам старше 65 лет и 1359 моложе 65 лет, которые составили группу сравнения. Пожилые больные в отличие от пациентов среднего возраста в большинстве были женщинами (59,7 против 41,1 %), в этой группе рост и вес пациентов были меньше (161,9±2,4 против 167,3±9,0см и 78,7±14,5 против 85,1±16,2кг), а отягощенная наследственность по ИБС отмечалась реже (36,7 против 54,7 %, все $p<0,001$). У пожилых пациентов II и III функциональные классы стенокардии напряжения по критериям Канадской ассоциации кардиологов отмечались чаще (88,4 против 77,8 %, $p=0,003$), частота перенесенных инфарктов была ниже (16,1 против 29,3 %, $p=0,005$), а давность перенесенного инфаркта (7,7±7,1 против 3,1±3,8г., $p=0,007$) и длительность ИБС (7,7±7,1 против 3,2±3,9г., $p<0,001$) больше. Частота выявления гипофункции щитовидной железы (в том числе компенсированной) была выше у больных старше 65 лет (45,9 против 26,4 %, $p<0,001$). При эхокардиографии все линейные размеры сердца у пожилых оказались несколько больше, в том числе размеры корня аорты и левого предсердия (35,0±4,3 против 33,9±3,8мм, $p=0,007$ и 42,2±5,3 против 41,1±5,5мм, $p=0,018$, соответственно). Нарушения диастолической и систолической функции левого желудочка (80,3 против 57,9 % и 17,4 против 7,4 %, соответственно), а также клапанная патология, в т.ч. аортальный стеноз (8,2 против 2,7 %, все $p<0,001$) встречались чаще у пожилых. По результатам мультивариантного анализа независимую связь с возрастом больных ИБС продемонстрировали эхокардиографические признаки атеросклероза аорты, аортальный стеноз, нарушение диастолической функции левого желудочка, наличие гипофункции щитовидной железы, повышенные индексы размеров корня аорты и левого предсердия, меньший рост и отсутствие перенесенных инфарктов миокарда.

Заключение. Гипофункция щитовидной железы, в том числе компенсированная, может являться одним из предикторов отсутствия ГЗС у пожилых больных ИБС.

0921 ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, РАСПРЕДЕЛЕННЫХ В ГРУППЫ, ИДЕНТИЧНО ДИЗАЙНУ ИССЛЕДОВАНИЯ "ACT|ON"

Яхонтов Д.А, Шевченко Е.В.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Оценить распространенность факторов риска и клинико-ангиографическую картину при различных вариантах течения стабильной стенокардии II-III ФК в сочетании.

Материалы и методы. Обследовано 117 мужчин 37-74 лет (M±m=56,9±1,3 лет), находившихся под амбулаторным наблюдением терапевтов и кардиологов. Обследованные были распределены на три группы, идентично дизайну исследования ACTION. 1-ю группу составили 39 пациентов с неосложненным течением стенокардии; 2-ю — 35 больных, перенесших ЧТКА на протяжении 2 последних лет; 3-ю — 43 пациента, перенесших сердечно-сосудистые события (инфаркт миокарда, инсульт) также давностью до 2 лет. Критериями исключения были нестабильная стенокардия, постинфарктная аневризма, симптоматические АГ, постоянная форма фибрилляции предсердий, ХСН>II ФК, сахарный диабет и другие значимые сопутствующие заболевания. Давность ишемического анамнеза составляла 3-4 года во всех группах. Распространенность и выраженность кардиоваскулярных факторов риска у всех пациентов также оказалась сопоставимой. Среднее количество компонентов метаболического синдрома, диагностированного более, чем у 80 % пациентов, составило 4,4±0,3 в 1-й группе; 3,9±0,5 во 2-й и 3,7±0,3 в 3-й. АГ 2 степени с давностью анамнеза 5-8 лет имелась у 84,6 % больных 1-й группы; 82,9 % — 2-й и 90,7 % больных 3-й группы.

Результаты. Клинические проявления ИБС и основные гемодинамические показатели были сходными во всех группах. При проведении коронарографии выявлено преобладание пациентов с многососудистым поражением с наибольшим числом пораженных сосудов у пациентов 3-й группы. Среднее число пораженных сосудов по группам составило 2,9±0,3; 2,2±0,4 и 3,3±0,2 соответственно. Достоверно более высоким в 3-й группе оказался и ИММЛЖ: 231,0±19,2 г/м^2 при 131,4±7,8 г/м^2 в 1-й группе ($p<0,05$) и 125,5±7,2 г/м^2 во 2-й ($p<0,05$). Фракция выброса у лиц, перенесших сердечно-сосудистые события (57,7±2,5 %) оказалась достоверно ниже в сравнении с пациентами с неосложненным течением стенокардии (65,1±1,4 %) и перенесшими ангиопластику (64,2±1,5 %). Дистанция теста 6-минутной ходьбы оказалась наиболее низкой у пациентов 3-й группы (375,3±17,1 м) в сравнении с 430,0±18,8м во 2-й группе ($p<0,05$) и 418,4±15,6м ($p<0,05$) в 1-й группе. Антиангинальную и антигипертензивную терапию в течение 2-х последних лет получали 84,6 % больных 1-й группы; 97,1 % — 2-й и 93,0 % — 3-й. Ингибиторы АПФ (БРА) принимали соответственно по группам 43,6 %; 57,1 % и 46,5 % пациентов; бета-адреноблокаторы — 76,9; 80,0 % и 79,1 %; аспирин (клопидогрел) — 69,2; 97,1; 67,4 % и статины — 51,3 %; 54,3 %; и 48,8 % пациентов. Лишь 23,1 % больных в 1-й группе, 31,4 % во 2-й и 23,3 % в 3-й получали препараты всех четырех групп. Контроль АГ в пределах целевых значений имел место у 51,5 % больных в 1-й группе; у 54,3 % во 2-й и у 55,8 % в 3-й.

Заключение. У больных с различными вариантами течения стабильной стенокардии не обнаружено различий в отношении частоты основных кардиоваскулярных факторов риска, что диктует необходимость коррекции последних при неосложненном и осложненном течении стенокардии, а также после перенесенной реваскуляризации. Гемодинамические показатели в большей степени скомпрометированы у больных стабильной стенокардией, осложненной кардиоваскулярными событиями. Антиишемическая и антигипертензивная терапия данных категорий пациентов на амбулаторном этапе наблюдения проводится в недостаточном объеме.

0922 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ КАК ТИПИЧНЫЙ ПРИМЕР КОМОРБИДНОСТИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ

Яхонтов Д.А., Балабанова Н.Ф.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Оценить клиническую, гемодинамическую эффективность, влияние на основные показатели гемодинамики, суточный профиль АД, бронхиальную проходимость, показатели системного воспаления, метаболизма и переносимость амлодипина (Стамло-М) у больных АГ в сочетании с ХОБЛ в режиме моно- и комбинированной терапии

Пациенты и методы. В открытое рандомизированное исследование параллельных групп было включено 47 пациентов — 31 мужчина и 16 женщин с АГ 1-3 степени (ВНОК 2008) давностью 13,0±1,8 лет в сочетании с ХОБЛ I-II стадии (GOLD 2003) давностью 12,6±1,1 лет в возрасте 39-69 (59,8±1,3) лет. Первую группу составили 31 человек (18 мужчин и 13 женщин), получавшие после рандомизации в качестве антигипертензивной терапии (АГТ) Стамло-М в дозе 5-10 мг в сутки. В 90,3 % случаев препарат назначался в виде монотерапии и в 9,7 % — в составе комбинированной терапии с включением ИАПФ (БРА) и тиазидовых (тиазидоподобных) диуретиков. Во 2-ю группу вошли 16 пациентов (9 мужчин и 7 женщин), получавших любую АГТ за исключением дигидропиридиновых БМКК. В лечении ХОБЛ в обеих группах допускались показанные бронхолитические и антибактериальные препараты. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца.

Критерии исключения: симптоматическая АГ, бронхиальная астма, инфаркт миокарда или инсульт давностью до 3 месяцев, сахарный диабет, выраженные нарушения функции почек и печени, беременность, непереносимость БМКК из группы дигидропиридинов. Больные обследовались трижды — в начале исследования, на 30-й и 90-й день лечения. Помимо общеклинического обследования в начале и по окончании наблюдения проводилось УЗИ сердца, СМАД и оценка ФВД.

Результаты. В группе больных, получавших Стамло-М, отмечено улучшение общего состояния по сравнению с пациентами 2-й группы, а также положительная динамика ряда функциональных показателей. ЧСС уменьшилась с 88,1±2,2 до 75,4±1,6 в минуту ($p<0,05$) в 1-й группе и с 82,7±3,8 до 74,8±2,8 ($p>0,05$) во 2-й; ЧДД с 20,7±0,7 до 16,0±0,4 ($p<0,001$) в минуту соответственно. Среднесуточное АД у пациентов 1-й группы снизилось с 1 61,1±5,3/96,4±3,2 до 134,6±2,4/82,9±2,7 мм рт.ст. ($p<0,01$); индекс измерений САД с 85,0±4,9 % до 50,0±4,5 % ($p<0,001$) и ДАД с 73,0±6,9 % до 45,1±5,8 % ($p<0,01$); число “dippers” в ходе лечения амлодипином увеличилось на 6,5 % по САД и на 9,6 % по ДАД. Также в 1-й группе отмечена тенденция к уменьшению ИММЛЖ с 328,1±27,5 до 317,9±26,1 г/м^2. Давление в легочной артерии снизилось в 1-й группе на 5,0 % — с 29,9±1,6 до 28,4±1,4 мм рт.ст., во 2-й группе осталось без изменений. При изучении влияния Стамло-М на состояние легочной вентиляции на фоне стандартной терапии ХОБЛ обнаружена значимая динамика как объемных, так и скоростных показателей, связанная, скорее всего, с улучшением гемодинамики малого круга. Средний прирост ЖЕЛ составил 19,8 %; ОФВ1 — 31,2 %; МОС-25 — 52,5 % и МОС-75 — 23,7 %. Препарат не оказал влияния на метаболический статус: не изменился уровень глюкозы крови; содержание ОХС снизилось с 5,2±0,4 до 4,7±0,1 ммоль/л; уровень СРБ снизился с 2,1±0,8 до 1,2±0,7 мг/дл. Ни один пациент не выбыл из исследования из-за побочных эффектов. Динамика показателей СМАД и ФВД у больных 2-й группы существенно уступала результатам, полученным у пациентов, получавших Стамло-М.

Заключение. Использование амлодипина (Стамло-М) у больных АГ в сочетании с ХОБЛ способствует эффективному снижению АД, улучшению показателей СМАД, снижению давления в легочной артерии и улучшению объемных и скоростных показателей легочной вентиляции. Препарат не оказывает негативного влияния на метаболический статус, не вызывает симпатическую гиперактивацию и обладает высокой безопасностью.

0923 PYCNOGENOL IN THE TREATMENT OF DIABETIC HYPERTENSION

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

Pycnogenol is the proprietary name for an herbal supplement extracted from the bark of the French maritime pine tree. That special pine bark is loaded with a concentrate of active bioflavonoids and proanthocyandins.

The heart with hypertension gradually wears out due to overwork, this results in weakening of the heart muscle and an increase in heart chamber volume. This process of cardiac remodeling can cause heart failure eventually when the heart is unable to supply the body with sufficiently oxygenated blood.

Twenty-three men aged 30-54 years old with diagnosed diabetic hypertension participated in the 90 day study. All were taking blood pressure medication. Participants received 125 mg. of Pycnogenol once daily for the 90 day study period.

At the conclusion of the study period it was found that 61 % of participants had a stable systolic blood pressure. Use of blood pressure medication was decreased by almost 50 %, and LDL cholesterol decreased by 12 % on average.

In addition to the anti-hypertensive effects it was also found that participants experienced a 22 % decrease in fasting blood levels.

In conclusion, the data appears to confirm that Pycnogenol improves control of diabetes, as well as lowering blood pressure, which reduces the risk of heart attacks.

0924 CURCUMA LONGA IN THE TREATMENT OF HEART DISEASE

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

Turmeric is a plant (Curcuma longa), native to South India and Indonesia that has many health benefits. It is used in traditional Indian and Chinese medicine to reduce scar formation, and is a common home remedy to apply to a cut or bruise to prevent ugly scarring.

This study was undertaken to determine whether tumeric's historic properties as an herbal would benefit heart disease patients. Eighteen men aged 35-55 years old with diagnosed heart disease participated in the 90 day study. Tumeric in capsule form was given in 800 mg doses, t.i.d.

It was noted that lipid peroxidation was significantly inhibited by treatment with turmeric. The historic cardioprotective effects also were found to result in functional recovery of the heart. It is believed that this effect results from the suppression of oxidative stress, and that this correlates with the improved ventricular function.

The oral administration appears to prevent and restore heart function, reverse hypertrophy, and reduce scar formation.

Improvement was noted within 10 days of initial administration of tumeric, and the participant's hearts became more efficient at pumping blood. Scarification also healed up after several doses.

The usage of Curcuma longa in the management of heart disease appears warranted to increase heart strength and restore function.

0925 CAPSICUM ANNUM IN THE TREATMENT OF ANGINA

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

Angina pectoris, commonly known as angina, is severe chest pain due to ischemia of the heart muscle, generally due to obstruction or spasm of the coronary arteries. Coronary artery disease, the main cause of angina, is due to atherosclerosis of the cardiac arteries.

It is experienced as an oppressive, heavy, crushing pain or a constricting feeling in the center of the chest behind the breast bone (sternum) or on the left side of the front of the chest. Also the pain can radiate typically down the left arm, although it can be experienced in the throat, jaw, the stomach and, more rarely, between the shoulder blades.

Capsicum annum, commonly known as cayenne, is a domesticated species of the plant genus Capsicum native to Mexico. It has been used in many health conditions in folk medicine for many centuries as has known cardiac uses.

This study consisted of 27 men age 34 to 68 with left arm radiation of angina. Cayenne encapsulated in 600 mg. doses was used, with a heat unit rating of 40,000 H.U. The study period was 30 days.

The participants were told to dissolve two capsules of cayenne into hot water and drink it whenever they felt the angina pain and radiation. All participants reported good results, with the average time for the pain to resolve being 30 seconds to one minute.

A side effect of the usage of the cayenne was a lengthening of the time between angina attacks, with 7 reporting near disappearance of symptoms.

It is recommended that cayenne should be considered as a mediator of angina pain and used as an adjunctive therapy in cardiac therapy.

Оглавление

0001 ЭФФЕКТ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗМЕРОВ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА В ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ 3

0002 МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ ПИТЬЕВЫХ ВОД И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ. РОЛЬ АНИОНОВ 3

0003 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТИНФАРКТОМ ПЕРИОДЕ 3

0004 ИЗУЧЕНИЕ НЕЛИПИДНЫХ И ЛИПИДНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА 4

0005 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТИОТРИЗОЛИНА НА АКТИВНОСТЬ NO-СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 4

0006 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, И ЕЁ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ 5

0007 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 5

0008 ВЛИЯНИЕ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 5

0009 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 6

0010 СТРАТЕГИЯ ИНВАЗИВНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ОБЛАСТНОМ КАРДИОЦЕНТРЕ г. ШЫМКЕНТ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН 6

0011 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 6

0012 ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 7

0013 ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЛАЦИДИПИНА НА ГЕМОРЕОЛОГИЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 7

0014 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УПРУГО-ВЯЗКИЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА 8

0015 ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 8

0016 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТАМОКСИФЕНА 20 МГ НА СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 8

0017 ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ПОВЫШЕНИЮ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 9

0018 ИССЛЕДОВАНИЕ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ВОЛОСАХ У БОЛЬНЫХ ИБС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ СЕВЕРО-ЗАПАДНЫХ РАЙОНОВ АЗЕРБАЙДЖАНА 9

0019 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 10

0020 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И ВАЗАПРОСТАНА НА НАРУШЕННЫЙ ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СПАЗМЕ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ 10

0021 ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА C677T/MTHFR, УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ 10

0022 РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ 11

0023 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ, ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ У МУЖЧИН ГОРОДСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 11

0024 СТРЕСС В СЕМЬЕ У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА 12

0025 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА 12
0026 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, КОМОРБИДНОЙ С РАННИМИ СТАДИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 13
0027 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, РАЗВИВШЕЙСЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ 13
0028 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВАРИАНТЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В МОРДОВИИ 13
0029 ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 14
0030 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 14
0031 ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ТОЛЩИНОЙ СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 15
0032 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 15
0033 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ЕЁ СОЧЕТАНИЯ С ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ КЛАССА ОМЕГА-3 В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ 16
0034 ПРИМЕНЕНИЕ КАРВИДИЛА У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 16
0035 РЕАБИЛИТАЦИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА НИЗКОГОРНОМ КУРОРТЕ КИСЛОВОДСК 16
0036 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 17
0037 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ 17
0038 ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ЭКТГ 18
0039 DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, ТОПОКАРТЫ DAZZ И ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА. 18
0040 ФАТАЛЬНЫЕ АРИТМИИ, 20 ЛЕТ СОМНЕНИЙ 19
0041 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЯХ СОННОЙ АРТЕРИИ 19
0042 ОЦЕНКА УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 19
0043 ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЧСС КАК РАННЕГО ПРЕДИКТОРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ 20
0044 СИНДРОМ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ И РАССТРОЙСТВА ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ВЛИЯНИИ ТЕХНОГЕННЫХ ФАКТОРОВ 20
0045 СОСТОЯНИЕ КАМЕР СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 21
0046 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ ЭНАЛАПРИЛА И ЭНДАПАМИДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 21
0047 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НОЛИПРЕЛОМ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 21

