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

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

11-13 октября 2011 г.

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Генеральные спонсоры: **КРКА**
Санофи-авентис груп
Главные спонсоры: **АстраЗенека**
Берингер Ингельхайм
Берлин-Хеми/Менарини
Мерк Шарп и Доум
Новартис
Сервье

Приложение 1 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2011, 10 (6)

Москва 2011

001 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И БИСОПРОЛОЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Абдуллаев А.А., Исламова У.А., Кадиева И.А., Гафурова Р.М.
ГОУ ВПО "Дагестанская медицинская академия ФАЗ СР РФ", Махачкала, Россия

Цель: выявить сравнительную эффективность омега-3-полиненасыщенных жирных кислот и бисопролола в профилактике электрической нестабильности сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) после перенесенного Q-инфаркта миокарда (Q-ИМ).

Методы: мы наблюдали 76 пациентов с ХСН II-III ФК, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 43 до 68 лет (мужчин – 62, женщин – 14), со дня их выписки из стационара (18-21-й день) и в течение одного месяца лечения. Всем пациентам записывали ЭКГ в 12 отведениях, проводили суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) с использованием кардиокомплекса "Диакард" в день их выписки из стационара и через один месяц. Оценивали число эпизодов смещения сегмента ST и их среднюю продолжительность (мин), а также регистрировали нарушения ритма и проводимости сердца. Горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST амплитудой более 1 мм от исходного уровня и продолжительностью 0,1 сек расценивали как эпизод снижения этого сегмента. Больные были рандомизированы методом случайной выборки в две группы: 1-я из 36 пациентов получала стандартную терапию: бисопролол (Конкор, Nycomed, Норвегия) в дозе 2,5-5 мг/сут с титрованием до достижения ЧСС в покое 50-70 в 1 мин, нитраты, ацетилсалициловую кислоту и другие средства – по показаниям; 2-я из 40 пациентов, адекватная для сравнения с 1-й по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, вместо бисопролола в составе стандартной терапии получала омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (Омакор, Solvay Pharmaceuticals GmbH, Германия) в дозе 1 г/сут.

Результаты: у 29% 1-й и у 24% 2-й групп наблюдения при СМЭКГ исходно до лечения зарегистрирована депрессия сегмента ST, у 35% и 32% соответственно – инверсия зубца Т. Через один месяц после лечения эпизоды депрессии сегмента ST имели место у 19% первой и 23% второй групп наблюдения. Среди всех эпизодов депрессии сегмента ST безболевые составили 85%; дневные – 57% и ночные – 43%. Наджелудочковые экстрасистолы встречались у всех пациентов в обеих группах: дневные – у 43%, ночные – у 57%. Желудочковые экстрасистолы исходно в 1-й группе зарегистрированы у 82%, во второй – у 86%. После лечения они наблюдались в обеих группах у 62 и 65% соответственно.

Выводы: у пациентов, перенесших Q-ИМ, раздельное лечение бисопрололом и омега-3-полиненесыщенными жирными кислотами в составе стандартной терапии эквивалентно эффективно уменьшает число эпизодов депрессии сегмента ST и частоту регистрации желудочковой экстрасистолии, что, по-видимому, способствует профилактике электрической нестабильности сердца.

002 ВЛИЯНИЕ АФОБАЗОЛА НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В РЕГИОНЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Абдуллаев А.А., Шахбиева З.Ю., Исламова У.А., Кадиева И.А.
ГОУ ВПО "Дагестанская государственная медицинская академия ФАЗ СР РФ" Махачкала, Россия

Цель: изучить влияние лечения афобазолом на эмоциональный статус и вариабельность ритма сердца (ВРС) у пациентов с перенесенным Q-инфарктом миокарда (Q-ИМ) в регионе вооруженного конфликта.

Методы исследования. В данное исследование включили 108 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет (мужчин – 92, женщин – 16), выписанных из стационара после Q-ИМ и проживающих в регионе вооруженного конфликта (Чеченская Республика). Методом случайной выборки они были рандомизированы в две группы, которым проводилась стандартная терапия (периндоприл, бисопролол, симвастатин, ацетилсалициловая кислота и по показаниям – другие средства). В 1-й группе дополнительно 54 пациента получали Афобазол (Щелковский витаминный завод ОАО) в дозе 30 мг/сут в три приема. Во 2-й группе 54 пациента использовали только стандартную терапию (группа сравнения). Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу и характеру поражения миокарда. Испытуемое лечение проводили амбулаторно, в течение трех месяцев. Оценку вегетативного баланса проводили посредством определения ВРС, измеряемой в покое по коротким записям ЭКГ в соответствии с международными стандартами исходно и через 3 мес. Для объективной оценки уровня депрессии и тревоги использовали шкалы Гамильтона, а для самооценки депрессии и тревоги – шкалы Цунга.

Результаты. В 1-й группе наблюдения, получавшей Афобазол, при сопоставлении с группой сравнения через 3 мес отмечалось существенное улучшение эмоционального статуса – td=16,09 ($p<0,05$). В группе сравнения средний балл по шкалам тревоги и депрессии Гамильтона и Цунга через 3 мес оставался высоким. При анализе ВРС у больных, прошедших курс терапии Афобазолом, по сравнению со 2-й группой со стандартной терапией наблюдалось отчетливое улучшение ВРС за счет повышения парасимпатических влияний на ритм сердца: RMSSD (22,8±11,8 и 15,7±4,9 соответственно; $p<0,05$), HF (173,4±96,3 и 54,7±51,3 соответственно; $p<0,05$) и снижения симпатических: LF/HF (1,65±1,98 и 3,84±2,11 соответственно; $p<0,05$), LF (47,92±22,7 и 68,55±11,9 соответственно; $p<0,001$).

Вывод. Лечение Афобазолом у больных, перенесших Q-ИМ, имеющих эмоциональные расстройства, способствует улучшению психического статуса и уменьшению степени вегетативного дисбаланса.

003 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМВАСТАТИНА И ФЛАТЕРОНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абдуллаев А. Х., Шодиев Ж. Д., Сулейманова Э.Л.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель – изучить влияние симвастатина и флатерона на некоторые показатели липидного обмена, свертывающей системы крови и толщину комплекса интима-медиа (КИМ) у больных ИБС с АГ.

Методы исследования. Обследовано больные ИБС II – III ФК с и без АГ в возрасте 54,4±1,1 года и продолжительностью заболевания 12,5±1,5 лет. Больные разделены на 2 группы: 1 – группу составили 19 больных в сочетании ИБС на фоне АГ; 2 – группу – 14 больных ИБС без АГ. У всех пациентов определяли содержание липидов: ОХС, ТГ, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП на биохимическом анализаторе "Humalyaser 2000" (Германия), ПТИ, ПО, МНО, фибриноген, АЧТВ, ТВ, толщину комплекса интима-медиа измеряли с помощью УЗ датчика 7,5 мГц на аппарате MINDRAY, на 1,0 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии. Все больные получали стандартную терапию: антиагреганты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины (симвастатин -симекар в дозе 20 мг/сут, в течение 3-х месяцев. Одновременно проводили набор больных ИБС с АГ и без нее, в терапии которых применялся растительный гиполипидемический препарат – флатерон, являющийся производным флавоноида.

Результаты. Динамическое наблюдение за липидным спектром в течение 3 месяцев у больных 1-й группы свиде-

тельствовало о достоверном снижении уровня ОХС – с 6,35±0,97 до 4,48±0,7; ТГ – с 2,70±0,64 до 1,74±0,48; ХС-ЛПНП – с 3,22±0,80 до 2,36±0,73 ммоль/л и повышении ХС-ЛПВП – с 1,06±0,17 до 1,96±0,42 ммоль/л. У больных второй группы (ИБС без АГ) показатели липидов как до, так и после лечения оказались ниже. Выявлены выраженные изменения показателей свертываемости крови у больных ИБС с АГ: снижение ПТИ – с 108,2±7,2 до 80,8± 5,4% и фибриногена – с 365,1± 42,4 до 312,7±38,8 мг/дл. Толщина комплекса интима-медиа в области бифуркации общей сонной артерии у этих больных была достоверно выше и составляла 1,3±0,02 мм до лечения, после терапии симвастатином этот показатель снизился до 1,0±0,01мм. У больных ИБС с АГ отмечены более значительные нарушения липидного обмена, показателей гемостаза и увеличение толщины комплекса интима-медиа в отличие от пациентов с ИБС без АГ. Применение симвастатина в течение 3-х месяцев оказало достоверно благоприятное влияние на изученные показатели. Растительный препарат флатерон оказал также проявил гиполипидемический эффект при одинаковом влиянии на изученные показатели гемостаза. Предварительные результаты по изучению комбинированного применения симвастатина и флатерона показали возможность его использования в комбинации со статинами, так выявлена тенденция к более выраженным гиполипидемическим и противоатеросклеротическим эффектам препаратов. Переносимость флатерона как при монотерапии, так и в комбинации с симвататином оказалась хорошей.