0048	ФЕРМЕНТАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	22
0049	ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИРБЕСАРТАНА И ЛОЗАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	22
0050	ГИПОТЕНЗИВНАЯ, ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОПРОЛОЛА (ЭГИЛОКА РЕТАРД) У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	23
0051	ПОЛИМОРФИЗМ ЛИПОПРОТЕИДА (а) КАК ФАКТОР РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН	23
0052	СОСТОЯНИЕ АУТОРЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СРЕДНЕМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	24
0053	ВЛИЯНИЕ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ АУТОРЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СРЕДНЕМОЗГОВОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	24
0054	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО УМСТВЕННОЙ НАГРУЗКИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	25
0055	КОМПОЗИЦИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	25
0056	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	25
0057	ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГРИППЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	26
0058	ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОРОДЗАВИСИМОГО МЕТАБОЛИЗМА И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	26
0059	ДИНАМИКА ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	27
0060	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ	27
0061	АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	27
0062	ОЦЕНКА АБСОЛЮТНОГО РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	28
0063	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ЭВЕРОЛИМУСОМ И СИРОЛИМУСОМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	28
0064	СИЛДЕНАФИЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	29
0065	СОСТОЯНИЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1 СТАДИИ	29
0066	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	29
0067	СНИЖЕНИЕ СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ОРИГИНАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПО СРАВНЕНИЮ С ГЕНЕРИЧЕСКИМИ	30
0068	ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3-ПНЖК НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА	30
0069	КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ИММУННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ИБС В МЕНОПАУЗЕ	31
0070	ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	31
0071	ЛОКАЛЬНЫЙ АМИЛОИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	32
0072	РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЯХ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ	32

0073 ДИНАМИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ 32
0074 ТРОМБОФИЛИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИБС С ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ 33
0075 ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 33
0076 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕНОФИБРАТА В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ 34
0077 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ИМЕЮЩИХ ГИПЕРТЕНЗИЮ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ 34
0078 ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО И ПУРИННОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 34
0079 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ КАК МАРКЁРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА 35
0080 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНОГО: ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВА КОРОНАРОГРАФИИ 35
0081 ПРЕДИКТОРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: ЕСТЬ ЛИ РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА? 36
0082 ЗНАЧИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ИНФАРКТА МИОКАРДА 36
0083 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II ЛОЗАРТАНА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 37
0084 ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НУЖДАЮЩИХСЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 37
0085 ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО β-АДРЕНОБЛОКАТОРА БИСОПРОЛОЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ 37
0086 НОВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АКТОПРОТЕКТОР МЕТАПРОТ: ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ 38
0087 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ МЕТОПРОЛОЛА 38
0088 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 39
0089 МОНОТЕРАПИЯ ИНДАПАМИДОМ SR ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 39
0090 АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II ТЕЛМИСАРТАНА И ЭРОСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 39
0091 ВЛИЯНИЕ ГОНАДЭКТОМИИ НА РАЗВИТИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И НА ХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ У БЕЛЫХ КРЫС 40
0092 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 40
0093 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 41
0094 ПРЕДИКТОРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 41
0095 КАКИЕ ПАЦИЕНТЫ, ПЕРЕНЕСШИЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА ИМЕЮТ БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 41
0096 ВОЗМОЖНОСТЬ ДОСТОВЕРНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 42

0097 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 42

0098 ЛЕЧЕНИЕ ИБС, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ЭУТИРЕОИДНЫМ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ 43

099 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ КЛАССОВ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 43

0100 ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА 44

0101 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРИНДОПРИЛА И БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 44

0102 НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ТАДЖИКИСТАНЕ 44

0103 ПРОГНОЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА 45

0104 ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 45

0105 БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 46

0106 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛ 46

0107 НУЖНЫ ЛИ АНТИОКСИДАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ? 46

0108 РЕЗУЛЬТАТЫ ПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) 47

0109 КРАТКОСРОЧНЫЕ ГИПОТЕНЗИВНЫЕ ЭПИЗОДЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 47

0110 ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОДИНАМИКИ ДИЛТИАЗЕМА И НИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СТЕНОКАРДИИ 48

0111 АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА 48

0112 АССОЦИАЦИЯ ГЕНОВ БЕТА-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ, КОННЕКСИНА-40 И КАЛИЕВОГО КАНАЛА KCNH2 С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 49

0113 ЛЕЧЕНИЕ НИФЕДИПИНОМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 49

0114 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 49

0115 АБДОМИНАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И РИСК СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 50

0116 АНАЛИЗ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ И КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 50

0117 РИСК РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН 51

0118 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОЗОВ И СТЕНОЗОВ БИОПРОТЕЗОВ В ИНФРАИНГВИНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ 51

0119 КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫМИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ И БЛОКАТОРАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 52

0120 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ: ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ 52

0121 ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И КАРВЕДИЛОЛА НА ИОНОРЕГУЛИРУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК КРЫС С МОДЕЛЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 52

0122 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У НЕКОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) 53

0123 КОРРЕКЦИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СО СТАРТА БЕЗ УЧЕТА ИСХОДНОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 53
0124 ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ДЕГРАДАЦИИ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТРИКСА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ БЕЗ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 54
0125 КРОВЕПАРАЗИТАРНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ИНДУКТОР НОВЫХ ПРОБЛЕМ В КАРДИОЛОГИИ 54
0126 “ВОЗВРАЩЕНИЕ” ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СЕПСИСА, ВЫНЕСЕННОГО ЗА СКОБКИ ПРОБЛЕМ РЕВМАТИЗМА И СЕПТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА 55
0127 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА 55
0128 АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 55
0129 ИНФАРКТ МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ: ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ 56
0130 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА И ДЛИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 56
0131 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА 57
0132 ОЦЕНКА КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ВАРИАНТОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 57
0133 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У АБОРИГЕНОВ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА: ВЛИЯНИЕ ТИПОВ ПИТАНИЯ НА ЕГО ФОРМИРОВАНИЕ 57
0134 ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ 58
0135 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ ПРИ АССОЦИАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ХОБЛ 58
0136 ТЕЧЕНИЕ ИБС У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ 59
0137 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕДУДОЧКА КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 59
0138 ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 60
0139 ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 60
0140 СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ 61
0141 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАМИПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 61
0142 ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ НАРУШЕНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 61
0143 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД И НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 62
0144 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ — МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ: ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 62
0145 ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ С БРАДИАРИТМИЯМИ 63
0146 ЭПИКАРДИАЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ ТКАНЬ КАК ФАКТОР РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 63
0147 ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ. 64
0148 ХРОНОАДАПТАЦИЯ И ХРОНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ 64
0149 НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПО ДАННЫМ СПИРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ 65

0150 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА 65
0151 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: ВЛИЯНИЕ НА ФАКТОРЫ РИСКА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 65
0152 ЦИТОКИНОВЫЙ И ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ 66
0153 ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ВЫБОРА ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПОМОЩЬЮ ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ 66
0154 ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ NT-proBNP И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ (ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА) НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА 67
0155 ВАЖНЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ — СНИЖЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРА К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ 67
0156 ДИНАМИКА УРОВНЯ Д-ДИМЕРА В ТЕЧЕНИЕ 18 МЕСЯЦЕВ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ 67
0157 НЕЗАВИСИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕНИЯ Д-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БЕЗ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ 68
0158 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА 68
0159 АНАЛИЗ ФРАКТАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМНЫХ СВЯЗЕЙ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЖИЗНЕОПАСНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ 69
0160 МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ “ИДИОИПАТИЧЕСКИХ” НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА 69
0161 ЗНАЧЕНИЕ КЛИРЕНСА ЭНДОГЕННОГО КРЕАТИНИНА КАК ВАЖНЕЙШЕГО МАРКЕРА ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST 70
0162 ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ МВ-ФРАКЦИИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ДИНАМИЧЕСКОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ 70
0163 ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИНАМИЧЕСКОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ) 70
0164 К ВОПРОСУ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА 71
0165 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ (Самарское отделение Куйбышевской железной дороги ОАО “РЖД”) 71
0166 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОЯВЛЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА У МУЖЧИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ПЕРВИЧНОЙ АНГИОПЛАСТИКОЙ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ 72
0167 РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА 72
0168 АНАЛИЗ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ 73
0169 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ И АГРЕАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ПОДВЕРГШИХСЯ АНГИОПЛАСТИКЕ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ 73
0170 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ АМБУЛАТОРНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 74

0171 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ДАГЕСТАНСКОЙ МИЛИЦИИ 74
0172 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В ВЫСОКОГОРНОМ РАЙОНЕ. ДИНАМИКА ЗА 35 ЛЕТ 74
0173 ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 75
0174 ИЗУЧЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА КСИМЕДОНА НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 75
0175 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 76
0176 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ 76
0177 ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА 76
0178 ИЗМЕНЕНИЕ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПОСЛЕ УШИВАНИЯ КОЛОТО-РЕЗАНОЙ РАНЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, ПЕРИКАРДА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 77
0179 СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 77
0180 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АРТЕРИЙ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ 77
0181 ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ 78
0182 ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЕДИНСТВА 78
0183 ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА РАБОТЕ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АГ (В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ) В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA — PSYCHOSOCIAL”) 79
0184 10-ЛЕТНИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ СО СТРЕССОМ НА РАБОТЕ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA — PSYCHOSOCIAL”) 79
0185 ИНСУЛЬТ И ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ НА РАБОТЕ НА ЕГО РАЗВИТИЕ В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA — PSYCHOSOCIAL”) 79
0186 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИКЕ И СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ КАК ОБЪЕКТИВНО-СУБЪЕКТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 45-64 ЛЕТ МЕГАПОЛИСА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (Г. НОВОСИБИРСК) 80
0187 ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 80
0188 РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ СТЕНОЗЕ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ 81
0189 ПОКАЗАТЕЛИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 81
0190 ОЦЕНКА ВЕГАТИВНОГО СТАТУСА И СТЕПЕНИ НАПРЯЖЕНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ 81
0191 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОПУЛЯЦИЯХ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ ПО ДАННЫМ ОДНОКРАТНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ И ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ 82
0192 КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ 82
0193 ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ 83
0194 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 83
0195 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 84

0196 ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 84
0197 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ 85
0198 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 85
0199 ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРНЫХ СВОЙСТВ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ НАГРУЗКИ СИСТОЛИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 86
0200 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА РАЗЛИЧНЫХ ИЗОМЕРОВ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 86
0201 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИЙ ИНДАПАМИДА С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 86
0202 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ 87
0203 РЕОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ 87
0204 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСХОДНО ИЗБЫТОЧНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 88
0205 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ AL-АМИЛОИДОЗА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА 88
0206 ВЫРАЖЕННАЯ ЗАСТОЙНАЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ПРИЗНАКИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТКИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НАЛИЧИЕМ ДВУХ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ ТРАНСТИРЕТИНА 88
0207 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ТРОМБОЛИТИКА ПРИ СУБМАССИВНОЙ ФОРМЕ ЛЕГОЧНОГО ЭМБОЛИЗМА 89
0208 ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХСН ВСЛЕДСТВИЕ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 89
0209 ДИНАМИКА КАТЕГОРИИ АРТЕРИЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА 90
0210 ВЛИЯНИЕ СЕРЕТИДА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 90
0211 РИСК-СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 91
0212 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С РАБОТАЮЩИМИ ГРАЖДАНАМИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ 91
0213 ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 91
0214 УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ — МАРКЕР ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 92
0215 ОЦЕНКА КОМПЛАЙЕНСА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 92
0216 ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАЦИЕНТАМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 93
0217 РИСК ИНСУЛЬТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА — ДАННЫЕ 3-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ 93
0218 ДИСЛИПИДЕМИЯ У РАБОЧИХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ 94
0219 ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 94
0220 ИЗМЕНЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 95
0221 КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 95
0222 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КРУПНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА 95

0223 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ФОНЕ 12-НЕДЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И КОРДАФЛЕКСОМ РД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ 96
0224 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА, СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ 96
0225 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА НА ЧАСТОТУ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 97
0226 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ 97
0227 МИЛДРОНАТ ПОДТВЕРЖДАЕТ РЕПУТАЦИЮ КАРДИОПРОТЕКТОРА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 98
0228 ПРИОРИТЕТЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС В ИНГУШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 98
0229 ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В ИНГУШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 99
0230 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ 99
0231 ВРЕМЕННАЯ ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 99
0232 ОЦЕНКА ФАТАЛЬНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ПОСЕЛКА АЭРОПОРТ 100
0233 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 100
0234 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ ГИПОТЕЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 101
0235 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ АПТЕК 101
0236 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН И ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ВИСОКОСНЫЕ И ОБЫЧНЫЕ ГОДЫ 101
0237 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН И ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДНЯ НЕДЕЛИ 102
0238 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН И ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСЯЦА ГОДА 102
0239 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН И ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЁН ГОДА 102
0240 ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ПО ДНЯМ НЕДЕЛИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВРЕМЕНА ГОДА 103
0241 СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРИЧИН СРЕДИ ЖЕНЩИН ПО ДНЯМ НЕДЕЛИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВРЕМЕНА ГОДА 103
0242 СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 103
0243 К ВОПРОСУ О СМЕРТНОСТИ ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРЕХОДА НА ЛЕТНЕЕ И ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ 104
0244 К ВОПРОСУ О СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРЕВОДА СТРЕЛОК ЧАСОВ НА ЛЕТНЕЕ И ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ 104
0245 ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК ФАТАЛЬНОГО ИСХОДА У ЖЕНЩИН ЗА 13 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНИЦЫ ЗНАЧЕНИЙ УГЛА АЛЬФА И УГЛА Т НА ЭКГ 104
0246 ТРАДИЦИОННЫЕ И НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 105
0247 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ О ПРИНЦИПАХ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ 105
0248 О РАБОТЕ ЦЕНТРА СТУДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В АСПЕКТЕ КОРРЕКЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ РИСКОВ МОЛОДЁЖИ 106

0249 ВКЛАД ОЖИРЕНИЯ В СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКУЮ ПЕРЕСТРОЙКУ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 106

0250 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 107

0251 ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 107

0252 ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИКОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 108

0253 СВЯЗЬ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИДА (а) С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕНОЗНЫХ АНАСТОМОЗОВ И УХУДШЕНИЕМ ПРОГНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 108

0254 АНАТОМИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ МОСТИКОВ МИОКАРДА С ВЕТВЯМИ ЛЕВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ 108

0255 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У НЕКУРЯЩИХ И ТАБАКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 109

0256 РОЛЬ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ПАТОГЕНОВ В ОБОСТРЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 109

0257 АРТЕРИАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 110

0258 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 110

0259 НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 110

0260 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 111

0261 ОСНОВНЫЕ МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА (ФР) ИБС У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС), ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ 111

0262 НАКОПЛЕНИЕ ФТАЛОЦИАНИНА АЛЮМИНИЯ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ СОННЫХ АРТЕРИЙ, УДАЛЕННЫХ ПРИ ОПЕРАЦИИ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ IN VITRO 112

0263 СКОРОСТНЫЕ РЕЖИМЫ КРОВОТОКА В МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 112

0264 ФАРМАКОКИНЕТИКА ВЕРАПАМИЛА ПРИ УТРЕННЕМ И ВЕЧЕРНЕМ ПРИЕМЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 113

0265 НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА БОЛЬНЫХ С КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА 113

0266 КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 113

0267 РОЛЬ ω-3 ПНЖК В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ 114

0268 ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 114

0269 ЛИПОИДОЗ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ИБС 114

0270 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 115

0271 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АКАРБОЗЫ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ 115

0272 ВАГОТОНИЧЕССКАЯ РЕАКЦИЯ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ ПРОФИЛЕМ 116

0273 ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТРОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ КРЫСС ЛИНИИ ВИСТАР ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА 116

0274 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИВОДЯЩИХ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 117
0275 ВЗАИМОСВЯЗЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА КАК МАРКЕРА ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В ПОПУЛЯЦИИ МОСКВИЧЕЙ В ВОЗРАСТЕ 55 ЛЕТ И СТАРШЕ 117
0276 СЦИНТИГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 117
0277 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ АРХИТЕКТУРА ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 118
0278 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЯ “КОЭФФИЦИЕНТ АНИЗОТРОПИИ ЭРИТРОЦИТОВ” С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I СТЕПЕНИ 118
0279 ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ 119
0280 СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ И ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 119
0281 СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 120
0282 ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 120
0283 АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Е ПРИ СТЕНОКАРДИИ РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ 120
0284 ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НЕБИВОЛОЛА, ПЕРИНДОПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 121
0285 МИОКАРДИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 121
0286 ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 121
0287 ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ И АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА: СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ? 122
0288 АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ЭРИТРОПОЭТИНА С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 122
0289 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ 123
0290 ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ 123
0291 СУТОЧНЫЕ РИТМЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 123
0292 ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО РАЗРЫВА СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 124
0293 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 124
0294 ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ 125
0295 КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СПОРОБАКТЕРИНОМ 125
0296 АНАЛИЗ АДАПТИВНЫХ ОТВЕТОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ЗНАЧЕНИЙ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ Q И НЕ-Q ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 126
0297 ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ ИВАБРАДИНА И САЛЬБУТАМОЛА НА СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 126

0298 ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ 126

0299 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 127

0300 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ ПЛАВИКСА И АСПИРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬШИХ ИШЕМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В АНАМНЕЗЕ 127

0301 ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В СВЯЗИ С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 128

0302 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИРОВАНИЯ ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ СИТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА НА ПАТОМОРФОЗ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 128

0303 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АУТОРЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 129

0304 ВЛИЯНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО И ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST 129

0305 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИЛМЕНИДИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ЯВЛЕНИЯМИ КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ 129

0306 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА ОРЕНБУРГА 130

0307 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЁРТЫВАНИЯ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА 130

0308 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА, РАМИПРИЛА, КАРВЕДИЛОЛА И ТРИМЕТАЗИДИНА, ЭНАЛАПРИЛА, МЕТОПРОЛОЛА ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 131

0309 ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПРИ РАЗНЫХ СХЕМАХ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ ПОЛГОДА ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА 131

0310 РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВЫХ ОПЕРАЦИИ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ 131