Вывод. Предварительные исследования показали возможность использования растительного препарата флатерон в комбинации со статинами с целью коррекции нарушений липидного обмена и гемостаза у больных ИБС.

004 ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ И ПОТРЕБЛЕНИЯ КИСЛОРОДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаев Н.А., Ширинова Э.А., Эльдарова Р.А., Заманова Д.Э.
НИИ кардиологии им. Д. Абдуллаева, Баку, Азербайджан

С целью изучения влияния психоэмоционального (ПЭ) напряжения на показатели гемодинамики и потребления кислорода у больных с ХСН, обследованы 52 больных ИБС мужского пола в возрасте 63,56±4,27 лет, с проявлениями сердечной недостаточности 2-3 функционального класса по классификации NYHA, перенесших инфаркт миокарда давностью не менее 6 месяцев. Состояние ПЭ-напряжения создавалось у больных при решении арифметических примеров в течение 5 минут в условиях дефицита времени под отвлекающим световым и звуковым воздействием, а также порицаниями со стороны исследователя. Одновременную регистрацию ЭКГ, показателей потребления кислорода и гемодинамики, измерение АД проводили в положении больного лежа в исходе и во время пробы. Потребление кислорода определяли спироэргометрическим методом на газоанализаторе "Jaeger", контроль за показателями внутрисердечной гемодинамики проводили допплерэхокардиографическим методом аппарате "Aloka SSD 1700".

Результаты пробы оценивали по общепринятым критериям прекращения пробы с нагрузкой у больных ИБС. Так у 9 больных (17,31%) проба была прекращена из-за появления частой желудочковой экстрасистолии, у 7 больных (13,46%) – из-за нарастания одышки, у 14 больных (26,92%) -из-за появления ишемических изменений на ЭКГ. У остальных 22 больных (42,31%) проба была доведена до конца без появления критерий, ограничивающих проведение пробы.

Во время пробы у больных наблюдалось увеличение ЧСС на 22,35% ($p<0,01$), систолического АД на 14,29% ($p<0,05$), диастолического АД на 11,25% ($p<0,05$). На пике пробы наблюдалось увеличение частоты дыхания на 21,92% ($p<0,01$), минутной вентиляции легких на 26,79% ($p<0,05$). После прекращение пробы рассматриваемые показатели снижались до исходных значений не ранее 5 минуты восстановительного периода.

У больных, которых проба с ПЭ напряжением была прекращена из-за появления на ЭКГ ишемических изменений, при эхокардиографическом обследовании на пике пробы и в восстановительном периоде отмечалось нарушение локальной сократимости в передне-перегородочной и передней сегментах левого желудочка, снижение ФВ на 9,52% ($p<0,05$) и УО на 7,14% ($p<0,05$).

Таким образом, у больных с хронической сердечной недостаточностью психоэмоциональное напряжение вызывает выраженную реакцию со стороны показателей гемодинамики и потребления кислорода, что у некоторых больных может привести к развитию ишемии миокарда и снижению его сократительной функции. Эти данные должны учитываться при составлении программы реабилитации для больных ХСН.

005 ВЛИЯНИЕ ПРЕДИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ГЛУБИНУ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Абдуллаев Р.Ф., Гусейнова Р.Р., Исаева М.Ф., Ягизарова Н.М
НИИ Кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования: изучение влияния эпизодов прединфарктной стенокардии (ПС) на размеры острого инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы: проанализировано 928 историй болезней пациентов, госпитализированных с диагнозом острый ИМ. Средний возраст составил 56,5±2,1 лет. У 619 из них перед развитием ИМ наблюдались эпизоды ПС, а у 309 – эпизоды ПС отсутствовали.

Результаты исследования: было установлено, что в группе больных с наличием эпизодов ПС ИМ с зубцом Q встречался у 407 больных из 619 (65,8%), а у больных без эпизодов ПС у 276 из 309 больных (89,3%). Разница достоверна ($x^2=60,1$; $p<0,001$). Дальнейший анализ историй болезни показал, что частота выявления ИМ без зубца Q превалирует у больных, у которых до развития ИМ наблюдались эпизоды ПС и составила 34,1% случаев (у 212 из 619 больных). Однако в группе лиц без эпизодов ПС ИМ без зубца Q встречался у 33 из 309 больных, что составило 10,7% ($x^2=57,7$; $p<0,01$). Анализ количества ЭКГ отведений вовлеченных в патологический процесс выявил, что у больных с наличием эпизодов ПС количество ЭКГ отведений с и без зубца Q, а также с изменением конечной части желудочкового комплекса (сегмента ST и зубца Т) было в пределах от 2 до 5 и в среднем составило 2,6±0,5 отведений. В тоже время, в группе лиц без эпизодов ПС количество ЭКГ отведений с вышеуказанными изменениями было в пределах от 3 до 8, а в среднем 4,8±0,4 отведений, что было в 2 раза больше ($p<0,001$).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют, что наличие эпизодов ПС перед развитием острого ИМ ассоциируется с ограничением глубины и распространенности очага некроза и могут быть использованы в качестве дополнительного прогностического критерия у пациентов с ИМ.

006 ОСЦИЛЛОМЕТРИЧЕСКОЕ 24-ЧАСОВОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Абирова Э.С., Горбунов В.М., Егоркина Н.В., Деев А.Д., Исайкина О.Ю., Косматова О.В.
ФГУ "ГНИЦП" Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Цель исследования: определить возможности осциллометрического 24-часового мониторирования показателей артериальной ригидности как метода оценки дополнительных эффектов антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы: Проведено открытое, перекрестное рандомизированное исследование терапии эналаприлом (Э) в суточных дозах 5-20 мг и метопрололом (М) 100-200 мг у 32 больных со стабильной артериальной гипертонией (средний возраст 55,0±0,2 лет), подтвержденной результатами суточного мониторирования артериального давления (АД). Мониторирование проводилось прибором BPLab МнСДП-3 4 раза: исходно, в конце курса лечения каждым из препаратов, а также в период отмены антигипертензивной терапии (АГТ) между курсами. Были изучены: время распространения пульсовой волны (PTT) (первый способ, отражающий ригидность плечевой артерии – PTT1; второй способ, относящийся к аорте – PTT2), индекс аугментации (AIX), индекс ригидности артерий (ASI), максимальная скорость нарастания АД ([dP/dt] max). Дополнительно анализировался амбулаторный артериальный индекс ригидности (AASI), вычислявшийся как 1 – K, где K – коэффициент наклона линейной регрессии ДАД к САД

Результаты: Оба препарата достоверно снижали уровень 24-часового систолического/диастолического АД: 20,5±1,6/11,6±1,3 мм рт.ст. на фоне М и 18,4±1,6/12,3±1,2 на фоне Э ($p<0,05$). Значительных спонтанных колебаний изучавшихся показателей артериальной ригидности не наблюдалось. Достоверной динамики 24-часовых показателей PTT1 и PTT2 при приеме Э и М не выявлено. Отмечалась достоверное улучшение 24-часового AIX (с -7,6±2,7 до -14,0±2,8 при лечении М и -15,0±2,7 при лечении Э) и ASI (с 39,5±1,3 до 32,5±1,3 при лечении М и до 34,2±1,2 при лечении Э). На фоне М значения показателя dP/dt max закономерно снизилось (с 664,7±25,7 до 565,8±26,6). Отмечена положительная динамика AASI под действием АГТ (с 0,39±0,01 до 0,31±0,01 при лечении М и до 0,32±0,01 при лечении Э).

Выводы: 24-часовое мониторирование показателей артериальной ригидности дает интересную дополнительную информацию об эффекте антигипертензивных препаратов. Некоторое расхождение полученных нами результатов с известными данными о влиянии ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и β-адреноблокаторов на время распространения пульсовой волны и AIX может быть связано с длительным (24-часовым) мониторированием изучавшихся показателей.

007 ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ 48-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ

Абрамова А.А., Матвеев В.В., Подзолков В.И.

ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: изучить изменения спектральных показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных рецидивирующей формой фибрилляции предсердий (ФП) по данным 48-часового мониторирования ЭКГ по Холтеру.

Материалы и методы: обследован 71 больной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией, 35 из которых страдали рецидивирующей формой ФП. Сформированы 2 группы. В 1 группе с ФП – 11 мужчин и 24 женщины, средний возраст которых составил 63,1±10,3 лет. Длительность ФП составляла от 2 недель до 17 лет, в среднем 3,8 лет. У 40% больных с ФП наблюдались частые пароксизмы. Последний пароксизм – 10 и более дней назад. Во 2 группе без ФП – 13 мужчин и 23 женщины, средний возраст которых составил 59,6±9,6 лет. Группы сопоставимы по полу, возрасту, функциональному классу стабильной стенокардии и степени артериальной гипертензии. Всем больным проводилось 48-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру с использованием цифрового регистратора CardioMem® CM 3000, программного пакета CardioDay® версия 1,8 фирмы Getemed AG (Германия). Холтеровское мониторирование у больных с ФП проводилось на синусовом ритме. Изучались спектральные показатели ВРС – TP, LF (норм. ед.), HF (норм. ед.), LF/HF. На момент исследования больные получали ингибиторы АПФ, нитраты, антиагреганты.

Результаты: общая мощность спектра у больных рецидивирующей формой ФП и без нее достоверно не различались. Однако у больных с рецидивирующей формой ФП наблюдалась более выраженная динамика изменений общей мощности спектра в течение двух суток по сравнению с больными без ФП. Так, у больных ФП отмечалась тенденция к снижению общей мощности спектра в дневное и вечернее время и к увеличению в ночное время и утренние часы. Низкочастотные показатели (LF, норм. ед.) у больных с ФП были достоверно ниже в дневное и вечернее время суток по сравнению с больными без ФП ($p<0,05$). У больных 1 группы высокочастотные показатели (HF, норм. ед.) были достоверно выше в дневное и ночное время по сравнению с больными 2 группы ($p<0,05$). Индекс соотношения частот (LF/HF) практически во все временные промежутки был выше у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией без ФП и достигал достоверности в дневное и вечернее время суток ($p<0,05$).

Выводы: у больных рецидивирующей формой ФП по данным спектрального анализа кардиоритма на протяжении 48 часов регистрации наблюдалось снижение показателей, характеризующих симпатические влияния на сердце (LF, LF/HF) и повышение парасимпатических влияний (HF).

008 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ МЕТОПРОЛОЛА И ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Абуладзе Г.В., Абашидзе Р.И., Нарсия Э.В., Джинджолия Н.Р., Небиеридзе М.И.

НИИ Кардиологии, Тбилиси, Грузия

С целью обеспечения антиишемических и гемодинамических эффектов при ИБС частота сердечных сокращений (ЧСС) является решающим фактором выживаемости, а также связана с риском развития внезапной смерти у этой категории больных. Разработка фармакологических средств, которые селективно уменьшают ЧСС и не вызывают ино- и дромотропных эффектов, все еще представляет собой актуальную задачу. Среди множества препаратов, на сегодняшний день ивабрадин (кораксан, “Servier” – Франция) представляет терапевтическую инновацию. Кораксан вызывает быстрое и дозозависимое снижение ЧСС в результате селективного ингибирования if-каналов. Положительный гемодинамический эффект отличает его действия от бета-адреноблокаторов. Выраженный отрицательный инотропный эффект бета-блокаторов перекрывает его положительное влияние на сердечный ритм. Цель. Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности ивабрадина и бета-адреноблокатора метопролола (корвитол, “Берлин Хеми”, Германия) в составе комплексного лечения при стабильной стенокардии (II – III ф.к.) по клиническим и эхокардиографическим данным.

Методы исследования. Обследовано 72 больных (52 муж. и 20 женщ., со средним возрастом 57,3±4,5 лет) в течение 6-ти месяцев. Проводились ЭКГ и 24-х часовое ЭКГ мониторирование по Холтеру, эхокардиография. Больные были разделены на 3 группы: В I группе (n=20) больным проводилась антиишемическая стандартная терапия. В II группе (n=22) к стандартному лечению подключался корвитол (25-50мг/сут). В III группе в комплексном лечении применялся кораксан (7,5мг/сут). Полученные результаты. К концу периода наблюдения в I группе 25,3% отметили уменьшение приступов стенокардии. Во II группе, где к базисной терапии подключался корвитол, констатировали уменьшение приступов стенокардии. Уменьшение ишемических эпизодов, эффективное снижение атак стенокардии (на 82%) и ЧСС выявлено при применении

кораксана в сравнении с группой больных, где бета-адреноблокатор корвитол подключался к стандартной терапии. В группе кораксана ЧСС уменьшался от 75,1±11,2 до 58,1±5,6 уд. в мин. Корвитол менее эффективно снижал ЧСС от 72,1±12,3 до 60,1±5,1 уд. в мин.На фоне лечения кораксаном отмечено увеличение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) до 10% ($p<0,05$). Наиболее благоприятным и выраженным оказался эффект под влиянием кораксана в виде улучшения систолической и диастолической функции ЛЖ.

Заключение. Динамическое наблюдение в течение 6-ти месяцев позволило выявить сопоставимую клиническую эффективность кораксана и корвитола у больных со стабильной стенокардией. Кораксан преимущественно снижал ЧСС и обеспечивал должный антиишемический эффект. Кораксан улучшал дисфункцию ЛЖ в комбинации со стандартной терапией.

009 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ОФИСНЫХ РАБОТНИКОВ ПУТЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

Авдеева М.В., Орел В.И., Щеглова Л.В., Сироткин О.Г.
ГОУ ВПО "СПб ГПМА", Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучение распространенности факторов кардиоваскулярного риска у лиц трудоспособного возраста, занимающихся преимущественно умственным трудом.

Методы исследования. Обследовано 60 человек, являющихся офисными работниками администрации Фрунзенского района г.Санкт-Петербурга. Исследование включало: тестирование на аппаратно-программном комплексе "Экспресс-здоровье"; экспресс-оценку состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей; экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы крови; биоимпедансометрию; определение окиси углерода в выдыхаемом воздухе, определение концентрации карбоксигемоглобина в крови. Факторами кардиоваскулярного риска считались уровень глюкозы капиллярной крови ≥5,6 ммоль/л; уровень холестерина ≥ 5,2 ммоль/л; индекс массы тела ≥25 кг/м^2; АД ≥ 130/85 мм рт.ст.; нарушение вегетативной регуляции сердечной деятельности.

Статистический анализ полученных данных проведен в пакете STATISTICA (6.0).

Полученные результаты. Средний возраст обследованных лиц составил 42,2±10,6 года. Распределение обследованных по возрастным группам: 20-35 лет – 32%; 35-50 лет – 38%; 50-65 лет – 30%. Из них – 83% женщин и 17% мужчин. С высшим образованием – 92,5% обследованных; со средним образованием – 7,5%. Около трети (33,4%) офисных работников уже имели хронические заболевания (ГБ, ИБС, ожирение, сахарный диабет, хр. бронхит и др.); у 53,3% – выявлены факторы кардиоваскулярного риска; 13,3% – оказались практически здоровыми. У 23,3% обследованных офисных работников выявлен гипергликемический синдром, что стало поводом для направления этой категории лиц на более углубленное обследование. У одного из обследованных уже имелся в анамнезе сахарный диабет 2 типа. Почти у трети офисных работников (28,3%) при обследовании был выявлен повышенный уровень холестерина крови. У 41,7% обследованных лиц зарегистрирован уровень АД ≥ 130/85 мм рт.ст., из них – 11,7% уже страдали ГБ. У 23,3% обследованных лиц артериальная гипертензия оказалась впервые выявленной. У 33,4% сотрудников согласно анамнестическим данным отсутствовали заболевания сердечно-сосудистой системы, однако при обследовании у них регистрировалось нарушение вегетативной регуляции сердечной деятельности. У половины (50,0%) обследованных выявлен избыточный вес или ожирение. Среди обследованных офисных работников оказалось 20% курящих. При изучении различных сочетаний факторов кардиоваскулярного риска оказалось, что наиболее частым сочетанием является артериальная гипертензия в совокупности с избыточной массой тела (21,7%). Структура факторов кардиоваскулярного риска: 25% – имеют 1 фактор риска; 35% – 2 фактора риска и 13,3% – сразу 3 фактора риска.

Выводы. Скрининговые обследования, проводимые на базе Центров здоровья, позволяют массово выявлять такие факторы кардиоваскулярного риска, как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, избыточный вес, курение, гипергликемия и своевременно осуществлять их коррекцию. Анализ деятельности Центра здоровья показал высокую потенциальную возможность осуществления первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у лиц трудоспособного возраста в этом структурном звене здравоохранения.

010 РОЛЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ЛИЦ С ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Авдеева М.В., Орел В.И., Щеглова Л.В.
ГОУ ВПО "СПб ГПМА", Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучение возможностей Центров здоровья в выявлении лиц с заболеваниями мочевыделительной системы и кардиоваскулярным риском.

Материалы и методы. Обследовано 1422 человека. Все обследованные разделены на I группу – с лицами, имеющими заболевания мочевыделительной системы в анамнезе и II группу – лиц без данной патологии. Исследование включало: тестирование на аппаратно-программном комплексе "Экспресс-здоровье"; экспресс-оценку состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей; экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы крови; ангиологический скрининг с автоматическим измерением АД и расчетом лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Факторами кардиоваскулярного риска считались уровень глюкозы капиллярной крови ≥5,6 ммоль/л; уровень холестерина ≥5,2 ммоль/л; индекс массы тела ≥25 кг/м^2; АД ≥130/85 мм рт.ст.; показатель "Миокард" >14%. Статистический анализ проведен в пакете STATISTICA (6.0).

Результаты исследования. У 14,6% обследованных имелись заболевания мочевыделительной системы, из них чаще встречаются хронический пиелонефрит (7,9%) и мочекаменная болезнь (6,0%). Лица с заболеваниями мочевыделительной системы отличались от лиц без данной патологии более высоким систолическим АД (132,89±25,15 и 128,52±22,42; $p<0,01$), диастолическим АД (85,86±13,5 и 83,27±12,32; $p<0,01$) и уровнем ЧСС (78,47±12,38 и 75,25±11,49 $p<0,05$). Дисперсионный факторный анализ показал взаимосвязь диастолического АД с наличием хронических заболеваний мочевыделительной системы ($F=4,71$; $p<0,05$), а также с ЛПИ, который является косвенным маркером сосудистой жесткости периферических артерий ($F= 4,62$; $p<0,05$). У лиц с заболеваниями мочевыделительной системы выявлен более высокий ЛПИ (1,61±1,0 и 1,0±0,32; $p<0,05$), что может быть косвенным признаком повышенной резистивности периферических сосудов за счет их кальциноза. В группе с заболеваниями мочевыделительной системы показатель "Миокард" оказался достоверно выше, чем в группе лиц без патологии мочевыделительной системы (16,0±3,51 и 15,11±4,69; $p<0,05$). Разными оказались уровень общего холестерина (5,33±1,25 и 5,22±1,31; $p<0,05$) и глюкозы капиллярной крови натощак (5,18±2,05 и 4,98±1,0; $p<0,05$). В целом лица с патологией мочевыделительной системы по сравнению с лицами без нее чаще имеют АГ различного генеза (60,87%; 53,78%). Так среди лиц с патологией мочевыделительной системы по сравнению с лицами без нее ГБ встречается чаще (43,96%; 34,58%). Высокое нормальное АД (8,53%; 7,25%) и впервые выявленная АГ встречается с одинаковой частотой в обеих группах (9,66%; 10,67%).

Заключение. При изучении структуры факторов риска у лиц с заболеваниями мочевыделительной системы оказалось, что у них по сравнению с лицами без данной патологии чаще встречается АГ и гиперхолестеринемия, что свидетельствует о кардиоренальном взаимодействии и вовлечении вазоренального компонента и нарушений липидного обмена в патогенез гипертензивного синдрома. Скрининговое обследование

в Центре здоровья позволяет выявлять лиц с АГ, которые ранее не наблюдались по этому поводу, а также лиц с высоки нормальным АД. Эти лица нуждаются в дальнейшем динамическом наблюдении и дополнительном обследовании с целью определения функционального состояния почек.

011 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ХМАО-ЮГРЕ

Авчухова Л.С., Милованова Е.В., Кудрявцева О.В., Урванцева И.А.
БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", Сургут, Россия

Цель. Оценить качество диспансерного наблюдения больных артериальной гипертонией (АГ) за 2009-2010гг на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Методы исследования. Проанализированы амбулаторные карты больных АГ, подлежащих диспансерному наблюдению – 92110 человек за 2009г и 93338 за 2010г. Проводился анализ впервые выявленных случаев АГ в течение каждого года, больных взятых на диспансерный учет, пациентов прошедших стационарное и санаторно-курортное лечение, обученных в "Школе здоровья", анализ эффективности лечения и клинических исходов заболевания, а также причин снятия с учета.

Полученные результаты. В динамике в 2010г число впервые выявленных пациентов с АГ уменьшилось на 17,3% и составило – 7455 человек. Из числа выявленных лиц с повышенным артериальным давлением взяты на диспансерный учет в 2009г – 75,7%, в 2010г – 96,2%.

Осмотрено больных из числа состоящих на диспансерном учете в 2009г – 91,4%, в 2010г –71,1%, что на 10,4% меньше. Число заполненных карт динамического наблюдения в 2009г – 58,2%, в 2010г – 41,5%, что меньше в сравнении с предыдущим годом на 17,8%.

Число больных диспансерной группы, которым проведены лечебно-оздоровительные мероприятия в 2010г возросло на 38,7% по сравнению с 2009г.Количество пациентов, получивших стационарное лечение, увеличилось (на 14,2%) и составило 13,2% (от диспансерной группы); санаторно-курортное лечение в 2010г получили на 3,8% больше, чем в 2009г.

Обучение в "Школе здоровья" в 2010г получили на 20,2% больше пациентов, чем в 2009г. линические исходы АГ в виде ремиссии, компенсации функций и улучшения состояния (от числа больных состоящих на диспансерном учете) увеличились с 88,2% в 2009г до 92,1% в 2010г. Прогрессирование заболевания отмечено на 4,8% больше в 2010г. Количество пациентов, у которых отсутствует эффект от лечебных мероприятий, несколько выросло с 2,5% в 2009г до 8,7% в 2010г. Основной причиной снятия с диспансерного учета в 2010г является отказ от наблюдения – 48,0% (в 2009г – 49,0% от всех снятых); смена места жительства (миграция населения), в сравнении с 2009г увеличилась с 32,6% до 36,8%.

Перевод на инвалидность, по сравнению с 2009г, увеличился на 14,0% и составил в 2010г 1,5%.

Выводы. Диспансерное наблюдение больных АГ за 2009-2010 гг. на территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры позволило увеличить объем лечебно-оздоровительных мероприятий на 37,8% и частоту клинических исходов АГ в виде ремиссии, компенсации функций и улучшения состояния на 4,0%.

012 ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕОЛОГИИ КРОВИ И ВОЗРАСТА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Агафонова Т.Ю.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Целью исследования явилось изучение реологии крови у практически здоровых лиц разного возраста.

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. Критериями исключения из основного этапа исследования являлись: беременность, повышение артериального давления выше 139/89 мм рт.ст., хронические заболевания легких, почек, нервной и эндокринной систем, язвенная болезнь, постоянный прием любых лекарственных препаратов. Основными методами исследования являлись: клиническое интервью; физикальный осмотр; изучение реологических свойств крови (на ротационном вискозиметре АКР-2).

Результаты исследования. Вязкость цельной крови имеет тенденцию к повышению на четвертом десятилетии жизни (по сравнению с лицами 20-29 лет p=0,06) и достоверно понижается после 40 лет (p=0,04), показатели вязкости цельной крови в данных группах соответственно: 4,5-6,4±0,07-0,14 мПа•с, 4,7-6,7±0,08-0,19 мПа•с и 4,4-6,2±0,07-0,10 мПа•с соответственно для лиц 20-29 лет, 30-39 лет и 40-50 лет при скоростях сдвига 20-200 с-1. У лиц молодого возраста более низкие значения вязкости плазмы по сравнению с лицами среднего и старшего возраста (соответственно 1,59±0,02 мПа•с, 1,73±0,06 мПа•с и 1,72±0,06 мПа•с, p=0,04). Индекс агрегации эритроцитов у лиц старшего возраста достоверно ниже, чем у лиц среднего возраста (соответственно 1,29±0,01, 1,32±0,01 и 1,29±0,002, p=0,04). Разницы в индексе деформируемости эритроцитов между группами не обнаружено (1,09±0,003 1,09±0,005 1,09±0,002 соответственно для I, II и III групп). Во всех возрастных группах наблюдается положительная корреляция между индексом агрегации эритроцитов и вязкостью цельной крови, особенно при низких скоростях сдвига (r=0,63-0,80, p=0,01-0,0008) и отрицательная корреляция между индексом деформируемости эритроцитов и вязкостью крови (r=0,61, p=0,02). Ухудшение деформируемости эритроцитов сопровождается усилением их агрегации, в большей степени на скоростях сдвига 20-50 $с^{-1}$, (r=0,50-0,52, p=0,005).