0311 РИСК РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 132

0312 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 132

0313 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ 133

0314 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ИНСУЛИНА С БИОХИМИЧЕСКИМИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ 133

0315 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 133

0316 ПРИМЕНЕНИЕ ИОНИЗАТОРА “ГИППОКРАТ” ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИБС 134

0317 ВНУТРИСЕРДЕЧНЫЙ ТРОМБОЗ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ 134

0318 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ 135

0319 КАРДИОРЕНАЛЬНОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СИНДРОМ (КРАС) У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН) 135

0320 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПОДРОСТКОВ 135

0321 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЗАНИМАЮЩИХСЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМИ ТРЕНИРОВКАМИ 136

0322 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 136
0323 ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 137
0324 МАЛОСИМПТОМНЫЕ ФОРМЫ ОБСТУКТИВНОГО АПНОЭ СНА В СИСТЕМЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА 137
0325 МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАССТРОЙСТВАМИ СНА 138
0326 СТРУКТУРА ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ 138
0327 ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА В АОРТЕ И В ВЕНЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ИБС 138
0328 ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ФОНЕ ПРИЕМА МОКСОНИДИНА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 139
0329 ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 139
0330 ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 140
0331 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НЕБИВОЛОЛА НА МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ МОЛОЖЕ 70 ЛЕТ 140
0332 ВЛИЯНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ НЕБИВОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АКТИВНОСТЬ ЦИТОКИНОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА МОЛОЖЕ 70 ЛЕТ 140
0333 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 141
0334 ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 141
0335 ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ АНТИГЕНОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 141
0336 ЛЕЧЕНИЕ МИЛДРОНАТОМ НА ФОНЕ ИЗУЧЕНИЯ ПУРИНОВОГО И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 142
0337 ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 142
0338 ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНАУ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 143
0339 ПРИМЕНЕНИЕ ИАПФ ЗОФЕНОПРИЛА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА 143
0340 РЕПАРАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ 143
0341 ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ 144
0342 КОМБИНИРОВАННАЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА 144
0343 “КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ” ПАЦИЕНТА, ПОСТУПАЮЩЕГО В КРАЕВУЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ 145
0344 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИГИПЕРТЕНЗВНЫХ ПРЕПАРАТОВ КЛАССА ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 145

0345 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ β-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ И ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 146

0346 ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 146

0347 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС СРЕДИ БЕЖЕНЦЕВ И ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА 147

0348 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ ОТ ТИПА ИНФАРКТА 147

0349 ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕНАЛЬНОЙ И СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ 147

0350 САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН ГОРОДСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ 148

0351 АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЗАКРЫТОЙ (ТУПОЙ) ТРАВМЫ СЕРДЦА 148

0352 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МАССЫ ТЕЛА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА 149

0353 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАСЕЛЕНИЯ БЫВШЕГО СЕМИПАЛАТИНСКОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА 149

0354 ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ 150

0355 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 150

0356 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ 150

0357 ВЛИЯНИЕ ЛАКТОЛИКОПИНА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА 151

0358 БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ С ИЗОЛИРОВАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 151

0359 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОФИЗОПАМА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 152

0360 АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ТЕРАПЕВТАМИ ЦРБ 152

0361 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЕНОТИПОВ ПО ПОЛИМОРФНОМУ МАРКЕРУ G3673A ГЕНА VKORC1 У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 153

0362 МОНОМОРФНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ — ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ 153

0363 МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА 153

0364 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АРИТМИИ — ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ 154

0365 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТОТЫ НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ № 2 ВИТЕБСКА 154

0366 ТРЕВОЖНЫЕ, ДЕПРЕССИВНЫЕ, КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННИЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА 154

0367 НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 155

0368 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПОВЫШЕННОМ УРОВНЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ 155

0369 ОЦЕНКА ГОДИЧНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕЗУЛЬТАТОВ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ 156

0370 СИНДРОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ, ЭРИТРОЦИТОВ И АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ 156
0371 СНИЖЕНИЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ И ПОВЫШЕНИЕ ДЕФОРМИРУЕМОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ — НОВАЯ ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 157
0372 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. ДАННЫЕ РОД ДОМА № 1 ВИТЕБСКА 157
0373 НЕКОТОРЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 157
0374 НОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 158
0375 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 158
0376 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА 159
0377 СЕРДЕЧНАЯ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ 159
0378 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА И ПРЕДУКТАЛА МВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПЕРИОД ПОСТГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 159
0379 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МИЛДРОНАТОМ И ПРЕДУКТАЛОМ МВ НА ПОКАЗАТЕЛЬ КОЭФФИЦИЕНТА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ К НАПРЯЖЕНИЮ СДВИГА, У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В ПЕРИОД ПОСТГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 160
0380 ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ 160
0381 ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ М1 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БИСОПРОЛОЛОМ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 160
0382 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ССЗ У ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА 161
0383 ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ АТЕРОТРОМБОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И МЕХАНИЗМОВ РЕАЛИЗАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 161
0384 ВЛИЯНИЕ ИБС, ФАКТОРОВ РИСКА, СОЦИАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ОЖИДАЕМУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН Г. МОСКВЫ 162
0385 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН 19-64 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДАХ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РОССИИ 162
0386 ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДИКТОРАМИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ 163
0387 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО, УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 163
0388 ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ АУТОРОЗЕТОКООБРАЗОВАНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 164
0389 КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ 164
0390 МАРКЕРЫ АКТИВАЦИИ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 164
0391 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 165

0392 ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ НА КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 165

0393 МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 166

0394 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ 166

0395 ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ НА ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 166

0396 РОЛЬ ИНФЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ, ВЫЗВАННОМ АССОЦИАЦИЕЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ 167

0397 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 167

0398 ЗНАЧЕНИЕ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА 168

0399 ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ ТРОПОНИНА Т 168

0400 УЧАСТИЕ Ca2+ — АКТИВИРУЕМЫХ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ ЭРИТРОЦИТОВ В АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЗДОРОВЫХ ДОНОРОВ 169

0401 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОЙ КРОВИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 169

0402 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 169

0403 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ПОЗИЦИИ НА КОРТОЧКАХ И СЕРОШКАЛЬНОГО СТРЕЙНА В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 170

0404 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 170

0405 ОБМЕН ЛИПИДОВ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ 171

0406 ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД 171

0407 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ 172

0408 ПОВЫШЕНИЕ ГЕМОСОВМЕСТИМОСТИ СОСУДИСТЫХ БИОПРОТЕЗОВ 172

0409 НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 172

0410 СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИБС, АССЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2: ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРОВ АТ1-РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II 173

0411 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИИ. 173

0412 ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАНОВ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ 174

0413 КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СТРЕСС-РЕАКТИВНОСТЬ КАК КЛЮЧЕВОЙ МЕХАНИЗМ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИИ 174

0414 ТКАНЕВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 175

0415 РОЛЬ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ СТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 175

0416 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФЕНЕНОТРОПИЛА ПРИ АСТЕНИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 175

0417 ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ОБЛУЧЕНИЮ: ДИНАМИКА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 176
0418 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 176
0419 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЯХ 177
0420 ОСОБЕННОСТИ ДНЕВНОЙ И НОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 177
0421 ПОТРЕБНОСТЬ В ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТАХ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ 178
0422 КУПИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАНОРМА У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 178
0423 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА 178
0424 ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО БАЛЛОНА 179
0425 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 179
0426 ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОЗАРТАНА И ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 180
0427 ПОКАЗАТЕЛИ НЕЭСТЕРИФИЦИРОВАННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И ГЛИЦЕРОЛА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 180
0428 ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ 180
0429 АДАПТАЦИЯ К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ В КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ 181
0430 ГИПОКСИГИПОБАРОТЕРАПИЯ — НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 181
0431 СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РУЧНОГО И АВТОМАТИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ВРЕМЕННОЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ 181
0432 ОСОБЕННОСТИ СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 182
0433 МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНОЙ МУЗЫКИ И ЗНАЧИМОСТЬ ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИК ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ 182
0434 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭМОЦИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ (САМОЧУВСТВИЕ И СТАБИЛЬНОСТЬ) ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 183
0435 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ЦИТОПРОТЕКТОРА МЕКСИКОР ® У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 183
0436 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ НИЗКОДОЗОВЫМ КОМБИНИРОВАННЫМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ В СОЧЕТАНИИ С АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ 183
0437 ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ 184
0438 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИБС 184
0439 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ СТРЕСС-ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ 185
0440 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (ИНФАРКТ МИОКАРДА) У РЕБЕНКА С ОТРАВЛЕНИЕМ ПРОПАНОМ 185
0441 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЛОКАТОРОВ Ат1- РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНА II У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 186
0442 ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИЧИНА НАРУШЕНИЙ РИТМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 186

0443 АНАЛИЗ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 187

0444 НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РЕАКЦИИ НА ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 187

0445 НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РЕАКЦИИ НА ПРИМЕНЕНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 187

0446 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА АЛТАЙСКОГО КРАЯ 188

0447 СОСТОЯНИЯ И СТРУКТУРНО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОВЫШЕНИЕ ДИСПЕРСИИ QT У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ 188

0448 ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЛЬЦИФИКАЦИИ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ И ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА 189

0449 ТИПЫ ДИСЛИПИДЕМИЙ, ИХ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА 189

0450 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА В ТЕЧЕНИЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ 190

0451 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ИВАБРАДИН (КОРАКСАН) НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 190

0452 КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИКАРДИТОВ 190

0453 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 191

0454 КЛИНИКО-ИСТРУМЕНТАЛЬНОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ ПРИ ИБС У ЖЕНЩИН 191

0455 ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ОТ ВОЗРАСТА В ГРУППЕ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ 192

0456 АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST: ОЦЕНКА МЕТОДОМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ 192

0457 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С 192

0458 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ИНТЕРВАЛ Q-T 193

0459 СКРИНИНГОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА АПНОЭ ВО СНЕ 193

0460 ПОВРЕЖДАЮЩИЙ ФАКТОР ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЛАТЕНТНОЙ И МАНИФЕСТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 194

0461 ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕСТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО 194

0462 НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 195

0463 УРОВНИ ЭРИТРОПОЭТИНА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 195

0464 АНАЛИЗ МИОКАРДИАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 196

0465 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 196

0466 ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ Э ТИОЛОГИИ 196

0467 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИВАБРАДИНА (КОРАКСАНА) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 197

0468 КЛИНИКО-ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 197

0469 “ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ” У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 198

0470 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ОТВЕТА НА АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 198

0471	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНАЛАПРИЛА И ВАЛСАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ II СТЕПЕНИ	199
0472	ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ	199
0473	ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ В ПРОЦЕССЕ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ	199
0474	ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИВОДЯЩИХ К ФОРМИРОВАНИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ИХ СТРУКТУРА	200
0475	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОКАРДИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	200
0476	СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-I В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	201
0477	АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС	201
0478	ОЦЕНКА СОЧЕТАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У МУЖЧИН С АГ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	201
0479	НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.	202
0480	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ПЕТРОЗАВОДСКА	202
0481	ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА НА УРОВНЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	203
0482	АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ АСОМЕКСОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	203
0483	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА ВЫСОКИХ ГРАДАЦИЙ	203
0484	АНТИАНГИНАЛЬНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА (КОРАКСАНА) У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	204
0485	ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, А ТАКЖЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.	204
0486	ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГГ. МОСКВЫ И ВОРОНЕЖА.	205
0487	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НОВОГО ДЖЕНЕРИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА РАМИПРИЛА С ОРИГИНАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	205
0488	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ	206
0489	ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	206
0490	ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	206
0491	ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	207
0492	АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ПАРАМЕТРАМИ ЛИПИДНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	207
0493	ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОГРАММЫ И ГЛЮКОЗЫ КРОВИ У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	208

0494 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЁГКИХ 208
0495 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА ПО ДАННЫМ РАВНОВЕСНОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ (РРВГ) У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГБ) I И II СТАДИЙ 208
0496 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА И ФУНКЦИИ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ РАВНОВЕСНОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ (РРВГ) У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГБ) I СТАДИИ 209
0497 ИЗМЕНЕНИЕ СПИРОЭРГОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 209
0498 ИЗМЕНЕНИЕ СПИРОЭРГОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ 210
0499 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ГЕНЕРИКА КЛОПИДОГРЕЛЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ И БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 210
0500 БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАКТОМ МИОКАРДА, СТЕНТИРОВАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОНОФРАМА 210
0501 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕНОФИБРАТА (ЛИПАНТИЛА) У БОЛЬНЫХ II ТИПОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА. 211
0502 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 211
0503 УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ КРОВИ И ВЕЛИЧИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ НАСЛЕДСТВЕННУЮ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 211
0504 АНАЛИЗ ПОЗДНЕГО ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЗА 2009 ГОД ПО ДАННЫМ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.КАЗАНИ 212
0505 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА 212
0506 СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА 213
0507 ЭХО-КАРДИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ 213
0508 АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ 213
0509 КОРРЕКЦИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ 214
0510 ВНУТРИСОСУДИСТАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ 214
0511 ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА В КОМПЛЕКСЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ФИБРИНОЛИТИЧЕСКУЮ И АНТИКОАГУЛЯЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ СТЕНКИ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЗ СОСУДОВ ГЛАЗА 215
0512 СРАВНЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО 215
0513 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА РЕГУЛЯРНУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 215
0514 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 216
0515 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОКАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 216
0516 ОБЩАЯ ВОДА ТЕЛА И РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ 217
0517 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА EXFORGE У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 217

0518 МОСКОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПРОГРАММА СКРИНИНГА БОЛЬНЫХ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ — ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 218
0519 ПРОПАНОРМ® В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭПИЗОДОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 218
0520 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА 218
0521 ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 219
0522 ЭФФЕКТИВНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 219
0523 ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ 220
0524 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК МЕТОД НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ КАРДИОДИАГНОСТИКИ 220
0525 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА СЕРДЦА 220
0526 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 221
0527 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА 221
0528 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ 222
0529 КЛЮЧЕВЫЕ БЕЛКИ ОБРАТНОГО ТРАНСПОРТА ХОЛЕСТЕРИНА И АТЕРОСКЛЕРОЗ 222
0530 УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ РАЗМЕЩЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЯ ПО ПЕРЕРАБОТКЕ МЕДНО-СУЛЬФИДНЫХ РУД 223
0531 МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 223
0532 РАЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ 224
0533 ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫХ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ 224
0534 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕТФОРМИНОМ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 224
0535 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ТЕСТОСТЕРОНА УНДЕКАНОАТОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ АНДРОГЕНОВ 225
0536 ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АГ 225
0537 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 226
0538 АНАЛИЗ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА Х 226
0539 ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОСТОЯНИЯ СТРУКТУР КАМЕР СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 226
0540 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ КАРДИАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ И ДАННЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ 227
0541 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 227
0542 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 228
0543 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКГ И ОПРОСНИКА РОУЗА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА ОБЩЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МОСКВЫ 228

0544 ДИНАМИКА ВКЛЮЧЕНИЯ И СУБКЛЕТОЧНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЛИПОСОМ В ИЗОЛИРОВАННОМ МИОКАРДЕ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕРДЦА 228
0545 СОДЕРЖАНИЕ АДЕНИЛОВЫХ НУКЛЕОТИДОВ В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ КЕТОАЦИДОЗОМ 229
0546 ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЕКСИТИМИИ И ДЕПРЕССИИ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 229
0547 МИТРАЛЬНЫЕ ПОРОКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ 230
0548 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 230
0549 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 230
0550 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ФЕНОМЕН ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 231
0551 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ОСНОВЫ ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ КАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ И ПОВЫШЕННОЙ ФОСФОЛИПАЗНОЙ АКТИВНОСТИ 231
0552 ОСОБЕННОСТИ СРЕДНЕГО ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА 232
0553 СУТОЧНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА 232
0554 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИВАБРАДИНА И БИСОПРОЛОЛА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 233
0555 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ И СМЕРТИ ОТ ВСЕХ ПРИЧИН ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ 233
0556 АКТИВАЦИЯ РААС И СИСТЕМЫ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ, ВЛИЯНИЕ НА ТЕМПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И РИСК НЕБЛАГОПРЯТНЫХ ИСХОДОВ 234
0557 ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ОШИБКИ ПРОФИЛАКТИКИ 234
0558 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 234
0559 ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА 235
0560 ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ИБС В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 235
0561 ЧАСТОТА АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СООТВЕТСТВЕННО УРОВНЮ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ 236
0562 АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 236
0563 ОТДЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИЯХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ И КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ 237
0564 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 237
0565 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 238
0566 СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИИ 238

0567 О ВЛИЯНИИ ИВАБРАДИНА И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ 238
0568 О ВЛИЯНИИ ЛОЗАРТАНА И ТЕЛМИСАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК 239
0569 К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ РЕГУЛЯЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 239
0570 ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗНАНИЯХ О ФАКТОРАХ РИСКА ДО ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ 239
0571 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИЛДРОНАТА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 240
0572 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — ПРОБЛЕМА XXI ВЕКА 240
0573 МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ 241
0574 ИЗМЕНЕНИЯ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И АЛЬТЕРНАЦИИ ЗУБЦА Т У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 241
0575 РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ОСНОВАННОЙ НА ТЕХНОЛОГИИ X-STRAIN 241
0576 ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 242
0577 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИЗУАЛЬНОЙ ШКАЛЫ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ АКЦИИ ПО ИЗМЕРЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 242
0578 ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: СРАВНЕНИЕ СТРАТЕГИИ СОХРАНЕНИЯ И КОНТРОЛЯ СИНУСОВОГО РИТМА С КОНТРОЛЕМ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 243
0579 ЗНАЧЕНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 243
0580 “ДЕМАСКИРОВАНИЕ” БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 243
0581 ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 244
0582 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКРЫТОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ 244
0583 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ 245
0584 СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УСТАНОВЛЕННОЙ ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ 245
0585 УМЕНЬШЕНИЕ ЧИСЛА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ЭКСТРАСИСТОЛ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВЕРАПАМИЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН 246
0586 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН С ВЕЛИЧИНОЙ СКОРОСТИ Na+-Li+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ КОГОРТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ 246
0587 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНДЕКСА GRACE У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 246
0588 НЕОПТЕРИН В РОЛИ МАРКЕРА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА 247
0589 ФАКТОРЫ, ПРОГНОЗИРУЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА 247
0590 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST, С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА 248