Выводы. Таким образом, наибольшая вязкость цельной крови наблюдается у лиц 30-39 лет, однако у них ниже, чем в старшей возрастной группе индекс агрегации эритроцитов. В различных возрастных группах отмечаются однотипные взаимосвязи между параметрами вязкости цельной крови и свойствами эритроцитов, в частности, при повышении вязкости цельной крови усиливается агрегация эритроцитов и ухудшается их деформируемость, что в большей мере сказывается на кровотоке в системе микроциркуляции.

013 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Агеенкова О.А., Пурыгина М.А., Зиновьева О.В.
ГОУ ВПО СГМА Росздрава, Смоленск, Россия

Цель исследования. Оценка возможности дополнительной коррекции ФР сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ I-III степени очень высокого риска в сочетании с ИБС при комбинированной терапии ИАПФ периндоприлом (Престариум А, Servier) и диуретиком с контролируемым высвобождением индапамидом (Арифон ретард, Servier) в дополнение к базовой терапии.

Методы исследования: обследовано 48 больных (31 мужчин, 17 женщин) с АГ I-III степени (на фоне терапии), ассоциированной с ИБС, в возрасте от 46 до 80 лет (средний возраст 57 ± 10,6 лет). Пациентам к базовой терапии (β-блокатор / антагонист кальция), получаемой на момент включения, добавляли периндоприл (престариум А, Servier) утром в начальной дозе 5 мг в течение 2 недель с последующим увеличением дозы до 10 мг. При недостижении целевого АД через 1 месяц после начала терапии к ИАПФ добавлялся диуретик

индапамид (арифон ретард, Servier). Пациентам исходно и через 12 недель проводили оценку показателей СМАД (BPLab ООО "Петр Телегин"), ХМЭКГ ("Digi Trak Plus" Zymed, США), состояние сосудистой стенки (VaSera 1000 "Fucuda Denshi", Япония). Статистическая обработка – пакет программ Statistica v. 6.0.

Результаты: на фоне базовой терапии (β-блокатор / антагонист кальция), АГ I степени выявлена у 8 пациентов (16,7%), АГ II степени – у 26 пациентов (54,2%), АГ III степени – у 14 пациентов (29,2%). Необходимый гипотензивный эффект при добавлении к базовой терапии периндоприла в дозе 10 мг достигнут у 10 пациентов (20,8%); на фоне комбинированной терапии (периндоприл 10мг + индапамид 1,5 мг) – у 32 пациентов (66,7%). У всех пациентов с АГ I степени при добавлении к базовой терапии периндоприла в дозе 10 мг удалось достигнуть целевого значения АД. Комбинированная терапия привела к снижению САД на 22,1%, ДАД на 21,7% у пациентов с АГ II ст.; САД на 21,9%, ДАД на 19,4% – у пациентов АГ III ст. Присоединение к базовой терапии периндоприла и периндоприл в комбинации с индапамидом привело к улучшению суточного профиля САД: количество "dipper" увеличилось на 22,5% и 29,9% соответственно. По данным ХМ ЭКГ ишемические изменения в виде элевации и/или депрессии сегмента ST наблюдались у 33 (68,8%). Пациентов. Безболевая ишемия миокарда (БИМ) составляла 59,1% всех эпизодов. На фоне комбинированной терапии достоверно уменьшилось количество эпизодов БИМ на 38,2% ($p<0,05$). Анализ показателей жесткости сосудистой стенки выявил существенное увеличение показателей при увеличении степени повышения АД. На фоне комбинированной терапии отмечена положительная динамика индексов CAVI, характеризующих истинную жёсткость артерий, не зависящую от уровня АД. Отмечено снижение скорости распространения пульсовой волны в аорте, по артериям, преимущественно эластического и мышечного типов.

Заключение: ИАПФ периндоприл и диуретик с контролируемым высвобождением индапамид обладают выраженным антигипертензивным эффектом и оказывают благоприятное кардио- и особенно вазопротективное действия у пациентов с АГ очень высокого риска в сочетании с ИБС.

014 ВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЭМБОЛИЗМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Адамчик А.С., Благодырева Ю.А., Кузнецова Е.А.
ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, Краснодар, Россия

О врожденной предрасположенности к патологическому тромбообразованию могут свидетельствовать развитие необъяснимого тромбоза и/или тромбоэмболии в возрасте до 40 лет, наличие подобных состояний у родственников пациента, рецидивирование тромбоза глубоких вен (ТГВ) или ТЭЛА при отсутствии вторичных факторов риска.

Цель: исследовать наследственные причины венозного тромбоэмболизма, представить разбор клинического случая тромбоэмболии легочной артерии на фоне тромбофлебита глубоких вен нижней конечности.

Наблюдался больной Б., 37 лет, поступивший в ГКБ №3 Краснодара с жалобами на одышку, слабость, лихорадку, боли в грудной клетке и в мышцах нижних конечностей. Учитывая данные анамнеза и заключение рентгенограммы о наличие неоднородных затемнений легочной ткани, был выставлен диагноз внебольничная двухсторонняя нижнедолевая пневмония. Была назначена антибактериальная, дезинтоксикационная терапия. Состояние больного оставалось без изменений. В связи с сохранявшейся болью в правой голени, было решено произвести триплексное сканирование вен нижних конечностей, где обнаружили признаки тромбофлебита малой подкожной вены правой нижней конечности. При исследовании генетических мутаций гемостаза были обнаружены: гомозиготная мутация "675 4G/5G" в гене PAI-1, гетерозиготные мутации F Hag "46 C/T", "I/D" в гене тканевого активатора плазминогена, "434 C/T" в гене GpIbα, "1166 A/C" в гене рецептора ангиотензина II 1типа, "I/D" в гене ангиотензин-превращающего фермента, "-308G/A" в гене FNO-α, "1298 A/C" MTAC. Определили в крови Д-димер 688 нг/мл, лейкоцитоз 13,58 х109/л, произвели компьютерную томографию органов грудной клетки. К лечению добавили НМГ (клексан), эластичную компрессию нижних конечностей, флеботоники. В течение последующих семи суток у больного регрессировали боли в грудной клетке и в конечностях, уменьшилась дыхательная недостаточность, нормализовалась температура, в крови уменьшился лейкоцитоз, нормализовался уровень Д-димеров. В итоге был выставлен окончательный диагноз: Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония. ДН II степени. Флеботромбоз глубоких вен правой нижней конечности, тромбофлебит малой подкожной вены правой голени. ТЕЛА мелких ветвей. Больному было рекомендовано амбулаторно продолжить введение клексана в течение 2 недель, с контролем Д-димеров, наблюдение ангиохирурга, гематолога.

Выводы: Активный поиск врожденных патологий системы гемостаза или тромбофилии обязательно должен осуществляться при наличии эпизодов ТГВ/ТЭЛА у молодых лиц (до 50 лет), особенно в случаях повторных эпизодов и при наличии отягощенного семейного анамнеза. Наследственные дефекты протромботической и антитромботической систем, гипергомоцистеинемия и повышение титра антител к кардиолипину могут стать причинами рецидивирующих ТГВ/ТЭЛА.

015 НИКОРАНДИЛ: КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС

Адамчик А.С.
КГМУ, ГОУ ВПОКГМУ, Краснодар, Россия

Цель: оценить клинико-фармакологическую эффективность и безопасность применения никорандила (препарата Коронель) для лечения больных со стабильной стенокардией напряжения III и IV функционального класса.

Материалы и методы: в исследование включено 80 больных, в возрасте 34-68 лет, страдающих ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК III–IV). Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 39 человек, сопоставимые по полу и возрасту. Пациенты из первой группы принимали никорандил (Коронель) в дозе 10 мг 2 раза в сутки, с постепенным повышением дозы до 20 мг 2 раза в сутки. Вторая группа принимала нитраты (кордикет, эфокс) в дозе 40 мг в дополнение к стандартному лечению ИБС. Эффективность лечения оценивалась с помощью повторных нагрузочных проб (динамика толерантности к физической нагрузке, динамика признаков ишемии при суточном холтеровском мониторировании ЭКГ и АД) и дневников контроля самочувствия пациентов (частота приступов стенокардии) до и после 1,5 месяцев лечения. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Т-критерия Уилкоксона.

Результаты. Никорандил (Коронель) достоверно увеличивает пороговую мощность при пробе с физической нагрузкой (через полтора месяца на 25,4%), обладает антиангинальным действием (через полтора месяца частота приступов стенокардии снизилась на 23% ($p<0,05$). Эффективность нитратов была сравнима и статистически не отличалась от эффективности никорандила. Однако при регулярном приеме нитратов в течение 1,5 месяцев полная потеря эффективности наступила у 12,5% больных со стабильной стенокардией напряжения и 9,5% больных прекратили прием препарата из-за развития головной боли.

Выводы: полученные нами данные свидетельствуют о высокой эффективности никорандила у больных с ИБС, об антиангинальной и антиишемической активности. Препарат является перспективным при лечении больных с ИБС.

016 ТАКТИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Адашева Т.В., Ли В.В., Трактирская О.А., Шахрай Н.Б., Багатырова К.М.
МГМСУ, Москва, Россия

Цель. Изучить влияние различных схем терапии на состояние оксидантной и антиоксидантной системы, липидный профиль, инсулинорезистентность у женщин с метаболическим синдромом в постменопаузе.

Материалы и методы: обследовано 3 группы женщин МС с артериальной гипертонией 1-2 степени и нарушенной толерантностью к глюкозе. 1 группа (15 человек) в течение полугода принимала спираприл 6 мг в сутки; 2 группа (15 человек) в течение 6 месяцев получала спираприл 6 мг и метформин 1000 мг в сутки; 3 группа (контроль) – 15 человек – антигипертензивные препараты (диуретики, β-блокаторы, антагонисты кальция). Определялся уровень продуктов перекисного окисления липидов ацилгидроперекисей (АГП), уровень антиоксидантного фермента супероксиддисмутазы (СОД) в плазме крови, липидный профиль, индекс инсулинорезистентности (HOMA-IR).

Результаты. На фоне терапии в 1 группе HOMA-IR уменьшился на 17,4% ($p<0,001$), общий холестерин (ХС) и триглицериды (ТГ) снизились на 2,5%($p<0,01$) и 10,2%($p<0,05$) соответственно, уровень ЛПВП вырос на 12,5%($p<0,001$), АГП уменьшился на 18,9%($p<0,001$), СОД увеличился на 11%($p<0,001$). Во 2 группе уровень АЦП снизился на 36,4%($p<0,01$), СОД увеличился на 7,6%($p<0,05$), HOMA-IR уменьшился на 27,7%($p<0,001$), снизился уровень ХС и ТГ на 3,3%($p<0,01$), и 5,3% соответственно, возрос уровень ЛПВП на 12,5%($p<0,001$). В группе контроля на фоне лечения уровень АГП увеличился на 11,0%, СОД уменьшился на 2,1%, HOMA-IR увеличился на 17,5%, произошло увеличение уровня ХС на 3,2% ($p<0,01$).

Выводы. Терапия спираприлом и его комбинацией с метформином продемонстрировала способность регулировать баланс в системе оксидант-антиоксидант, снижать инсулинорезистентность, оказывать положительный эффект на липидный профиль. Группа стандартной антигипертензивной терапии с использованием диуретиков и β-блокаторов характеризовалась отсутствием положительной динамики показателей оксидативного стресса и углеводного и липидного обменов.

017 ABC/VEN АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Айвазян Л.И., Урванцева И.А.
БУ ХМАО-Югры Окружной кардиологический диспансер “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии”, Сургут, Россия

Цель. Анализ структуры закупок и расходования лекарственных препаратов, приобретаемых за счет бюджетных средств с целью определения наиболее “затратных” препаратов и оптимизации их назначения в сторону увеличения доли жизненно важных и необходимых.

Методы исследования. Использованы данные отчетов оборота лекарственных средств за 2010 год в Окружном кардиологическом диспансере “Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии”, программы “ФармКомпайл” (Россия), предназначенной для автоматизированного проведения ABC-, VEN- и DDD – анализов потребления лекарственных средств.

Полученные результаты. Проведен ABC/VEN-анализ перечня лекарственных средств. На все препараты (143) анализируемого Перечня было израсходовано 22 005 122,22 руб.

На 26 препаратов, вошедших в группу А (80,33% общих затрат), было израсходовано 17 677 483,84 руб. Лидирующее место занимают тромболитики (тенектеплаза, алтеплаза, эноксапарин натрия), на втором месте – антибактериальные средства (цефуроксим, левофлоксацин, меропенем, линезолид) и средства влияющие на сердечно-сосудистую систему (нитроглицерин, амиодарон, фелодипин).

На 36 препаратов группы В (15,16% общих затрат) – 3 336 198,96 руб.. На первом месте сердечно сосудистые лекарственные средства (метопролол, допамин, амлодипин), средства для наркоза (пропофол, рокурония бромид), на втором – лекарственные средства, влияющие на желудочно кишечный тракт (омепразол, фамотидин, эзомепразол).

В группу С (4,51% общих затрат) вошло 81 препарат и израсходовано 991 439,42 руб. (суксаметония бромид, азитромицин, изосорбида динитрат и т. д.) Результаты VEN-анализа показали, что в группу V (жизненно важные лекарственные средства) вошло 71,33% лекарственных средств, что составило 72,02% затрат; в группу Е (необходимые лекарственные средства) вошло 20,28% лекарственных средств – 25,12% затрат; в группу N (второстепенные лекарственные средства) вошло 8,39% лекарственных средств – 2,86% затрат.

Результаты ABC/VEN-анализов показали, что 71,33% всех лекарственных средств, вошедших в перечень, были жизненно важными, 20,28% необходимыми и 8,39% второстепенными. При этом в группу А (80,33% общих затрат) вошло 84,62% препаратов группы V, 11,54% группы Е и 3,85% группы N. В группу В (15,16% общих затрат) вошло 69,44% препаратов группы V, 22,22% группы Е и 8,33% группы N. В группу С (4,51% общих затрат) вошло 67,90% препаратов группы V, 20,28% группы Е и 8,39% группы N (табл. 3, рис. 2).

Выводы: результаты ABC/VEN анализа свидетельствуют о рациональном использовании бюджетных средств на лекарственные средства в 2010 году.

018 ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕХОВОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Акбашев А.Р., Тимерханова Ф.Л., Валеев И.Г., Берг А.Г., Нуртдинова Э.Г., Рахимова Р.М.
Поликлиника ОАО “Уралсиб”, Уфа, Россия

Цель: оценить эффективность диспансеризации больных артериальной гипертонией в условиях цеховой поликлиники.

Методы исследования: за 2010 год было проведено всестороннее обследование 908 сотрудников ОАО “Уралсиб”, включающее осмотр терапевта, консультации кардиолога, невролога, офтальмолога, клинический и биохимический анализ крови, (общий белок, холестерин, липопротеиды низкой и высокой плотности, триглицериды, креатинин, мочевая кислота, билирубин, сахар крови, электролиты плазмы), клинический анализ мочи, электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) ветвей дуги аорты, ультразвуковое исследование почек, надпочечников, УЗДС сосудов почек, нижних конечностей, холтеровское мониторирование ЭКГ и артериального давления.

Для диспансерного наблюдения отобрано 463 пациента с высоким нормальным артериальным давлением и артериальной гипертонией I-II стадии. После обследования работников в соответствии с установленным объемом дополнительной диспансеризации врач-терапевт с учетом заключений всех врачей-специалистов и результатов проведенных лабораторных и функциональных исследований определяет пациенту соответствующую группу состояния здоровья с целью планирования дальнейших оздоровительных мероприятий.

С учетом выявленных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (согласно системы Score) для каждого пациента была разработана индивидуальная программа оздоровления, включающая коррекцию питания, снижение веса, изменение режима труда, отказ от вредных привычек, борьбу с гиподинамией и медикаментозную терапию.

Пациентов нуждавшихся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара и имевших показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в отчетном периоде не было.