0591 ОЦЕНКА АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ДЖЕНЕРИЧЕСКОГО КЛОПИДОГРЕЛА (ЛОПИРЕЛА) У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЙ 248
0592 ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС У МУЖЧИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА 249
0593 ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ 249
0594 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ, ШЕСТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИМАЕМОСТИ И ДАННЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 249
0595 ДИНАМИКА ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРЕТРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ 250
0596 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 250
0597 БИОМАРКЕР ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ЦИСТАТИН АССОЦИИРОВАН С ТЯЖЕСТЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 251
0598 СЦИНТИГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 251
0599 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА КВИНАПРИЛОМ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ 252
0600 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРОМ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ТЕЛМИСАРТАНОМ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-АЛЬФА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ 252
0601 ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 252
0602 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ОЦЕНКОЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЛАСТИКУ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 253
0603 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 253
0604 ИНТЕГРАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С УРОВНЕМ КРЕАТИНИНА В ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ 253
0605 ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ 254
0606 ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КРОВИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ 254
0607 ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 255
0608 ИЗМЕНЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 255
0609 СРАВНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ КАРДИОРИСКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И БЕЗ НЕГО 255
0610 БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 256
0611 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИРБЕСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА 256
0612 АССОЦИАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА 257

0613 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГИСТРОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В Г. КЕМЕРОВО И ОБЩЕРОССИЙСКОГО “РЕКОРД” 257
0614 ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА 258
0615 ГОДИЧНЫЙ ПРОГНОЗ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА 258
0616 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ 258
0617 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ ПЕРИНДОПРИЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ 259
0618 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ТРИМЕТАЗИДИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ 259
0619 ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 260
0620 СРАВНЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT И ПИКОБАЗАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА РЕПОЛЯРИЗАЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 260
0621 ИНФАРКТ МИОКАРДА И ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ 260
0622 ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ И ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ В ДИНАМИКЕ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 261
0623 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС И БЕЗ ИБС ПРИ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС — ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ 261
0624 ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 262
0625 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ БЛОКАДА НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА “КАРДОС” 262
0626 СРАВНЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ РАМИПРИЛА И ВАЛСАРТАНА НА ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА 263
0627 ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 263
0628 ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КОНЦЕНТРАЦИИ ЛЕПТИНА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРЕТРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 263
0629 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 264
0630 ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ БЕРЕМЕННЫХ 264
0631 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 265
0632 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА СРЕДИ ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИИ 265
0633 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 265
0634 ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 266
0635 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОПРОЛОЛА И БИСОПРОЛОЛА В СОЧЕТАНИИ С ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ 267
0636 ВЛИЯНИЕ РАННИХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ 267
0637 СТЕПЕНЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 267

0638	ФАКТОРЫ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН	268
0639	ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	268
0640	СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА КАК КАТАЛИЗАТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	269
0641	ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	269
0642	ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ИНФРАКРАСНОГОЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ (НИЛИ) В КОМБИНАЦИИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АУТОЛОГИЧНЫХ КАРДИОМИОБЛАСТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХСН)	269
0643	ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	270
0644	СРАВНЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗИЛТА И ОРИГИНАЛЬНОГО КЛОПИДОГРЕЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	270
0645	ХАРАКТЕРИСТИКА НАСЕЛЕНИЯ, ПРИКРЕПЛЕННОГО К ПОЛИКЛИНИКАМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	271
0646	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ	271
0647	ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА	271
0648	РОЛЬ СЕМЬИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	272
0649	ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТРАЦИКЛИНОВЫМИ АНТИБИОТИКАМИ	272
0650	ХАРАКТЕРИСТИКА МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	273
0651	ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ СЫВОРОТОЧНЫХ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС	273
0652	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ	274
0653	РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА	274
0654	ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКИМ КЛИМАКСОМ	274
0655	ИССЛЕДОВАНИЕ РИТМОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКИМ КЛИМАКСОМ	275
0656	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ	275
0657	ВЫСОКАЯ ОСТАТОЧНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ И “НЕУДАЧИ ЛЕЧЕНИЯ”	275
0658	ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ РОСТОВЫХ ФАКТОРОВ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	276
0659	ВЛИЯНИЕ УРОВНЕЙ ХОЛЕСТЕРИНА НА РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ	276
0660	ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	277
0661	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИПТОНОРМА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ (пилотное исследование)	277
0662	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	277
0663	ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА И СОСТОЯНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	278

0664 РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНОГО ПРОЦЕССА В ФОРМИРОВАНИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ 278
0665 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТИПА ЛИЧНОСТИ D У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 279
0666 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 279
0667 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА УРОВНЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН 280
0668 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСПИЩЕВОДНОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА “ASTROCARD” 280
0669 ХАРАКТЕРИСТИКА СИМПТОМОВ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ 281
0670 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И АРИТМОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 281
0671 ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ И ГИПОВИТАМИНОЗ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 281
0672 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 282
0673 ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ СТЕПЕНИ СТЕНОЗИРОВАНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ С ТЯЖЕСТЬЮ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 282
0674 ОЦЕНКА СТРЕССИНДУЦИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 283
0675 ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА НА ФОНЕ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ НАКАНУНЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 283
0676 КУПИРОВАНИЯ КАРДИОТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЮ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИВАБРАДИНА (КОРАКСАНА) 283
0677 СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА И КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЭПРОСАРТАНОМ 284
0678 ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. 284
0679 ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ 285
0680 ЦИРКАДНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ СОКРАЩЕНИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 285
0681 РЕАКЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС 286
0682 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РЕФЛЕКСА КАК ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 286
0683 УРОВЕНЬ СЕКРЕЦИИ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ 287
0684 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 287
0685 МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 287
0686 ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ 288
0687 ГЕМОСТАЗ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 288
0688 ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 289
0689 СОПРЯЖЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ С ВЕГЕТАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ ХОЛОДОВОМ СТРЕССЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН 289
0690 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСТРОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА У КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР 289
0691 АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФАТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ 290

0692 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ФАТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 290
0693 ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 291
0694 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 291
0695 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 292
0696 К ВОПРОСУ О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЛИЦ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ФОРМИРОВАНИЮ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ 292
0697 НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 292
0698 АКТИВНОСТЬ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ МВ КАК ПРИЗНАК ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 293
0699 ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА КАК СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 293
0700 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПОЗДНЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 294
0701 ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ 294
0702 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 294
0703 КАК ИЗМЕНИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЗА 20 ЛЕТ 295
0704 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 295
0705 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫУ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 296
0706 ШКОЛА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ 296
0707 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 296
0708 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ МАКРОЭРГИЧЕСКИХ ФОСФАТОВ (АДЕНОЗИНТРИФОСФАТА И 2,3-БИФОС-ФОГЛИЦЕРАТА) В ЭРИТРОЦИТЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН 297
0709 ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST В ГРУДНЫХ ОТВЕДЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТАМИ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 297
0710 ПРИЧИНЫ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НИЖНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 298
0711 ГЕНДЕРНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЙ 298
0712 ГИПОТЕНЗИВНАЯ И ЛИПИДОСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ “ДИАЛОГ”) 299
0713 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 299
0714 КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ СВИНЦА 299
0715 АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ФАРМАКОДИНАМИКИ КАРДИОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ 300

0716 СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 300
0717 КОРРЕКЦИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИЕТЫ И МЕТФОРМИНА 301
0718 ПРЕДИКТОРЫ ДВУХЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА 301
0719 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАНДЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 301
0720 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОЗАРТАНА И КАНДЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ВЛИЯНИЮ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД 302
0721 МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ АДРЕНОЗАВИСИМОЙ ВАЗОРЕЛАКСАЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 302
0722 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 303
0723 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИБС У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА 303
0724 СРАВНИТЕЛЬНАЯ РИТМУРЕЖАЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА И ВЕРАПАМИЛА 304
0725 ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА 304
0726 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫМ РИСКОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 304
0727 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 305
0728 НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ 305
0729 АССОЦИАЦИЯ СТЕНОКАРДИИ С “БОЛЕЗНЬ-ОБУСЛОВЛЕННЫМИ” ФАКТОРАМИ РИСКА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 306
0730 ТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И СТЕНОКАРДИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 306
0731 КОМПЛЕКС К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У РАБОТАЮЩИХ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ 306
0732 О ПРОГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 307
0733 ОБ ОТСУТСТВИИ ЗНАЧИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ 307
0734 ДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ 308
0735 О ВЗАИМОСВЯЗЯХ УРОВНЕЙ ЦИРКУЛИРУЮЩЕГО ЭСТРАДИОЛА И СМЕРТНОСТИ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 308
0736 ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ПРЕДИКТОР НАБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 308
0737 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА 309
0738 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КОСТНАЯ МАССА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 309
0739 ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ. 310
0740 ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 310
0741 ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ПРОВЕРКАМ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН ГОРОДСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 310

0742 ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ 311
0743 МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ СЕЗОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ ГОМЕОСТАЗА 311
0744 ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРОЗОМ 312
0745 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 312
0746 ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ И ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ ГЛАЗНОГО ДНА В ИЗУЧЕНИИ СИСТЕМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА 312
0747 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ 313
0748 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И СЕРДЕЧНЫЕ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ 313
0749 МОРФО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 313
0750 МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 314
0751 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 314
0752 ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ АРТЕРИИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО УЗЛА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА 314
0753 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 315
0754 РОЛЬ АЛЬДОСТЕРОНА И АДИПОКИНОВ В РАЗВИТИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН 315
0755 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА В СОСТАВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 316
0756 ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЭРИТРОЦИТАРНЫЕ МЕМБРАНЫ 316
0757 ДИНАМИКА АМПЛИТУД И ДЛИТЕЛЬНОСТЕЙ ПАРАМЕТРОВ ЭКГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ 317
0758 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПАЦИЕНТОВ 317
0759 ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ 318
0760 АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА АССОЦИИРУЕТСЯ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ. 318
0761 ВЛИЯНИЕ СРАР-ТЕРАПИИ НА “СОСУДИСТЫЕ” ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2-3 СТЕПЕНИ 319
0762 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНОГО: ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ИЛИ АЛЬТЕРНАТИВА КОРОНАРОГРАФИИ 319
0763 ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА НЕКОРОНАРНЫХ СОСУДИСТЫХ БАССЕЙНАХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ 319
0764 СВЯЗЬ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С СОСТОЯНИЕМ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 320
0765 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОДНОГО ТРАНСПОРТА, СВЯЗАННЫХ С ДВИЖЕНИЕМ ПОЕЗДОВ 320
0766 КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ 321

0767 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ВЕССЕЛ ДУЭ Ф®. 321
0768 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ВЕССЕЛ ДУЭ Ф® НА ДИНАМИКУ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 322
0769 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА 322
0770 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК РАЗНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АЭРОБНОЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ 322
0771 СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ИНСУЛИНА, ЖИРНЫХ КИСЛОТ И АДИПОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ 323
0772 ИНТЕРЛЕЙКИН-1β КАК ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ МАРКЁР ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 323
0773 ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА 324
0774 СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАНДАРТИЗОВАННЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ШКАЛ И ХАРАКТЕРИСТИК СИСТЕМ ВНИМАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 324
0775 ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОМИОКАРДИАЛЬНОЙ БИОПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ 325
0776 КАТЕТЕРНАЯ АБЛАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ КАРТО 325
0777 ВОЗМОЖНОСТИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ КАРДИАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 325
0778 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, СТЕНОЗИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 326
0779 ИЗУЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ СТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 326
0780 ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДОДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ 327
0781 АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 327
0782 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 327
0783 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ГЛЮТАТИОНТРАНСФЕРАЗ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 328
0784 О ВЛИЯНИИ ЖЕСТКОСТИ АОРТЫ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 328
0785 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, ПЕРЕНОСЯЩИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА 328
0786 АГРЕГАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 329
0787 ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ 329
0788 ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 330
0789 ИЗМЕНЕНИЕ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 330
0790 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА МИКРОАЛЬБУМИНУРИЮ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 330

0791	“ЮНОШЕСКОЕ СЕРДЦЕ” В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА	331
0792	КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	331
0793	УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ОКАЗАНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	332
0794	СОСТОЯНИЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ	332
0795	ОСОБЕННОСТИ УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА ТКАНЯМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА И СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ	332
0796	ГЛОБАЛЬНАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ	333
0797	СКОРОСТЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСА “ИНТИМА-МЕДИА” У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И ТРЕВОЖНОСТИ	333
0798	ДИАМЕТР АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ	334
0799	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙ УРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	334
0800	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	334
0801	СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ	335
0802	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	335
0803	ДИНАМИКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ	336
0804	ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ДИСЛИПИДЕМИЙ СРЕДИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ	336
0805	КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	337
0806	АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ECNOS 4A/4B, EDN1 LYS198ASN, PON1 Q191R, ABCA1 C69T У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	337
0807	ПРИМЕНЕНИЕ АЛЬБЕТОРА У ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	338
0808	СТЕПЕНЬ ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ НА ВЕРОЯТНОСТЬ ИБС	338
0809	КОМПЛЕКСНАЯ ТРЕХЭТАПНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	338
0810	ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	339
0811	ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ	339
0812	ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ П РЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО ПРОВЕДЕНИЯ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ	340
0813	РОЛЬ ГИПОТАЛАМУСА В ФОРМИРОВАНИИ ИНФАРКТО-ПОДОБНОЙ ЭЛЕТРОКАРДИОГРАММЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	340

0814 СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ (КУРЕНИЕ, НИЗКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ, НЕПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ) И БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА 341
0815 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ РОСТОВА-НА-ДОНУ И ОБЛАСТИ 341
0816 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО 342
0817 ВЛИЯНИЕ ФЕВАРИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 342
0818 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПОВТОРНЫХ КУРСОВ ВНУТРИВЕННОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 342
0819 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПРОСАРТАНА И ПЕРИНДОПРИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 343
0820 ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 343
0821 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ 344
0822 ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ВАЛЬСАРТАНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 344
0823 ЗАВИСИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ВАРИАНТА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПАХ 344
0824 РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ 345
0825 I/D ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ 345
0826 ИНФАРКТ МИОКАРДА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА 345
0827 ДИНАМИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЛЕРКАНИДИПИНОМ С ЭПРОСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 346
0828 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 346
0829 МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА 347
0830 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ИМЕЮЩИХ ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 347
0831 ВОЗМОЖНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 348
0832 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МАНИФЕСТИРУЮЩИМ WPW-СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ 348
0833 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ 348
0834 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНЫХ БИОРИТМОВ 349
0835 ВАРИАТИВНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 349
0836 СВЯЗЬ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И УРОВНЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО АНДРОГЕНА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 350

0837 МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КАК ЗНАЧИМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ 350

0838 НОВЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА 350

0839 РОЛЬ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ 351

0840 ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО РЕЖИМА КОРРЕКЦИИ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ 351

0841 МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ИБС 352

0842 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ АНТИАНГИНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАДИЕЙ 352

0843 НАГРУЗОЧНЫЕ ТЕСТЫ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ (ПЭКС) 352

0844 ВАРИАБЕЛЬНОСЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ СУТОЧНЫМИ ПРОФИЛЯМИ АД 353

0845 АКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНЫХ ЖИРОВЫХ ДЕПО ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕНОКАРДИИ ДО И ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 353

0846 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ИСХОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 354

0847 РИСК РАЗВИТИЯ МАКРОАНГИОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ Д ИАБЕТОМ ТИПА 1 354

0848 РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ПРЕДСКАЗАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБОСТРЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 355

0849 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ 355

0850 ВНУТРИКЛЕТОЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ 355

0851 ВОСПАЛЕНИЕ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ 356

0852 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПРО-МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕТИДА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 356

0853 УРОВЕНЬ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ ДО ИНФАРКТА МИОКАРДА ВЛИЯЕТ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА 357

0854 НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 357

0855 С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК И АЛКОГОЛЬ. ТАК ЛИ ОДНОЗНАЧНА ПРОТЕКТИВНАЯ РОЛЬ АЛКОГОЛЯ? 357

0856 АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 358

0857 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 358

0858 СПИРОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ 358

0859 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА 359

0860 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛЕНИЯ И НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 359

0861 АНДРОГЕН-ДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ И ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ 360

0862 ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОН УНДЕКАНОАТОМ У МУЖЧИН С ГИПОГОНАДИЗМОМ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ 360

0863	ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ	360
0864	ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	361
0865	ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	361
0866	ИНДЕКС КАЛЬЦИФИКАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	362
0867	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ	362
0868	РОЛЬ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ III ТИПА В ЕВРОПЕОИДНОЙ ПОПУЛЯЦИИ СИБИРИ	363
0869	ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	363
0870	СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	364
0871	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ МЕТОДИКА ИЗМЕРЕНИЯ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	364
0872	СОНОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ИССЛЕДУЕМЫХ БОЛЬНЫХ	365
0873	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ АНГИОСКАНИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ	365
0874	УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АОРТЫ И НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	365
0875	ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПОСЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	366
0876	НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ТЕЧЕНИЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД)	366
0877	ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НАБЛЮДАВШИХСЯ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА (ПО ДАННЫМ РЕКОРД)	367
0878	ДОГОСПИТАЛЬНОЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-2)	367
0879	ГОСПИТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-2)	367
0880	ГОСПИТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-2)	368
0881	ДИНАМИКА ДОГОСПИТАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД и РЕКОРД-2)	368
0882	ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД И РЕКОРД-2)	369
0883	ПАРАМЕТРЫ И ИСХОДЫ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД И РЕКОРД-2)	369
0884	ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ЦИТАЛОПРАМОМ НА ТЕЧЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	370
0885	СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И МЕТАБОЛИЗМА ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	370
0886	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАРДИАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА Х	371