В результате проведенного обследования количество пациентов находившихся на диспансерном учете в 2010 году выросло по сравнению с 2009 г. на 125 человек, в связи с расширением охвата медицинским осмотром и постановкой на диспансерный учет пациентов с высоким нормальным артериальным давлением.

Результаты: из 463 человек, находящихся на диспансерном учете, на листе нетрудоспособности были 22 человека (4,7%), среднее пребывание на листе нетрудоспособности 8,9 дней (по Республике Башкортостан – 12,9 дней). Нет ни одного случая выхода на инвалидность.

Вывод: данные показатели свидетельствуют об эффективности проведения диспансеризации в условиях цеховой поликлиники.

019 АССОЦИАЦИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ

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

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи распространенности высоких уровней личностной тревожности (ЛТ) с наличием и отсутствием ишемической болезни сердца (ИБС) у мужчин открытой популяции г.Тюмени 25-64 лет.

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

При оценке влияния личностной тревожности на развитие ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям было получено ОШ 4,07 (95% ДИ=1,40±11,83, $p<0,05$), то есть у лиц с ИБС 25-64 лет высокие уровни ЛТ встречались достоверно чаще, чем у лиц без ИБС. Такая же закономерность наблюдалась и при рассмотрении влияния ЛТ на развитие ОИБС, причем в группе мужчин с ОИБС и ЛТ ОШ увеличилось более чем в два раза сравнительно с группой мужчин с наличием ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям. Так, в общей популяции 25-64 лет у мужчин с ОИБС по критериям МК имели место значимые различия распространенности высокого уровня ЛТ сравнительно с группой без ОИБС – ОШ 9,51 (95% ДИ=1,23±73,26, $p<0,05$). У лиц с ВИБС и ЛТ различия с группой сравнения (без ИБС) по ОШ были недостоверными.

В младших возрастных группах 25-34 и 35-44 лет у лиц с наличием ИБС, ОИБС и ВИБС не было выявлено высоких уровней ЛТ. В старших возрастных группах 45-54 и 55-64 лет было получено ОШ в группах с наличием ВИБС, ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и высокими градациями ЛТ, однако различия с группами мужчин соответственно без ИБС и без ВИБС оказались недостоверными.

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

020 АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ТЮМЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимова Е.В., Каюмов Р.Х., Загородных Е.Ю.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия. Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось изучение уровней и распространенности абдоминального ожирения у мужчин молодого возраста 25-44 лет открытой городской популяции Тюмени.

Изучение абдоминального ожирения (АО) среди мужчин 25-34 и 35-44 лет г. Тюмени проводилось в рамках кардиологического скрининга. 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 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг в целом составил 85,2%, в группе 25-44 лет было обследовано 228 человек (отклик 91,2%). Окружность талии (ОТ) измеряли сантиметровой лентой в состоянии дыхательной паузы с точностью до ближайшего сантиметра на уровне наименьшей окружности, ниже грудной клетки над пупком. Критерием для диагностирования центрального ожирения в рамках МС у обследуемых мужчин являлась ОТ >94 см.

Распределение показателей окружности талии носило нормальный характер для мужчин обеих изучаемых возрастных категорий выбранной популяции. Крайние децили распределения по ОТ для мужчин 25-34 лет составили 74 и 100 см, для мужчин 35-44 лет – 80 и 106 см. Средние уровни ОТ у мужчин младшей возрастной категории были достоверно ниже, чем в возрасте 35-44 лет (87,1±9,9 – 92,5±9,7 см соответственно, $p<0,001$), такая же тенденция отмечалась и по уровням процентильного распределения. Установленным уровням окружности талии в популяции соответствовала распространенность абдоминального ожирения. Около 30% молодых мужчин г. Тюмени (стандартизованный по возрасту показатель составил 28,4%) страдали абдоминальным ожирением. В возрасте 25-34 лет частота выявления абдоминального ожирения составила 21,4%, в возрасте 35-44 лет – 37,7%, то есть с увеличением возраста отмечался достоверный рост показателя ($p<0,001$) в 1,8 раза.

Таким образом, в молодом возрасте у мужчин городской тюменской популяции имеет место высокая распространенность абдоминального ожирения, выявлен существенный рост уровней окружности талии, распространенности абдоминального ожирения с увеличением возраста, что указывает на необходимость разработки и проведения направленных профилактических мероприятий.

021 СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ И ТЕКУЩЕГО СТАТУСА КУРЕНИЯ

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Царенок С.Ю., Номоконова Е.В., Пикалова Н.Н.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель нашей работы: исследовать скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) и показатели центрального аортального давления у больных гипертонической болезнью (ГБ) и проанализировать данные показатели в зависимости от порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) и текущего статуса курения

Материалы и методы: обследовано 69 больных ГБ 1-2 стадии. Исследование СРПВ и центрального аортального давления проводилось на аппарате SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия). Изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) проведено по модифицированной методике Henkin R. Сравнение групп проводилось с использованием критериев Манна-Уитни, Колмогорова-Смирнова, корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Полученные результаты. По текущему статусу курения среди обследованных 40 человек не курили, 29 – курили; данные группы не различались по возрасту. В группе курящих больных ГБ СРПВ составила 8,98 [7,5; 10,1] м/с, у некурящих – 7,49 [6,9; 8,2] ($p<0,001$; показатели приведены в виде медианы, 25 и 75 процентилей). При исследовании липидов крови уровень общего холестерина у курильщиков составил 6,08 [4,49; 6,45] ммоль/л, у не курящих – 5,51 [4,35; 6,2] ммоль/л ($p<0,03$); имелась тенденция к повышению ХС ЛПНП у курящих, по сравнению с некурящими. Обнаружена прямая корреляционная зависимость средней силы ($R=0,3$, $p<0,04$) между СРПВ и общим холестерином.

При исследовании ПВЧПС он был повышенным у 47 пациентов (68%), у 22 – нормальным (32%). Периферическое систолическое АД и центральное аортальное давление в систолу у больных с высоким ПВЧПС были повышены по сравнению с пациентами с нормальной вкусовой чувствительностью к поваренной соли ($p<0,01$ в обоих случаях). Скорость распространения пульсовой волны при высоком ПВЧПС составила 8,53 [7,0; 9,2] м/с, при нормальном – 7,29 м/с [6,9; 9,0], ($p<0,05$).

Выводы: 1. У курящих больных гипертонической болезнью увеличивается скорость распространения пульсовой волны по сравнению с некурящими. Выявлена прямая корреляционная зависимость между СРПВ и общим холестерином. 2. У пациентов с высоким порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли выявлено повышение СРПВ, центрального аортального и периферического систолического АД по сравнению с группой пациентов с нормальным ПВЧПС.

022 ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЕННОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ

Акулова О.А., Попова Н.П.

ГУ "Курганский областной кардиологический диспансер", Курган, Россия

Актуальность. Для клинической практики актуальным является изучение факторов, влияющих на исходы постинфарктного кардиосклероза. До сих пор дискутабельным остается оценка роли локализации и глубины поражения при инфаркте миокарда (ИМ) в определении отдаленного прогноза.

Цель. Сравнить отдаленную (10-летнюю) выживаемость больных после ИМ с зубцом Q (Q-ИМ) и без зубца Q (без Q-ИМ), с передней и задней локализацией.

Материал и методы. Когортное рандомизированное продольное (лонгитудинальное) исследование. Исходная когорта сформирована в 1999 году из мужчин трудоспособного возраста, перенесших острый ИМ в 1996-98гг, (n=243), средний возраст- 48,6±5,52 лет. Q-ИМ был у 171 человека (70,4%), без Q-ИМ- у 72 (29,6%); задний ИМ- в 118 случаях (48,6%), передний- в 108 (44,4%), прочие- в 17(7,0%). Конечная точка – смерть от сердечно-сосудистого заболевания к 2009 году. Продолжительность жизни регистрировали на основании историй болезни, справок о смерти, записей в актах о смерти и переезде по данным паспортного стола УВД. Разделение произведено на 2 группы (по наличию или отсутствию конечной точки):1- умершие (n=88), 2- выжившие (n=144), исключены- внесердечная смерть и неизвестные исходы в связи с изменением места жительства (n=11). Полученный материал обработан статистически при помощи программного пакета BIOSTAT. При сравнении данных между группами рассчитывали достоверность результата по критерию Стьюдента (t), статистически достоверными считались различия при $p<0,05$.