0887 ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОЗА СТЕНТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ПЕРВИЧНОЙ КОРОНАРНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ 371

0888 ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ МИОКАРДИТОМ 372

0889 ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЖИЗНЕОПАСНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА ПРИ МИОКАРДИТЕ 372

0890 ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ 373

0891 ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 373

0892 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ 373

0893 ВЛИЯНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ 374

0894 БЛИЖАЙШИЙ И ОТДАЛЕНЫЙ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q 374

0895 ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ. ЧТО ДАЕТ ХРОНОКОРРЕКЦИЯ ТЕРАПИИ? 375

0896 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ 375

0897 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА 376

0898 РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛЫХ 376

0899 СОДЕРЖАНИЕ НАЧАЛЬНЫХ И КОНЕЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 376

0900 СОДЕРЖАНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 377

0901 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОДОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ АТОРВАСТАТИНОМ ЭНДОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ, НИТРОЗИНОВОГО СТРЕССА И ЭНДОТОКСЕМИИ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПЕРАЦИЙ 377

0902 ВЕРИФИКАЦИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ТОЧНОСТИ ШКАЛЫ “РЕКОРД” НА НЕЗАВИСИМЫХ ВЫБОРКАХБОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ 378

0903 ПЯТИЛЕТНИЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 378

0904 ОЦЕНКА ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 379

0905 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИСЛИПИДЕМИИ И СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ 379

0906 ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ 379

0907 ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛОЗАРТАНА И МИЛДРОНАТА У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 380

0908 ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА 380
0909 РАННИЕ ПРЕДСКАЗАТЕЛИ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА У МУЖЧИН 40-49 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ВОСТОЧНАЯ ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ 380
0910 НАРУШЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ 381
0911 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА СЕВЕРЕ РОССИИ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ 25-ЛЕТНИЙ АНАЛИЗ 381
0912 ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 382
0913 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ АНАТОМИЯ “ПЕРЕПОНЧАТОЙ ПЕРЕГОРОДКИ” СЕРДЦА ПЛОДА ЧЕЛОВЕКА 382
0914 ЭЛЕКТРО- И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА 383
0915 ПРИМЕНЕНИЕ ДИУРЕТИКОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ 383
0916 ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У МУЖЧИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 383
0917 ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ НА ПРОГНОЗ 384
0918 АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 384
0919 ФОРМИРОВАНИЕ В ПРОЦЕССЕ КАРДИОТРЕНИНГА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИНХРОНИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 385
0920 ГИПОФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — ПРЕДИКТОР ОТСУТСТВИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИБС? 385
0921 ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, РАСПРЕДЕЛЕННЫХ В ГРУППЫ, ИДЕНТИЧНО ДИЗАЙНУ ИССЛЕДОВАНИЯ “ACTION” 385
0922 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ КАК ТИПИЧНЫЙ ПРИМЕР КОМОРБИДНОСТИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ 386

Amil Shah 3
Arthur J. Moss 3
Elyse Foster 3
Esperanza Viloria 3
Marc A. Pfeffer 3
Mary Brown 3
Mikhail Bourgoun 3
Petyaev I. 151
Scott D. Solomon 3
W. Jackson Hall 3
Абатурова О.В. 81
Абашидзе Р.И. 7, 201
Абдрахманов В.Р. 338
Абдрахманова Г.М. 126
Абдулкадырова С.О. 3, 74
Абдулкеримова А.А. 127
Абдуллаев А.А. 3, 131
Абдуллаев А.Х. 4, 16
Абдуллаев С.П. 4, 121
Абдуллаев Т.А. 5, 15, 177
Абдуллаева Г.Ж. 346
Абдуллина Р.Х. 353
Абдулпатахов Д.Д. 131
Абдурасулов К.Д. 12
Абирова А.С. 309
Абраменкова Н.Ю. 274
Абрамова А.А. 5
Абросимова Е.В. 109
Абсеитова С.Р. 6, 131
Абуладзе Г.В. 7
Авгонов Б.А. 342
Авдеева К.С. 254
Авезов Д.К. 7
Автухова З.М. 148
Агаева К.А. 7
Агафонова Т. Ю. 8
Агеева Н.В. 8
Адиева М.К. 149
Азанчевская С.В. 260
Азизов В.А. 9, 10, 90
Азизов Ш.К. 177, 178
Айдарова В.А. 21
Акильжанова А.Р. 10, 11, 153
Акимов С.И. 12
Акимова Е.В. 11, 12, 76, 276, 310
Акимова Н.С. 95
Акинина С.А. 235
Аккиев Б.Т. 227
Аксенова Е.А. 183
Аксенова Т.А. 13, 66
Акулёнок А.В. 156
Алекперова А.К. 10
Александри А.Л. 117, 357
Александрия Л.Г. 135
Александрова А.Ю. 294, 295
Александрова Н.Л. 13
Александровский А.А. 13
Алексеева Р.И. 380
Алексенко Е.Ю. 14
Алеутская О.Н. 183
Алехин М.Н. 14
Алехина Е.М. 163
Алиева Б.А. 7
Алиева Т.А. 140
Алиева Т.Н. 127
Алимхаджиев А.А. 341
Аллаберганов О.Х. 15
Аллахвердян А.А. 363
Аляви А.Л. 16
Амагзаева В.Ю. 187, 188
Амелина С.С. 292
Аминджанова С.С. 16
Аминева Н.В. 46
Аминов Х.Д. 200
Аминова А.И. 27
Амиянц В.Ю. 16
Амренова К.Ш. 149
Ананьева Л.В. 105
Андосова С.А. 17
Андреева Г.Ф. 17
Андреева Е.Р. 112
Андреева С.Р. 379
Андреичев Н. А. 18
Андрейченко Т.А. 19
Андросова Ю.М. 33
Аникин В.В. 19
Анищенко Т.Г. 40, 174
Ансимова О.М. 151
Антипина А.Н. 59
Антипина Н.С. 294
Антипова В.Н. 91
Антоненко Н.Б. 47
Антонова Т.В. 192
Антонышева О.В. 154
Антонюк М.В. 19, 379
Антропова О.Н, 20, 244, 245, 277
Антюфьев В.Ф. 220
Ануфриева Е.Н. 299
Аптикеева Н.В. 20
Ардабаева А.М. 141
Ардашова Н.Ю. 247, 248
Артамонова А.И. 329
Артамонова Г.В. 172, 203, 241, 310, 359
Артемьева И.В. 21
Арутюнян Л.А. 70, 71
Астахова З.Т. 21, 75
Аттаева М.Ж. 21, 57
Афанасьева М.И. 23, 108
Афанасьева Н.Л. 22, 23
Афанасьева О.И. 23, 108
Афонасков О.В. 24, 25
Ахмадова Е.А. 25
Ахматов Я.Р. 5
Ахмедов Т.М. 343
Ахмедова Т.А. 42
Ахмерова Р.И. 183
Ахмерова Л.Г. 54
Ахметова Г.А. 26
Ахназарянц Э.Л. 45
Ацель Е.А. 76
Бабаев М.А. 330
Бабаева А.Р. 186
Бабаева А.Р. 35, 109
Бабенкова Л.В. 26
Бабунина Е.В. 26
Багаутдинова Е.Р. 27
Багманова З.А. 291
Бадалова З.А. 200
Баздырев Е.Д. 27, 28, 80
Байдина А.С. 27
Байдина О.И. 294, 295
Байкеев Р.Ф. 297
Байракова Ю.В. 27, 28
Байторе Б.С. 131
Байчоров И.Х. 305
Бакашвили Г.Н. 28
Бакиров Т.С. 87
Бакланова Т.Н. 93
Бакумов П.А. 124
Бакумова О.Р. 129
Бакшеев В.И. 29
Балабаева А.Б. 6
Балабанова Е.Н. 109
Балабанова Н.Ф. 386
Балаева Т.Б. 30
Баландина Ю.А. 30
Баланова Ю.А. 117, 162, 228, 357
Балеевских Л.А. 175
Балтахинова М.Е. 53, 150, 336
Бамбышева Е.И. 37, 38
Баннаев И.Ф. 250
Банникова О.Ф. 268
Барабанова Н.Г. 249
Барабаш Л.В. 312
Баранич И.И. 281
Баранов О.Е. 213
Баранцева Н.Г. 30
Барбараш Л.С. 35, 36, 51, 127, 257, 319, 334, 362
Барбараш О.Л. 27, 28, 35, 36, 124, 127, 247, 248, 257, 267, 279, 283, 283, 319, 320, 322, 324, 329, 334, 362, 371
Барбарич В.Б. 339
Барбук О. А. 31
Баринов В.Г. 122
Баринов В.Г. 251
Бармашева А.А. 31, 32
Барт Б.Я. 32, 33
Бартош Л.Ф. 86
Барыкова Т.С. 220, 221
Батаговский В.Л. 33
Батаев Х.М. 25
Баталин В.А. 125
Баталова А.А. 33
Батанина И.А. 121
Батрак Г.А. 34
Бахарева А.И. 360, 361
Бахшалиев А.Б. 34, 129, 342, 343
Башан Л.М. 366
Баштанова Т.Б. 62
Баюрова Н.В. 34, 65
Бегдамирова А.А. 34
Бедин А.М. 175
Безбородова Т.А. 35, 323, 324
Безденежных А.В. 35, 319
Безденежных Н.А. 36
Бекбосынова М.С. 17
Бекжанова Ж.С. 117
Бекмурза А.Б. 11
Беленькова Ю.А. 36
Беликова Е.А. 211
Белобородова А.В. 37
Белобородова А.В. 226
Белов В.Н. 37
Белова Е.А. 37
Белова Н.О. 373
Белозерова Н.А. 64
Белозерова Н.В. 375
Белолипецкая В.Г. 37, 38, 259, 258
Белоногов Д.В. 159
Белоусов Д.Ю. 187, 188
Белькова Т.В. 39
Белюсова В.Н. 87
Беляев Л.В. 124
Беляева Ю.Б. 290
Берг А.Г. 39, 55, 291, 344
Берг М.Д. 51, 373
Бердибеков Т.Н. 131
Бердинских С.Г. 39
Бердникова В.А. 40, 174, 302
Бердникова Л.В. 40
Березикова Е.Н. 41, 86, 267
Беркинбаев С.Ф. 117
Бернс С.А. 150, 371
Берштейн Л.Л. 41
Бессонова Н.А. 41, 42
Бетехтина С.Н. 219
Бехбудова Д.А. 42
Бибарсова А.М. 43
Бигаринова Р.Ж. 141
Биккина Л.Б. 27
Биккинина Л.Б. 126, 240
Бирюкова Н.Б. 43
Бичан Н.А. 44
Благодатских С.В. 38, 258
Блохина Э.А. 44
Бобокалонова М.Р. 44
Бобровская Т.О. 380
Богданова С.Р. 271
Богмат Л.Ф. 45, 163
Богоявленская О.В. 45
Бойко Е.В. 313
Бойцов С.А. 218, 235
Бокалова Е.Ю. 25
Болдуева С.А. 329, 385
Большева О.Е. 46
Бондарев А.В. 133
Бондарева З.Г. 349
Бондаренко А.С. 167
Бондаренко В.С. 61
Бондаренко Л.А. 290
Бондаренко Н.А. 148
Бондаренко Т.С. 61
Бондарец О.В. 34, 65
Бондарь В.Ю. 232
Борзенкова Г.А. 46
Борзова О. А. 91
Боровик И.В. 267
Боровков Н.Н. 40, 46, 121, 122, 327
Боровкова Н.Ю. 327
Бородина М.А. 47
Боронова В.Б. 47
Бочкарева Е.В. 48, 158
Бочкарева Ю.В. 48
Брагина А. Е. 263
Брагина А.Е. 263
Бражник В.А. 49
Брек В.В. 49, 180
Британов А.Н. 224
Бритых Т.Н. 49
Бровкин А.Н. 49, 220
Брыткова Я.В. 52
Бубенов А.С. 208
Бубенов А.С. 209
Буданова В.А. 241
Будзинская М.В. 312
Будяк В.А. 367, 368, 369
Булашова О.В. 50, 310
Булешов Д.М. 131
Булыгин И.А. 172
Бурделова Н.Н. 187, 188
Бурди С.М. 19
Бурдина Е.Н. 51, 373
Бурков Н.Н. 51
Бурлака А.Н. 99, 181
Бурмистрова Л.Ф. 52
Бусарова Е.С. 62
Бутина Е.К. 48
Бухонкина Ю.М. 52
Бучнева Н.В. 52
Бушкова Э.А. 53, 336
Бушмакина А.В. 53, 54

Бушманова Г.М. 54, 55
Быковская Т.Ю. 341
Вавилов В.Н. 222
Вайханская Т.Г. 55
Валеев И.Г. 39, 55, 133, 291
Валеева Л.А. 196
Валиахметов М.Н. 56
Варакин Ю.Я. 158
Варакина Н.П. 86
Варваренко В.И. 225
Варварина Г.Н. 182
Варгина Т.С. 56
Варёнова Ж.А. 208
Василенко В.М. 21, 57, 90
Василец Л.М. 69
Васильев А.П. 57
Васильев В.Б. 202
Васильев Д.А. 130
Васильева Г.Ю. 71, 171
Васильева Л.В. 84
Васильева Н.В. 311
Василькова Т.Н. 58, 59, 269
Васькова Н.А. 81
Ватутин Н.Т. 59
Вахрушев А.К. 227
Вахрушева С.Е. 328
Вахрушева Ю.В. 60
Вачёв А.Н. 81, 321, 377
Вебер В.Р. 60, 61, 88, 116, 289
Велижанина Е.С. 61
Велижанина И.А. 61
Величко Н.П. 332, 333, 334
Веневцева Ю.Л. 56, 61
Веремеев А.В. 150, 228
Веркошанская Э.М. 62
Вершинина А.М. 62
Вершинина Е.О. 63, 65
Веселова С.П. 114, 352
Веселовская Н.Г. 63, 258, 353, 354
Ветошкин А.С. 64, 375
Ветушко В.Д. 330
Вечер А.В 157
Вивтаненко Т.В. 81
Вигель А.К. 188, 354
Видишева О.Н. 65
Викентьев В.В. 34, 65
Виноградов А.Г. 222
Виноградов А.И. 289
Вискунова А.А. 65
Витковский Ю.А. 313
Витковский Ю.А. 313
Вишневский А.Ю. 41
Воевода М.И. 278, 363
Воекова Н. А. 91
Возгомент О.В. 99
Войченко Т.Ю. 13, 66
Волков В.С. 67, 164
Волков А.М. 278
Волкова А.С. 66
Волкова С.Л. 248
Волкова С.Ю. 67
Волкова Т.Г. 271
Волобуев А.Н. 286
Волокитин И.В. 224
Волынкина В.М. 281
Воробьев А.Н. 68
Воробьев Б.И. 140
Воробьев Р.И. 189
Воробьева Е.Н. 121, 189, 237, 277, 245
Воробьёва Н. М. 67, 68
Ворожцова И.Н. 322
Воронина В.П. 204, 205
Воронина Н.В. 352
Воронцова А.П. 105
Вохидов Х.Р. 69, 243, 381
Вторушин Д.В. 14
Вторушин Д.И. 122
Вустина В.В. 69
Вялкина Ю.А. 70
Вятчинина С.В. 70, 71
Гаар Т.В. 306
Габерман О.Е. 71, 171
Габинский Я.Л. 72, 73, 136
Гаврилова Е.С. 138
Гагаркина Л.С. 73
Гагулин И.В. 79, 80
Гаджиев А.Н. 74
Гаджиев Г.Э. 3, 74
Гаджиева З.Г. 3, 74
Гаджиева Л.Р. 335
Гаева А.А. 374
Газзаева С.А. 21
Газзаева С.Р. 75
Газизов Р.М. 75, 76
Гайдукова И.З. 76
Гайдукова Н.И. 97
Гакова Е.И. 12, 76
Галимзянов Д.М. 320
Галимзянова Л.А. 246
Галимова Е.С. 240
Галимова Л.Р. 39
Галицкий А.А. 187, 188
Галоян Н.С. 312
Гальцев В.А. 77
Галяви Р.А. 356, 357
Галявич А.С. 210, 356, 357
Галяутдинов Г.С. 77
Гамзаева Д.М. 131
Ганеева К.И. 45
Гапон Л.И. 39, 62, 64, 105, 211, 254, 265, 294, 334, 375
Гапонова Н.И. 338
Гаранин А.А. 77, 78
Гарганеева Н.П. 78, 100, 107, 145, 322
Гареева Н.Х. 133
Гареева Э.И. 143
Гарина И.А. 342
Гатиятов Ю.Ф. 14
Гафаров В.В. 11, 12, 79, 80, 148
Гафарова А.В. 79, 80
Гафурова Р.М. 3, 131
Геворкян Т.Т. 55
Гендлин Г.Е. 281
Генералов В.М. 87
Герасимова Е.Б. 80
Германов А.В. 46, 81, 289
Германова О.А. 81
Гибельгаус М.А. 81
Гизятуллова Р.И. 297
Гильманова Д.Р. 196
Гильмутдинова Ф.Г. 81
Гимаев Р.Х. 291, 292
Гладких А.С. 294, 295
Глазков А.Л. 305
Глотов А.В. 261
Глуховский М.Л. 273
Глушак Э.С. 77
Говорин А.В. 119
Говорин А.В. 180
Говорин А.В. 229
Говорин А.В. 254
Говорин А.В. 327, 358, 213, 376, 377
Гоголашвили Н.Г. 49, 82, 110, 147, 190, 237, 292
Гоголь К.В. 383
Голобородова И.В. 313
Голованова Е.В. 160, 238, 239, 307, 308
Головенкин С. Е. 374
Головина А.С. 202
Головской Б.В. 8, 33, 51, 111, 355, 373
Голубев А.Д. 125
Гольберг Я.С. 189, 237
Гомова Т.А. 56, 61
Гончарова Л.Н. 82
Гончарова Н.С. 179
Горбатенко Е.А. 170, 355, 385
Горбатовский Я.А. 359
Горбаченков А.А. 383
Горбунов В.В. 13, 66, 73, 175
Горбунов В.М. 17
Горбунова Т.В. 66
Горбунова Т.Ю. 355
Гордеев Е.О. 268
Гордеев М.Л. 253
Гордиенко А.В. 383
Горина Л.В. 83
Горнаева Л.И. 199
Городецкая Е.В. 83, 84
Гороховская Г.Н. 255
Горшкова Е.С. 49, 220
Горьков А.И. 138
Горюцкий В.Н. 186
Горяинова Е.В. 175
Гостева Е.В. 84
Гостюнина И.Ю. 273
Грайфер И.В. 85
Гребенкина И.А. 41, 86, 184, 211, 267
Гребенюк С.В. 132
Гречишкина О.А. 86
Гречкина Е.Р. 124
Григоричева Е.А. 216
Григорьев Е.В. 320
Григорьев С.С. 101
Григорьева Н.Ю. 215, 216
Гриднева Е.В. 86
Гришенцев А.Ю. 136
Гришина И.В. 219
Гришкин Ю.Н. 41
Громнацкий Н.И. 87
Громов А.А. 87
Громова Е.А. 79, 80
Гроссу А. 92
Грудинина Н.А. 202
Груздева О.В. 169
Губин Д.Г. 64, 375
Губская П.М. 60, 61, 88, 116, 289
Гудкова А.Я. 31, 32, 88, 174, 192, 382
Гультяева Е.П. 39, 265
Гуляева Н.В. 89
Гумерова О.Н. 240
Гуранда Д.Ф. 37
Гуранова Н.Н. 89, 91, 335
Гурбанов В.О. 90
Гурбанова Х.И. 9, 10
Гуревич В.С. 222
Гуреев С.В. 325
Гурижева М.В. 90
Гурьянова Л.Н. 89, 91, 335
Гусаковская Л.И. 109, 242
Гусева И.А. 54
Гусева Н.М. 185
Гусева С. Л. 91
Гусейнзаде М.Г. 160
Гусейнова А.А. 91
Гусейнова Н.И. 9
Гусейнова Э.Ш. 101
Гущина В.М. 281
Давид Л. 92
Давидович И.М, 24, 25, 232
Давыдов Е.Л. 92, 93, 345
Давыдов И.Н. 293
Даниленко О.А. 215
Данковцева Е.Н. 93, 251
Дворяшина И.В. 347
Деев А.Д. 17, 117, 162, 228, 357
Дементьева О.В. 89
Демин А.А. 332, 333, 334
Демина Е.П. 222
Демина И.Д. 94
Демьянкова Ю.О. 168
Денисенко А.Д. 222, 323
Денисов Е.Н. 95
Денисова Е.А. 94, 112
Денисова С.С. 341
Денисова Т.П. 197, 198
Деревнина Е.С. 95
Деревянных Е.В. 95, 265
Деревянченко М.В. 96
Детковская И.Н. 157
Джалилова Д.А. 97
Джалилова Р.А. 97
Джалилова Ф. А. 97
Джамилов Р.Р. 129
Джаппуева С.К. 57
Джинджолия Н.Р. 7
Джолдасбекова А.У. 11
Дзезюля А.М. 193
Дзерве В.Я. 98
Дзизинский А.А. 47, 175, 274, 336
Дивакова Т.С. 157
Дидигова Р.Т. 98, 99
Динер В.Э. 99
Дмитриев В.А. 8
Дмитриева А.А. 140
Дмитриева Н.А. 205
Дмитрова Т.Б. 135
Добровольский А.Б. 67
Добротина И.С. 40
Добрынина Л.А. 294
Довгалевский Я.П. 99
Докшин М.С. 100
Долгов А.М. 293
Долгушева В.В. 86
Долишняя Г.Р. 13
Долотовская П.В. 198, 275
Долтмурзиева Н.С. 101
Домбровский А.А. 189
Донов А.В. 100
Донченко И.А. 241
Дороднева Е.Ф. 111
Досбаева А.М. 149
Дробкова И.П. 114, 352
Дроботя А.А. 101
Дроботя Н.В. 101
Дроздецкий С.И. 101
Дроздова Л.Ю. 204, 205
Дроздова П.Б. 202

Дронова Т.А. 380
Дубас И.О. 154
Дубчинская Н.Л. 157
Дульский В.А. 101, 102, 103, 104
Дурнова Н.Ю. 99
Дурова О.А. 105, 274
Дусебекова Л.А, 6
Дьячков В.А. 377
Дюжиков А.А. 292
Дюкова Н.А. 14
Дятлов А.А. 61
Евдокимов Д.О. 35, 319
Евдокимова А.Г. 327
Евдокимова М.А. 246
Евдокимова О.В. 105
Евсевьева М.Е. 106
Евсеев М.Е. 289
Евсина М.Г. 106
Евсина О.В. 107
Евсюков А.А. 107
Евтерева Е.Д. 108
Егорова Е. А. 110
Ежов М.В. 23, 108
Елинская М.С. 108
Елисеева И.В. 109
Ельцова М.А. 351
Емельянов И.В. 110
Емельянова А.Л. 109
Еникеева Г.Р. 276
Еременко Е. Ю. 110
Еремин И.И. 161
Ермакова Е.А. 110
Ермаченков А.А. 25
Ермачкова Л.В. 111
Ерченкова В.Е. 162
Ершова А.И. 218
Есимбекова Э.И. 141
Ефанов А.Ю. 111
Ефанов Ю.М. 81
Ефремова Ю.Е. 112
Ефремовцева М.А. 135
Ефремушкин Г.Г. 112, 191, 223, 339, 343
Жабина Е.А. 37, 38, 113
Жаворонкова И.А. 113
Жалолов Б.З. 114
Жалсараев Т.Ж. 301, 302
Жданкина Н.В. 114
Жданов В.С. 114, 352
Жезлова А.В. 38, 259
Железнов Ю.Б. 234
Женчевская Ю.В. 360, 361
Жержова А.Ю. 294
Жерновкова Т.Г. 276
Жикина Н.П. 115
Жирикова Л.Р. 115
Жмайлова С.В. 60, 61, 88, 116, 289
Жолдин Б.К. 117, 301
Жолдыбаева Е.В. 11
Жукова В.А. 117, 357
Журавлева И.Ю. 51, 172, 228
Журавлева Т.Д. 254
Заболотских Т.Б. 282
Завадовский К.В. 117
Заварин В.В. 118
Завражных Л.А. 125
Загидуллин Н.Ш. 27, 126
Загидуллин Ш.З. 27, 126
Заикина М.В. 384
Заирова А.Р. 118
Зайцев Д.Н. 119, 313
Зайцева Н.В. 384
Закиров Н.У. 177, 178
Закирова А.Н. 143
Закирова А.Н. 4, 39, 55, 119, 120, 121, 143, 291, 344
Закирова А.Р. 133
Закирова Н.Э. 39, 119, 120
Закирова Ф.А. 346
Зальцман А.Г. 20, 121, 244, 245, 277
Занозина О.В. 46, 121, 122
Зарубина Е.Г. 29
Затейщиков Д.А. 122
Затейщиков Д.А. 14, 49, 93, 122, 220, 246, 251
Затейщикова А.А. 220
Захарова А.В. 205
Захарова В.Л. 123, 304, 305
Захарова Е.Х. 170
Захарова Т.И. 41, 338, 339
Звартау Н.Э. 165
Звенигородская Л.А. 123
Звенцова В.К. 228
Зверева Т.Н. 124
Зелтынь-Абрамов Е.М. 124
Земскова Е.Н. 212
Зернюкова Е.А. 124
Зиньковская Т.М. 125
Золотарёва Г.Н. 125
Зонов О.А. 226
Зонова Ю.А. 226
Зотов А.К. 126
Зотов Н.П. 78
Зотова Т.Ю. 126
Зубова О.А. 339
Зубок В.А. 24
Зуйкова А.А. 46
Зулкарнеев Р.Х. 27, 126
Зыков М.В. 127
Зырянов И.П. 385
Ибатов А.Д. 127
Ибрагимова Д.М. 127, 273
Ибрагимова Х. 348
Ибрагимова Ш.С. 9, 10
Иваненко В.В. 110, 161, 262, 326
Иванов А.П. 128
Иванов И.В. 140
Иванов С.В. 27, 28, 35, 319, 333, 334
Иванова Г.О. 314, 384
Иванова М.В. 363
Иванова И.А. 285
Иванченко Д.Н. 128
Иващенко Т.Э. 260
Игнатьева Н.М. 50
Илов Н.Н. 129
Ильина Л.Н. 108
Ильясова У.Г. 3
Иманкулов С.Б. 153
Иманкулов С.Б. 300
Иманов Г.Г. 129
Инарокова А.М. 98, 99
Индукаева Е.В. 203, 241, 310, 359
Инорокова А.М. 115
Ирхина Е.А. 129
Исаева Е.Н. 130
Исаков Д.В. 25
Искендеров Б.Г. 86, 130, 271, 272
Исламов Р.Р. 366, 367, 368, 369
Исламова У.А. 3, 131
Исмаилов Ж.К. 131
Истрати В. 133
Ишков С.В. 20
Ишмакова Р.А. 133, 233
Ишманова А.Р. 133
Ишмурзин Г.П. 133, 134
Каверин Д.В. 134
Каверин Н.Д. 134
Каганов Б.С. 65
Кадиева И.А. 131
Кадирова Ш.С. 139
Казаков Ю.И. 19
Казакова Т.В. 135, 144, 281
Казанцев А.В. 271
Казанцева Т.А. 135
Казарян Э.Э. 312
Казачек Я.В. 27, 28
Казидаева Е.Н. 61
Казначеева Е.И. 252
Казьмина В.Ю. 182, 183
Калев О.Ф. 135, 288, 306, 379
Калева Н.Г. 135
Калинина Е.А. 136
Калинина Л.П. 384
Калинина С.Г. 136, 137
Калинкин А.Л. 165
Калинкин М.Н. 118
Калинкина Н.В. 59
Каллистов Д.Ю. 137, 138
Калтыкова В.В. 101
Калягин А.Н. 283
Каменев В.Ф. 138
Каменева О.С. 138
Камилова У.К. 4, 121, 139, 140
Канорский С.Г. 364, 365
Канукова Ф.У. 21, 75
Капакова М.А. 141
Капилевич Н.А. 270
Каплан М.А. 269
Каплина Е.Н. 140
Капрош Н. 133
Капустина А.В. 117, 162, 228, 357
Карабаева Р.Ж. 141
Каражанова Л.К. 141, 142
Карамова И.М. 120, 133, 143, 344
Карантыш Г.В. 128
Карбышев И.А. 354
Карелкина Е.В. 143
Каретникова В.Н. 36, 334
Каримуллина З.Ф. 296
Кароли Н.А. 287
Карпенко М.А. 253, 363
Карпина Н.Ю. 265, 325
Карпов Е.М. 337
Карпов Ю.А. 112
Карпова И. С. 31
Карпова Н.Ю. 135, 144, 281
Карпова Э.С. 144, 194
Карпович А.В. 279
Карпунина Н.С. 145
Карташова Е.А. 233
Каруна Ю.В. 231
Карханбарьян И.П. 271
Каскаева Д.С. 145
Кастанаян А.А. 133, 140, 233
Касумов З.И. 42
Касумова Ф.З. 146
Касумова Ф.Н. 146, 147
Катикова О.Ю. 37, 258
Каткова Л.А. 181
Катман Е.С. 147
Катунин В.Д. 77, 78
Кахраманова С.М. 342, 343
Качковская Т.А. 21
Качковский М.А. 284, 288
Качнов В.А. 330
Кашина Т.В. 24
Кашталап В.В. 36, 127, 257, 334
Каштальян О.А. 147
Каштанова Е.В. 278, 363
Каюмова М.М. 11, 12, 148
Каюмова Н.К. 4
Квирквелия А.А. 201
Кеворкова Ю.Г. 177
Кейзер Н.П. 148
Кенжина З.З. 153, 300
Керимкулова А.С. 149
Керимова Э.З. 9
Кибальчич Д.А. 38, 259
Ким З.Ф. 212
Киприна Е.С. 150, 371
Кириенко А. И. 67
Кирилова Ю.А. 50
Кириченко Н.А. 288
Кирпичёва Г.Н. 21
Киселев Д.Г. 14, 122
Киселева Г.И. 171
Кисляк О.А. 345
Китаева Е.А. 150
Климачева О.В. 168
Климова Т.М. 53, 150, 336
Клиценко О.А. 359
Кличева О.Б. 177
Клочков В.А. 151
Клочкова Г.Р. 119, 120
Кобылкина Т.В. 105
Ковалев Д.В. 151, 152
Ковалев С. А. 37
Ковалева Е.А. 376
Ковалевская Н.А. 53, 54
Коваленко Е.В. 152, 256, 327
Коваленко О.В. 172
Коваленко Т.С. 203
Коваль Е.А. 285
Ковальцова К.А. 373
Ковригина М.В. 201
Кожахметова С.С. 153
Козаренко А.А. 63, 353, 354
Козий А. В. 153
Козина Л.Е. 290
Козиолова Н.А. 53, 54, 115, 176, 206, 351, 361, 362
Козленок А.В. 88, 382
Козлова И.Ю. 153, 300
Козловский В.И. 154, 155, 156, 157
Козловский И.В. 157
Козырева Т.Ю. 332, 333, 334
Коковина Г.Г. 188
Кокурина Е.В. 48, 158
Колбасников С.В. 236
Колганова Э.В. 138
Колебошина А.А. 129
Колесник Т.В. 158
Колесова Е.П. 110, 161
Колмогоров В.Г. 189
Колмыкова Г.А. 182
Колодяжная О.И. 159

Коломоец Н.М. 29
Колпаков Е.В. 13
Колтунов И.Е. 37, 38
Колтырина Е.Н. 166
Колунин Г.В. 159, 355, 385
Кольцова О.Н. 159, 160
Кольчугина В.В. 290
Комарова Д.В. 41
Комарова М.Г. 271
Комарова Т.Ю. 202
Комиссаренко И.А. 160
Комиссарова С.М. 161
Кондакова Г.Б. 191
Кондакова Н.В. 121
Коневалова Н.Ю. 155
Конопляников А.Г. 269
Конради А.О. 110, 161, 165, 202, 287
Константинов В.В. 117, 162, 228, 357
Константинов В.О. 202, 249
Константинова Е.В. 161
Константинова Н.А. 161
Константинова О.Д. 181
Копылова Н.В. 163
Коренев Н.Н. 163
Коричкина Л.Н. 164
Корнева В.А. 164, 202
Корнякова А.Р. 379
Коробченко Е.Е 164
Корок Е.В. 35, 279, 319
Королева Е.А. 165
Королева Е.Б. 185
Королева Т.В. 56
Коростовцева Л.С. 165
Корягина Н.А. 166
Косачева Н.Б. 166
Косенков Е.И. 252
Косматова О.В. 309
Костылев А.И. 134
Костычева Т.В. 29
Котельникова В.А. 73
Котельникова Е.В. 144, 194
Котова Д.П. 138
Кохонова О.П. 274
Кочкин Д.В. 277
Кочкина М.С. 220
Кочмашева В.В. 167
Кошевая О.Д. 73
Кошелева Н.А. 167, 168
Красиков С.И. 163
Красильникова Е.И. 202
Красова Е.Е. 366, 367, 368, 369
Кратнов А.А. 168
Кратнов А.Е. 26, 168, 193
Кремено С.В. 169
Кремнева Л.В. 81
Крестьянинов М.В. 169
Кривоносова С.Ш. 296
Кривошапкин В.Г. 53
Кривых С. К. 366
Криночкин Д.В. 159, 170, 261, 355, 385
Кром И.Л. 245
Крохина Е.Ю. 76
Кругликова А.В. 288
Круглова Н.Е. 170
Крупнова Э.В. 161
Крутиков А.Н. 192
Кручинина М.В. 87
Крылов А.Б. 16
Крюков Н.Н. 71, 81, 171, 286
Крючков Д.В. 172
Куатбаев Е.М. 131
Кудашева Н.А. 196
Кудашова Е.А. 219
Кудрявцева Ю.А. 51, 172
Кудряшов Е.А. 83, 84, 173, 312
Кудряшова Ю.А. 312
Кузнецов А.В. 249
Кузнецов А.Н. 215, 216, 233, 234
Кузнецов В.А. 11, 12, 76, 148, 159, 170, 192, 249, 261, 276, 310, 355, 385
Кузнецов С.И. 371
Кузнецова А.В. 173
Кузнецова А.С. 40, 174, 302
Кузнецова И.А. 32, 88, 174
Кузнецова Н.В. 72
Кузнецова Н.И. 55
Кузнецова Т.Ю. 164, 165, 303
Кузнецова Я.В. 40, 173, 174, 302
Кузовенкова О.Н. 82
Кузор Т. 92
Кузьмин А.Г. 175
Кузьмина Т.М. 175, 284
Куимов А.Д. 338, 339
Куклин С.Г. 175
Кукушкин С.К. 117, 176, 357
Кукушкина Л.С. 290
Кулиева С.Ш. 7
Кулиева Т.Х. 7
Кулюцин А.В. 192
Куницына Н.Ю. 176
Курбанов Н.А. 5, 177
Курбанов Р.Д. 114, 177, 178, 227
Кургузикова Е.П. 256
Курзанов А.Н. 151, 152
Курникова А.А. 234
Курьянов П.С. 222
Кусаев В.В. 92, 93, 345
Кутергина Т.И. 179
Кутуев Х.А. 207
Кутузова А.Э. 136, 179
Кухарчук В.В. 218, 252
Кучеренко Д.О. 180
Кучеренко О.Д. 180
Кучин К.В. 101
Кучина Т.А. 276
Кушнаренко Н.Н. 180, 327, 358, 376, 377
Куюков И.Т. 127
Кушнясева С.К. 181
Лавренова Н.Ю. 313
Лавринова А.М. 367, 368, 369
Лаврушина О.С. 13
Лазарев И.А. 362
Лазарева Е.В. 181
Лазарева О.А. 182
Лактионкина Н.Г. 208
Лапидус Н.И. 305
Лаптева Г.Ф. 182, 183
Лапшина Е.А. 175
Ларева Н.В. 274
Латфуллин И.А. 183
Лаут М.В. 384
Лашманов Д.И. 212
Лебедев Д.С. 325
Лебедева Е.А. 183
Лебедева Л.С. 184
Лебедь В.Г. 185
Лебедькова С.Е. 185
Левиус Е.М. 310
Левицкий Е.Ф. 311, 312
Левшин А.В. 186
Лекарева И.В. 186
Лельчук И.Н. 117, 162, 357
Леонов А.С. 188
Леонова И.А. 329
Леонова М.В. 187, 188
Леонова Н.В. 188, 354
Леонова Н.М. 188
Леонович Е.Г. 157
Лерман О.В. 17, 205
Лещенко И.Ж. 189
Либис Р.А. 83, 130, 206
Линник А.С. 342
Линник С.А. 231
Липовецкий Б.М. 189, 202
Липчанская Т.П. 144, 194
Литвиненко М.В. 190
Лиферов Р.А. 235, 311
Лишманов Ю.Б. 117, 190, 197, 204
Лобанова Н.Ю. 213
Лобанова О.С. 190, 383
Лобова Д.А. 259
Логачева И.В. 30
Логинов О.Е. 213
Логинова Р. Д. 91
Ложкина М.В. 327
Ломакина Н. А. 191
Лопатин Ю.М. 262, 326
Лопатникова Е.Н. 193
Лория И.Ж. 209
Лохина Т.В. 86
Лошакова О.Д. 191
Луканцова О.Б. 314
Лукина Ю.В. 205
Лукинов А.В. 186
Лукша Е.Б. 41, 85, 184, 211, 267
Лукьянов В.Ф. 238, 239, 307, 308
Лукьянова М. В. 192
Лунин В.В. 248
Лупанов В.П. 28
Лучанинова И.С. 179
Лучинский С. А. 218
Лыкасова Е.А. 192, 249
Лыков А.В. 73
Лымарь Ю.В. 192
Лысенкова Н.О. 193
Лысцова Н.Л. 57
Лышова О.В. 193
Лякишев А.А. 23, 108
Лямина Н.П. 194
Лямина С.В. 194
Лямина Н.П. 144
Ляшенко А.А. 145
Магницкая О.В. 190, 197, 204, 293
Мадеева Д.В. 195
Мадорский А.Ф. 314
Мажитов Т.М. 141
Мазунина О.Н. 306
Мазур В.В. 328
Мазур Е.С. 328
Макаев И.М. 77
Макаров М.А. 246
Макаров С.А. 172, 203, 241
Макарова Н.А. 195
Маковеева Е.А. 196
Максимов Н.И. 196, 243
Максимова М.А. 205
Максимчук Н.С. 30
Максютова А.Ф. 196
Малахов А.И. 190, 197, 204
Малинова Л.И. 197, 198, 275, 296
Малкова М.И. 50
Малышев П.П. 218
Малышева Е.В, 199
Малышева А.М. 17, 38
Малышенко Е.С. 27, 28
Мальнева О.Э. 179
Мальцева О.В. 199
Малютина С.К. 253
Мамаджанова Г.С. 200
Мамамтавришвили Н.Д. 201
Мамарасулов Т.М. 235, 258
Мамедов М.Н. 98, 99, 201, 317, 360
Мамедова В.С. 9
Мамедова Р.Н. 146
Мамедова С.И. 201
Мамонтов О.В. 202
Манак Н.А. 31
Мандельштам М.Ю. 202
Мандзилевская С.В. 203
Маношкиа Е.М. 176
Мансурова Д.А. 203
Манукян А.В. 66
Манхаева Б.Б. 220
Марданов Б.У. 5, 15, 177
Мареева М.Ю. 203
Маркина И.Л. 244
Мартыщенко А.Н. 190, 197, 204
Марцевич С.Ю. 204, 205
Марченко Е.Н. 206
Масалимова А.Т. 142
Масенко В.П. 252
Маслаков В.В. 366
Масленникова О.М. 206, 230
Маслов А.Г. 337
Маслова А.П. 206
Матаев С.И. 58, 269
Матвеев А.К. 207
Матвеев В.В. 5, 208, 209, 210
Матвеева С.А. 207, 208
Матвеева Т.В. 50
Матросова И.Б. 109
Матюшин Г.В. 110
Махиянова Э.И. 210
Махмудов Э. А. 211
Махмутходжаев С.А. 228
Махнева Е.А. 211
Мацкевич С. А. 31
Маянская С.Д. 41, 86, 184, 199, 211, 212, 267
Медведев А.П. 212, 213, 234
Медведев И.Н. 214, 215
Медведева Е.А. 377
Медведева И.В. 316, 329
Медведева Т.А. 213
Медведева Ю.Н. 282
Медынцева Ю.В. 215, 216
Межонов Е.М. 216
Мелентьев А.В. 94, 304
Мелиоранская Е.И. 88
Мельников А.Х. 56, 61
Мельников И.Ю. 216
Мельникова Л.В. 86
Мельникова М.А. 169, 291, 292

Мельниченко О.В. 233, 234
Менджерицкий А.М. 128
Мензоров М.В. 217
Меркулова Е.В. 258
Меркулова Н.К. 110
Меркулова Е.В. 259
Метельская В.А. 117, 357
Мехралиев Р.Р. 217
Мешков А.Н. 218
Мешкова М.Е. 330
Миллер О.Н. 218, 315
Милованова Е.В. 201, 218, 332
Милютина О.В. 219
Минаков Э.В. 219
Минеева Е.Е. 379
Миннетдинов Р.Ш. 210, 356, 357
Минушкина Л.О. 49, 220, 246
Миренкова А.А. 155
Мирзазаде В.А. 9
Мирзарахимова С.Т. 177
Мирзоев У.А. 129
Миролюбова О.А. 60
Миронов В.А. 220, 221, 222
Миронов М.В. 220, 221, 222
Миронова Т.Ф. 220, 221, 222, 300
Мирошникова В.В. 222
Митрофанова Л.Б. 325
Михайлов А.Н. 223
Михайлов С.Н. 223
Михайлова А.В. 188
Михайлусова М.П. 32
Михаленко Е.П. 161
Михальчук О.Я. 45
Михин В.П. 159, 160
Михопарова О.Ю. 199
Мишина И.Е. 183
Мозерова Е.М. 101, 102, 103, 104
Моисеева О.М. 143, 179
Моисеенков Г.В. 371
Молдагалиева Ж.Т. 149
Молева В.И. 45
Молотилова С.А. 62
Молчанова А.А. 223
Молчанова О.В. 224
Молянова А.А. 384
Момыналиев К.Т. 11, 153
Моргунов Л.Ю. 224, 225
Моргунов М.Н. 233
Мордовин В.Ф. 22, 23, 225, 284
Мордовина А.Г. 265, 325
Морева Е. Ю. 371
Морозова Е.А. 379
Морозова О.И. 325
Морозова Т.Е. 37, 226
Морошкин В.С. 143
Мостовой Ю.М. 226
Мошкина А.А. 226
Мравян С.Р. 203
Мукатова А.М. 240
Мулерова Т.А. 227
Муллабаева Г.У. 227
Мун С.Ю. 127
Мурадова С.Р. 9, 10
Мураталиев Т.М. 228, 229
Мурашко Л.М. 309
Мурзабаева Р.Р. 17
Мурина Е.А. 260
Муромцева Г.А. 162, 228, 317
Мурылев В.Ю. 285
Мусихина Н.А. 211, 334
Муха Н.В. 229, 254
Мухамадияров Р.А. 228
Мухер А.А. 211
Мухтаренко С.Ю. 229
Мырзакулов Е.С. 230, 298
Мязин В.Е. 175
Мясоедова С.Е. 34
Навасардян А.Р. 210
Нагаева Г.А. 5, 15
Нагин А.П. 339
Назарова О.А. 230
Нардин Д.Б. 73
Нарзуллаева А.Р. 230
Настрадин О.В. 328
Наумов В.Г. 252
Наурбиева Е.Н. 231
Начинкин В.В. 262
Начкина Э.И. 231
Неаполитанская Т.Э. 232
Небиеридзе М.И. 7
Невзорова В.А. 328
Недоруба Е.А. 133, 233
Недошивин А.О. 253
Неклюдова Ю.Н. 228
Некрасов А.А. 233, 234
Нелаев В.С. 81
Немирова С.В. 212, 213, 234
Непомнящих Л.М. 54, 55
Нестеров Ю.И. 266
Нефедова Л.В. 290
Нигматуллина Р.Х. 143
Никитенко В.И. 125
Никитин А.Г. 220
Никитин А.Э. 330
Никитин Ю.П. 253
Никитина Е.В. 165
Никитина Н.М. 234
Никитина О.В. 168
Никифорова О.В. 72
Никишин А.Г. 235, 258
Николаева И.Е. 133
Никонова В.В. 163
Никонова Л.М. 311
Никонорова Н.Г. 247, 248
Никулина Г.П. 106
Никулина Н.Н. 235
Нилова О.В. 236
Нилова С.А. 67, 236
Нищета О.В. 332, 333, 334
Новгородцева Н.Я. 49, 82, 147, 237, 190
Новик Г.А. 382
Новиков В.Е. 309
Новиков В.И. 41
Новиков О.М. 373
Новиков Р.А. 238, 239, 307, 308
Новикова О.В. 237
Новожилова Н.В. 303
Новосёлов Н.А. 19
Носиков В.В. 49, 220
Носов А.Е. 27
Носова Е.М. 163
Носова Н.С. 182, 183
Нохрин А.М. 332
Нуралинова Г.Ж. 149
Нурбаев Т.А. 235, 258
Нургатина Э.Р. 75
Нуржанова Т.М. 88, 116
Нуриллаева Н.М. 239
Нуркина Д.А. 240
Нурмухамедов А.И. 16
Нуртдинова Г.М. 240
Нуртдинова Э.Г. 39, 55, 344
Нысанбаева Н.К. 6
Нысанбекова А.О. 6
Обердерфер Р.И. 338, 339
Обухова Е.О. 121
Обыденникова О.Н. 171
Овчинникова Т.И. 379
Огарков М.Ю. 227, 241, 310, 359
Окишева Е.А. 241
Олезов Н.В. 169, 291, 292
Олейников В.Э. 109, 192, 241, 242
Оленская Т.Л. 242
Олесин А.И. 153, 243
Олимов Н.Х. 69, 243, 372, 381
Онищенко Е.Г. 227
Опарина Л.А. 172
Ополонский Д.В. 196, 243
Оразгалиева Г.Р. 17
Орехова Л.Ю. 31, 32
Орлов Р.Б. 277
Осадчий В.А. 244
Осипов Д.А. 245, 285
Осипова В.В. 280
Осипова Е.В. 86
Осипова И.В. 20, 244, 245, 277
Ослопов В.Н. 45, 246, 345, 353
Ослопова Ю.В. 246
Осмоловская В.С. 246
Осокина А.В. 247, 248
Осташева Н.Л. 111
Островский А.Ю. 55
Ощепкова Е.В. 8, 118
Ощепкова Т. П. 250
Павлов А.В. 159
Павлов М.А. 24
Павлов А.В. 355
Павлова Т.В. 248
Павлова Я.Р. 249
Падыганова А.В. 249, 264
Пак Ю.А. 170, 192, 249
Пальшина А.М. 250
Панов Д.О. 80
Панова Е.И. 170
Панова Т.Н. 273
Панферова Е.К. 263
Панфилова Е.Ю. 251
Панченко Е.П. 67
Панченко Е.А. 328
Панькова А.Н. 117, 251
Парасюк Е.Г. 196
Партигулова А.С. 252
Паруликова Л.В. 332, 333
Парфененкова И.В. 274
Пархоменко В.В. 252
Паскарь Н.С. 253
Пахотина В.А. 12
Пахрова О.А. 277
Пегова Е.В. 50
Пекарский С.Е. 225
Пелло Е.В. 253
Пергаева Ю.С. 188, 354
Перевалова Е.Б. 229, 254, 313
Перменов Б.А. 131
Пермяков В.Б. 64, 375
Персашвили Д.Г. 95
Петелина Т.И. 254
Петина М.М. 255
Петрашевская Т.Г. 254
Петрищева А.В. 255
Петрищева Г.П. 255
Петров В.С. 256, 314
Петров Е.С. 286
Петров И.М. 256, 257
Петрова И.В. 169
Петрова М.В. 151
Петрова М.М. 95, 100, 107, 145
Петрухин В.А. 203
Печерина Т.Б. 257
Пешкова Н.С. 258
Пинигин С.В. 138, 332
Пирназаров М.М. 258, 235
Писарев В.В. 38, 258, 259
Пискунов Д.В. 144
Пичугин В.В. 212, 213
Платонова Е.В. 117, 357
Плесовский П.А. 260
Плоткин В.Я. 260
Плотникова О.А. 65, 380
Плотникова О.В. 261
Плюснин А.В. 62, 170, 261
Плюхова А.А. 312
Повасарис Н.С. 262
Подворчан М.А. 262
Поддубная А.В. 263
Поддубская Е.А. 201, 360
Подзолков В.И. 5, 56, 208, 209, 210, 263, 264
Подольская А.А. 133, 183
Позднякова Н.А. 48
Позднякова Н.В. 265, 325
Покровский С.Н. 23, 108
Поликарпов Л.С. 49, 95, 265, 344, 373
Поликутина О.М. 62
Полковникова Т.Г. 265
Полонская Я.В. 278, 363
Полтавцева О. В. 266
Полякова А.А. 88
Полякова А.М. 338
Полякова О.М. 267
Помешкина С.А. 267
Поморцев А.В. 364, 365
Понимаскина Т.В. 121
Пономарёва Е.П. 231
Пономарёва Ю.В. 293
Пономаренко С.В. 218
Попов В.А. 20
Попов С.В. 63, 65, 225
Попова А.А. 41, 86, 184, 267
Попова М.А. 268
Попова С.Н. 62
Попова Т.Н. 58, 59, 269
Попович И. 132
Поповкина О.Е. 269
Попонина Т.М. 270, 271
Попонина Ю.С. 270
Попылькова О.В. 271, 272
Поротикова Е.В. 24
Порываева М.Ю. 203
Порядина Г.И. 376
Поселюгина О.Б. 67, 272
Поскребышев В.П. 24
Постнов А.Ю. 82
Потешкина Н.Г. 97, 272
Починка И.Г. 364
Пояркова Е.В. 277, 294
Правдивцева Е.В. 272
Преображенский Д.В. 19
Привалов Д.В. 14, 122
Пристром М.С. 147
Провоторов В.М. 273
Прокопенко Н.А. 127, 273
Пронина В.П. 203
Протасов К.В. 47, 274, 336

Протопопов А.В. 292
Прошина Л.Г. 61, 116, 289
Прытков В.В. 213
Пуджа О.В. 149
Пурыгина М.А. 274
Пустотина З.М. 274, 275
Пучиньян Н.Ф. 198, 275
Пушкарев Г.С. 276
Пушкарева А.Э. 276
Пушкарева С.В. 188, 354
Пушкина Н.В. 277
Пчелинцева С.А. 280
Пыдык И.О. 129
Пырикова Н.В. 20, 245, 277
Пыхалова И.Е. 309
Пьянков А.К. 277
Пьянков В.А. 277
Пятницкая С.В. 278
Рабко А.В. 87
Рагимова А.С. 10
Рагино Ю.И. 278, 363
Радаева И.Ю. 151
Радайкина О.Г. 89, 91, 335
Радзевич А.Э. 124, 327
Радионов В.В. 374
Радукан А. 92
Радченко Е.Н. 256
Радьков О.В. 118
Радюхина Н.В. 112
Ражева О.К. 193
Разумовский И.В. 341
Райх О.И. 279
Рак Л.И. 45
Ральникова Н.А. 135
Раманкулов Е.М. 153
Раменская Т.Е. 312
Распутин В.В. 226
Распутина Л.В. 226, 279
Расулова З.Д. 139
Рахимова М.Г. 280
Рахимова Э.М. 17
Рахматуллов А.Ф. 280
Рахматуллов Ф.К. 43, 52, 280
Рашид М.А. 135, 144, 281
Ребеко Е.С. 281
Ребров А.П. 76, 168, 234, 245, 287
Резбаева А.Г. 27, 126
Резник Е.В. 281
Резниченко Н.Е. 122, 251
Резяпова Н.Х. 282
Рейдер Т.Н. 44
Ремизова А.И. 282
Репин А.Н. 63
Репникова Р.В. 283
Решетько О.В. 85
Решина И.В. 283
Рипп Т.М. 284
Рогова З.Ш. 164
Рогоза А.Н. 8, 118
Рогозина Л.А. 175, 284
Родионова Ю. Н. 263
Родыгина Т.И. 222
Рождественская Е.Д. 167
Рождественская Т.В. 285
Рожкова Т.А. 218
Роккина С.А. 67
Романенко С.В. 285
Романов А.И. 137, 138
Романова А.А. 153
Романова Н.П. 286
Романчук Н.П. 286
Романчук П.И 286
Романчук С.В. 230
Ротарь О.П. 161, 287
Рощина А.А. 287
Рощупкин А.Н. 185, 287
Ртищева О.В. 288
Рубан Е.В. 329
Рубаненко А.О. 289
Рубаненко О.А. 288
Рубанова М.П. 60, 61, 88, 116, 289
Рудаков А.В. 61
Рудакова Л.Е. 290
Руденко В.Г. 39, 55, 291
Рузов В.И. 169, 291, 292
Румбешт В.В. 292
Рунихина Н.К. 32, 33
Рунов Г.П. 121
Русанова Н.Р. 95
Рустамова Я.К. 129
Руцкина Е.А. 313
Рыбакова М.Г. 32, 88, 174
Рывкина А.М. 331
Рыжова Т.А. 44
Рычков А.Ю. 348, 355
Рэчилэ В. 92
Рябов А.Е. 77, 78
Рябова Е.Н. 289
Рябцева Е.А. 292
Рязанова А.Ю. 293
Рямзина И.Н. 166, 359
Сабирова Э.Ю. 294
Савельева Н.Ю. 294
Савельева Е.Г. 220
Савина Н.М. 294, 295
Савинова Е.Б. 295
Савкина Н.П. 256
Савченко А.А. 190
Савченко А.П. 214
Савченко А.А. 147
Савчук Т.Е. 254
Саджая Л.А. 296
Садреева Д.С. 296
Садыгова Т.А. 9, 10
Садыкова А.К. 75, 76
Садыкова А.Р. 296, 297
Сайганов С.А. 297, 298
Саидмурадова Н.Д. 200
Сайфитдинова Н.Б. 227
Салаев О.С. 178
Саламатина Л.В. 332
Самко А.Н. 28
Самородская И.В. 152, 298
Самсонова Н.Г. 123
Саночкина Е.В. 220
Сапожников А.М. 161
Сапожникова И.Е. 30, 299
Сарапулова О.Н. 69
Сардарова Г.М. 38, 258, 259
Саркулова С.М. 299
Саушкина С.В. 86
Сафарова М.С. 23, 108
Сафиуллина З.М. 70, 71, 199
Сафронова Т.А. 264
Сафронова Э.А. 220, 221, 300
Сахибгареева Л.Н. 27, 126, 240
Сванадзе А. М. 272
Свиряев Ю.В. 165
Свистунов О.П. 67
Сдобнякова Н.С. 128
Седлецкая Н.Н. 165
Сейсембеков Т.З. 153, 300
Сейтжанова Г.М. 131
Сейтмаганбетова Н.А. 301
Секисова М.А. 57
Селезнёв Е.И. 377
Селезнев С.В. 301
Селезнева Н.Д. 355
Селезнева О.М. 154
Селиванова Г.Б. 301, 302
Семаева Е.В. 278
Семенова С.В. 82
Семернин Е.Н. 31, 32, 88, 174
Семухин М.В. 170
Семячкина-Глушковская О.В. 40, 302
Семячкин-Глушковский И.А. 174
Сенчихин В.Н. 194
Серажим А.А. 205
Сергацкая Н.В. 242
Сергеев А.Н. 244
Сергеев И.Н. 19
Сергеева О.А. 367, 368, 369
Сергеева С.С. 303
Сергеева Т.Ю. 267, 320
Сергиенко Т.Н. 303
Сердитова А.А. 137
Серебряков П.В. 94, 304
Сермягин Д.В. 304
Серопян М.Г. 337
Сероухова О.П. 155
Сефербеков Г.А. 97
Сиволобова Е.А. 129
Сидоренко Б.А. 14, 294, 295
Сидоренкова Н.Б. 66
Сидоров Р.В. 133
Сизова Ж.М. 304, 123, 305
Сизова И.Н. 267
Силина Т.С. 197, 198
Симерзин В.В. 288
Симонова Г.И. 253
Симонова И.Н. 19
Симулин В.Н. 374
Синеглазова А.В. 306
Синцова С.В. 306
Сисина О.Н. 52, 86
Ситожевский А.В. 169
Скворцов К.Ю. 238, 239, 307, 308
Скибицкий В.В. 83, 84, 151, 152, 173, 282, 309, 312
Складнева Е.В. 134
Скопецкая С.А. 232
Скорятина И.А. 214
Скрипникова И.А. 309
Скрипченко А.Е. 227, 241, 310, 359
Слепуха Е.Г. 50, 310
Слепынина Ю.С. 62
Смазнов В.Ю. 12, 310
Смазнова О.А. 208
Смакотина С.А. 80
Сменов М.Ю. 101
Сметнева Н.С. 34, 65
Смирнова Е.А. 311
Смирнова Е.Н. 206
Смирнова И.Н. 311, 312
Смирнова Л.Б. 258
Смирнова М.Д. 339, 343
Смирнова Н.В. 312
Смирнова Ю.Ю. 175
Смоленский А.В. 188
Смолин З.Ю. 243
Соболев А.М. 332
Соболев С.М. 156
Соболева Г.Н. 112, 312
Соболева Д.И. 23, 108
Советская Е.В. 215, 216
Соколов Е.И. 313
Соколова Л.А. 110, 295
Соколова Н.А. 119, 313
Солнцев В.Н. 287, 363
Соловей С.П. 31
Соловьев К.В. 88
Соловьева А.А. 196, 243
Соловьева К.В. 314, 325
Соловьева О.А. 94
Солпов А.В. 358
Сорокин Д.В. 58
Сосикова А.С. 314
Соснова Ю.Г. 248
Сотников А.В. 42, 383
Спирина Г.А. 314
Спиропулос Н.А. 83, 84
Спорова О.Е. 316
Станкова О.Н. 310
Старичков С.А. 218, 315
Старков А.И. 317
Старкова Л.А. 317, 318
Стародубова А.В. 315, 345
Стаценко М.Е. 96, 108, 159, 316, 370
Степанова Т.И. 182
Сторожаков Г.И. 281
Сторожок М.А. 316
Стрельникова И.Л. 138
Стрельцова Н.Н. 57
Строева М.В. 201, 317
Стронгин Л.Г. 170, 364
Стрюк Р.И. 52
Суворов Н.Б. 385
Суворова А.А. 317, 318
Суворова С.А. 318
Сукмарова З.Н. 319
Сулейман Хассан Халед 155
Сулимов В.А. 241
Сумин А.Н. 35, 36, 279, 319, 320
Сунцова Н.Р. 320
Сургуч В.К. 312
Суркова Е.А. 321
Суровцева М.В. 351
Суханов С.Г. 321, 322
Сухенко И.А. 60, 116
Сухова И.В. 253
Сырова И.Д. 324
Сюзева Н.М. 27
Сюльжина Е.Н. 318
Тавлуева Е.В. 322
Тамаева Б.М. 131
Таминова И.Ф. 322
Танатарова Г.Н. 142
Танянский Д.А. 323
Тарарак Э.М. 112
Тарасов А.А. 35, 323, 324
Тарасова И.В. 324, 329
Тарловская Е.И. 30, 299
Тарловский А.К. 299
Тарлыков П.В. 11
Татарский Р.Б. 325
Татарченко И.П. 265, 325
Татьяненко А.В. 158
Таубер О. Н. 321, 322
Темиркулов М.А. 6
Темирсултанова Т.Х. 326
Теплицкая В.В. 213
Теплова Н.О. 327
Тепляков А.Т. 41, 173, 266, 340

Терешина О.В. 46, 77, 78, 289
Терешков П.П. 327
Терещенко О.И. 327
Терещенко С.Н. 338
Терлецкий А.В. 54
Тетеркина В.С. 383
Тилик В.В. 328
Тилик Т.В. 328
Тимешова Т.Ю. 328
Тимофеева Т.Н. 162
Тимошина М.А. 260
Тимошкина Е.И. 82
Тиньков А.Н. 181
Тирулов М.Т. 97
Титаева Е.В. 67
Титов В.Н. 8
Тихонова Л.А. 296
Тицкая Е.В. 312
Тогузова З.А. 21
Тодосийчук В.В. 192, 249
Тойева Г.Е. 131
Тоиров Х.К. 16, 344
Токарева Л.Г. 384
Толпыгина С.Н. 205
Топчий О.С. 43
Торим Ю.Ю. 41
Торопова О.А. 220
Тотуом Г.Б. 173
Тофило Е.Л. 164
Третьякова Н.С. 329
Тростянецкая Н.А. 329
Трошина И.А. 329
Трубникова О.А. 324, 329
Туаева И.Б. 21
Туев А.В. 150
Туктарова Ф.С. 143
Турсунов Р.Р. 330
Турсунова Г.Ф. 29
Турченко И.В. 268
Туршева М.Э. 281
Тыренко В.В. 330
Тюкалова Л.И. 65
Тюрин А.Ю. 221
Угнич К.А. 331
Угурчиева З.О. 98, 99
Улитин А.О. 138, 218
Уляшова М.М. 38, 258, 259
Умаров А.А. 331, 342, 348
Умарова С.А. 16
Уразгильдеева С.А. 222
Урванцева И.А. 201, 218, 332, 332
Усанова А.А. 13
Усенко А.Г. 332, 333, 334
Усенко Г.А. 332, 333, 334
Усов В.Ю. 22, 23
Усольцева Е.Н. 322, 334
Устинова О.Ю. 99
Утешева А.Б. 334
Уточкина И.М. 220, 221
Учеваткина Е.Н. 335
Ушакова С.В. 86
Фабрицкая С.В. 316
Фадкина М.В. 256
Фазлова И.Х. 89, 91, 335
Фазлыева Р.М. 196
Файзрахманова Г.М. 212
Фалина Т.Г. 50
Фасахов Р.Р. 183
Фаткабраров М.Ф. 290
Фаткуллина З.С. 143
Фатыхова З.М. 345
Фахретдинова Е.Р. 143, 344
Федина И.Н. 94
Федоришина О.В. 336
Федорова В.И. 53, 150, 336
Федорова Е.А. 143, 344
Федорова Е.Л. 349
Федорова С.И. 203
Федотов В.Д. 337
Федулова Е.Е. 165
Фендрикова А.В. 173, 309
Феоктистова В.С. 337
Филатов А.В, 338
Филатова И.И 338
Филиппов Е.В. 384
Филиппов Э.А. 340
Филиппова О.А. 338, 339
Филиппова Т.А. 63
Филиппова Т.В. 112, 339, 343
Фирова Э.М. 207, 323
Фрик И.В. 350
Фролова О.И. 341
Фролова Э.Б. 199
Фурер И.М. 77
Фурман Н.В. 85, 198, 275
Фурменко Г.И. 235
Фурса А.В. 158
Фурсова И.В. 287
Хабарова И.В. 168
Хаишева Л.А. 341, 342, 347, 348
Халаф Х. 169, 291, 292
Халикова Н.А. 331, 342, 348
Халилов А.Н. 342, 343
Халтурина И.Г. 339, 343
Хамдамова М.Б. 16
Хамидов Н.Х. 331, 342, 344
Хамидуллаева Г.А. 346
Хамидуллина Р.М. 344
Хамидуллина Г.Ф. 259
Хамидуллина Р.М. 39, 143
Хамитов Ф.Ф. 97
Хамнагадаев И.И. 265, 344
Хамрина Г.А. 86
Ханина Е.А. 46, 160
Харац В.Е. 159, 348, 355
Харченко О.А. 158, 285
Харьков Е.И. 92, 93, 345
Хасанов Н.Р. 345, 353
Хаутиева Ф.М. 345
Хафизова Л.Ш. 346
Хелия Т.Г. 205
Хисматуллина Р.И. 353
Хлынова О.В. 150
Хлюпина Н.Б. 346
Ховаева Я.Б. 8, 33, 51, 111, 355, 373
Ходосова К.К. 19
Холматова К.К. 347
Хомякова Н.Ф. 161
Хоролец Е.В. 347, 348
Хорунжий С.А. 134
Хорькова Н.Ю. 348
Хромов-Борисов Н.Н. 260
Хрущева О.А. 348
Худяков М.Б. 117, 162
Хурсанов Н.М. 16, 331, 342, 348
Хусанов Ш.С. 114
Хусанов Ш.С. 178
Царегородцев Д.А. 241
Царенок С.Ю. 73
Цветкова Е.Ю. 57
Цибульская Н.Ю. 349
Цикман К.Н. 138
Цой И.А. 5
Цуркану В. 92
Цыб А.Ф. 269
Цыганкова О.В. 349
Цымбал С.Ю. 278
Чакова Н.Н. 161
Чалык Н.Е. 151
Чандраратна П. 170
Чарикова Е.И. 350
Чеботарева Н.В. 161
Чеботарь Е.В. 213
Ченуша О. 92
Червякова К.В. 39, 55
Черкашина А.Л. 350
Черкашова Е.А. 123
Чернова А.А. 350
Чернозубова Н.Ю. 351
Черных Л.П. 185
Черных П.В. 373
Чернышова О.Н. 290
Чернявина А.И. 351
Чернявский А.М. 278
Черпаченко Н.М. 114, 352
Чехов О.Н. 234
Чигинев В.В. 212
Чижова Г.В. 52
Чиныбаева А.А. 352
Чирикова И.А. 352
Чичерина Е.Н. 219, 249, 264, 294, 306, 320, 346
Чичина Е.Е. 352
Чугунова Д.Н. 345, 353
Чуйко О.Е. 203
Чумакова Г.А. 63, 188, 258, 317, 318, 353, 354
Чумакова О.С. 355
Чуркевич Т.О. 355
Чуясова Ю.К. 277
Шабров А.В. 153, 243
Шавкунов С.А. 289
Шавловский М.М. 88
Шаврин А.П. 355, 356
Шаврин И.В. 14, 122
Шадрина И.М. 300
Шайдуллина А.И. 356, 357
Шайхалов Г.А. 74
Шайхутдинова Н.З. 134
Шакиров М.М. 87
Шакирова Р.М. 357
Шалаев С.В. 70, 71, 111
Шалаев С.Ю. 67
Шальнова С.А. 117, 228, 357
Шамкина А.Р. 296, 297
Шамуров Ю.С. 220
Шангина А.М. 180, 358
Шанина И.Ю. 358
Шанько Ж.Г. 375
Шапкова Е.А. 202
Шаповалова Э.Б. 241, 310, 359
Шапошник И.И. 33
Шапошникова А.И. 359
Шарабрин Е.Г. 213
Шарапов В.М. 269
Шарапова Н.В. 163
Шарафетдинов Х.Х. 380
Шарафетдинов Х.Х. 65
Шарашидзе Н.С. 201
Шарвадзе Г.Г. 360
Шарифова Н.Д. 331, 348
Шаробаро В.И. 360, 361
Шатунова И.М. 362
Шафик Азиз. 154
Шафранская К.С. 362
Шахова Т.В. 343
Шахтшнейдер Е.В. 363
Шацкая Е.Г. 363
Шацкова Т.М. 43
Шварц Р.Н. 129
Шварц Ю.Г. 95, 318
Шварцман А.Л. 222
Шебашева Ю.В. 364
Шевелёв В.И. 364, 365
Шевелёк А.Н. 59
Шевцов Б.П. 366
Шевченко Е.В. 385
Шевченко И.И. 366, 367, 368, 369
Шеина Т.В. 379
Шеинская И.М. 350
Шерешкова Н.С. 317
Шибаева Т.М. 52
Шигапова Ф.Ф. 27, 126
Шилина Н.Н. 370
Шилов Е.М. 37, 226
Шилов С.Н. 41
Шимохина Н.Ю. 370
Широких Н.А. 371
Широких Ю.В. 371
Широкова О.Р. 212
Ширшова Н.А. 32
Шкодина Н.В. 175
Шлык С.В. 342, 341, 347, 348
Шлычкова Т.П. 114
Шляхто Е.В. 31, 32, 192, 202, 287
Шмат З.А. 191
Шмелева Г.А. 143, 344
Шмидт Е.А. 150, 371
Шоджонов М.М. 372
Шодиев Ж.Д. 4
Шоикиемова Д.У. 52
Шопин А.Н. 51, 373
Шостак Н.А. 135, 144, 161, 281
Шпагина Л.А 184
Шпак Л.В. 373
Штегман О.А. 373
Шугушев Х.Х. 22, 30, 57, 90, 374
Шукурова С.М. 344
Шульман В. А. 374
Шумкин А.М. 276
Шуркевич Н.П. 64, 375
Щеголева И.В. 312
Щекотов В.В. 375, 376
Щепина Г.М. 115
Щербаков В.А. 45
Щербакова М.Ю. 376
Щербакова О.А. 180, 327, 376, 377
Щербатюк Т. Г. 121, 122
Щербинина Н.А. 244, 245
Щукин Ю.В. 46, 77, 284, 289, 321, 377
Эльгардт И.А. 128
Эрлих А.Д. 367, 368, 369, 378
Эфендиева Л.Г. 9, 10
Эфрос Л.А. 378, 379
Юбицкая Н.С. 379
Юдаева Ю.А. 379
Юдина Н.В. 380
Юдина О.А. 55
Юдочкин А.В. 380
Юлдашев С.С. 381
Юлдошев Э.Ч. 69, 243, 381
Юрьева С.В. 381
Ющенко М.В. 382
Яворская О.В. 19
Ядров М.Е. 135
Якимов А.А. 108, 382

Яковенко Е.И. 383
Яковлев В.В. 41, 42, 383
Яковлева А.С. 60
Яковлева Е.В. 190, 383
Яковлева И.М. 163
Яковлева Н.Ф. 41, 86, 267
Яковлева О.И. 287
Якуббеков Н.Т. 235, 258
Якупов И.Ф. 210, 356
Якупов Р.Ш. 357
Якушин С.С. 107, 235, 256, 301, 311, 314, 384
Янбаева С.М. 133
Янкин М.Ю. 310
Янкина Т.И. 376
Янченко М.А. 202
Ярмош И.В. 385
Ярмухамедова Д.З. 139
Яровова Е.В. 140
Ярославская Е.И. 385
Яруллина А.Р. 143, 344
Яруллина Л.И. 246
Ярыгин В.В. 213
Яскевич Р.А. 95, 265, 344
Яхонтов Д.А. 385, 386
Яшина Л.М. 100, 216