Результаты исследования. В 1 группе (летальный исход, n=88, средний возраст- 49,28±6,54 лет) Q-ИМ – 61(69,3%), без Q-ИМ – 27(30,7%), задний ИМ- 33(37,5%), передний-53(60,2%), прочие-2(2,3%). 10- летняя летальность от ИМ составила 36,2%. Во 2 группе (выжившие, n=144, средний возраст- 48,9±6,03 лет) Q-ИМ- 102(70,8%), без Q-ИМ- 42(29,2%), задний ИМ- 79(54,9%), передний-52(36,1%), прочие- 13(9,0%).10-летняя выживаемость-59,2%. В структуре группы умерших очевидно преобладание переднего ИМ перед задним (60,2% против 37,5%), это различие сохраняется при сравнении 1 и 2 групп между собой: в 1-й группе (умершие) преобладали больные с передней локализацией ИМ- 60,2% по сравнению с 36,1% во 2-й группе ($p<0,01$). 10-летняя летальность в группе передней локализации составила 49%, а в группе заднего ИМ-27,9% ($p<0,01$). При сравнении групп по глубине ИМ достоверных различий не выявлено: в группе умерших, лица с Q-ИМ составили 69,3%, в группе выживших- с Q-ИМ – 70,8% ($p>0,20$).

Выводы.1.10-летняя выживаемость после первичного ИМ составила 59% (у мужчин трудоспособного возраста). 2. Глубина перенесенного инфаркта достоверно не влияла на летальный исход в отдаленном периоде. 3. По данным 10-летнего наблюдения предиктором отдаленной выживаемости после ИМ является локализация повреждения. Наличие задней локализации улучшает благоприятный 10- летний прогноз в 1,75 раза.

023 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Александрова Н.Л., Долишняя Г.Р., Яковлева Е.В.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель работы: изучение частоты развития гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и влияющих на нее факторов у женщин с артериальной гипертензий (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. Проведен анализ 124 историй болезней женщин 42-69 лет с ИБС, стенокардией, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Областной клинической больницы. Средний возраст обследованных составил 58,1 лет. У 97 женщин диагностирована стабильная стенокардия напряжения II-IV функциональных классов, у 27 – нестабильная стенокардия. Перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе не было. АГ была самым частым фактором риска ИБС и встречалась в 99,2% случаев. По данным стандартного эхокардиографического исследования анализировались индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), толщина задней стенки (ТЗС), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) левого желудочка, размеры левого предсердия (ЛП). Оценивалось влияние на вышеперечисленные показатели длительности существования АГ, степени АГ, эффективности лечения (достижение целевого уровня артериального давления (АД) на догоспитальном этапе).

Полученные результаты. ГЛЖ (ИММЛЖ ≥ 110 г/м) выявлялась у 76,5% больных ИБС, имеющих АГ. Частота выявления ГЛЖ возрастала по мере увеличения длительности существования АГ. Среди больных с длительностью АГ менее 5 лет лиц с ГЛЖ было 55,56%, 5-10 лет- 73,68%, более 10 лет 83,78%. Средние значения ИММЛЖ составили соответственно 120,3, 134,9, 136,9 г/м. Установлено увеличение ТЗС и ТМЖП левого желудочка по мере длительности существования АГ. ИММЛЖ различался у лиц с достигнутым и недостигнутым целевыми уровнями АД с разными степенями АГ. Достигнутый целевой уровень АД выявлялся у 17,07% больных. В группе больных с достигнутым целевым уровнем АД ГЛЖ выявлялась в 61,54% случаев, с достигнутой на догоспитальном этапе 1 степенью АГ – в 77,78%, со 2-3 степенью АГ – в 80% случаев.

Средние значения ИММЛЖ в этих группах составили 118,1, 125,7, 141,9 г/м, соответственно. ТЗС и ТМЖП левого желудочка также возрастали по мере увеличения степени АГ. У женщин с достигнутым целевым уровнем АД ГЛЖ выявлялась в 66,67%, с недостигнутым целевым уровнем в 82,93% случаев. ИММЛЖ в этих группах достоверно отличался – 119,8 г/м, 140, 9 г/м соответственно ($p<0,05$). Размеры ЛП были наименьшими у женщин с достигнутым целевым уровнем АД, у лиц с недостигнутым уровнем АД размеры ЛП увеличивались по мере возрастания степени гипертензии. Влияние длительности существования АГ на размеры ЛП было менее значимым по сравнению со степенью существующей АГ.

Выводы. На формирование ГЛЖ у женщин с ИБС и АГ оказывает большее влияние степень достигнутого АД, чем длительность существования АГ. С учетом низкого числа лиц с достигнутым целевым уровнем АД, актуальной является задача повышения эффективности лечения АГ у женщин.

024 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА

Александрова О.Л., Александрова Н.Л., Агарева Т.А., Чекулаева Д.Г.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Установлено, что в патогенезе атеросклероза при системных васкулитах, в частности, при гранулематозе Вегенера большое значение имеет как воспалительный компонент, так и наличие факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель работы – изучение частоты встречаемости факторов риска ССЗ с последующей оценкой кардиоваскулярного риска по SCORE у больных гранулематозом Вегенера.

Обследовано 26 больных гранулематозом Вегенера (14 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 30 до 64 лет, разделенных на две группы по половому признаку. Изучены факторы риска ССЗ: курение, артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия (ГХС), ожирение, нервные стрессы, отягощенная наследственность по ССЗ, проведен анализ 10-летнего риска развития фатальных осложнений ССЗ по SCORE, исследован уровень С-реактивного белка (СРБ), фибриногена.

Из ФР сердечно-сосудистых заболеваний наиболее часто отмечалась ГХС (у 17 из 26 обследованных); она встречалась примерно с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Курение обнаруживалось реже, чем ГХС (у 10 из 26 пациентов) и имело место преимущественно у мужчин (в 9 и 1 случае соответственно). АГ и наследственная отягощенность по ССЗ выявлялись с одинаковой частотой (у 6 пациентов в обоих случаях); при этом оба ФР у мужчин встречались вдвое чаще, чем у женщин. Остальные ФР (ожирение и нервные стрессы) отмечались достаточно часто: у 10 и 9 больных соответственно. Ожирение констатировано у мужчин и женщин с одинаковой частотой, нервные стрессы в 2 раза чаще имели место у мужчин по сравнению с женщинами. В целом, у женщин число факторов риска было меньшим, чем у мужчин. Небольшое число ФР (один-два) и умеренное число ФР (три) чаще встречалось у женщин, чем у мужчин, соответственно в 6 и 3, 3 и 2 случаях. Одновременное наличие четырех и более ФР обнаруживалось только у мужчин (в 5 случаях). Признаки системного воспаления с одинаковой частотой отмечались как у мужчин, так и у женщин: повышенный уровень СРБ выявлялся у 18 пациентов, гиперфибриногенемия – у 13.

При анализе индекса SCORE низкий риск обнаружен у 10 обследованных (у 2 мужчин и 8 женщин), умеренный риск – у 12 (у 8 мужчин и 4 женщин). Высокий риск констатирован только у 4 пациентов мужского пола. У 2 больных с умеренным риском по SCORE в возрасте 42 и 45 лет развился инфаркт миокарда, у 1 – с высоким риском по SCORE в возрасте 48 лет – инсульт; у всех этих пациентов выявлено 4 или 5 факторов риска ССЗ.

У больных гранулематозом Вегенера достаточно часто встречаются такие факторы риска ССЗ, как курение, ожирение, и, особенно, гиперхолестеринемия. Сочетание нескольких факторов риска увеличивает 10-летний риск развития фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний по SCORE у пациентов с гранулематозом Вегенера.

025 ЭТНОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Александровский А.А., Усанова А.А., Колпаков Е.В.

ГОУВПО "Мордовский университет имени Н.П.Огарева", Саранск, Россия; Российский медицинский университет, Москва, Россия

Цель работы: исследовать этнографические и наследственные характеристики у больных острым коронарным синдромом (ОКС) – постоянных жителей Республики Мордовия (РМ).

Материал и методы. Работа велась в рамках европейской НИР "Регистр ОКС" в 2007-2008гг. Методы работы указаны в предыдущих публикациях. Обследовано более 500 чел., госпитализированных в городские и сельские больницы РМ. Наследственность фиксировали со слов пациента. Учитывались близкие кровные родственники: мать, отец, родные братья и сестры, страдавшие коронарной болезнью сердца. В обзор включены 238 больных ОКС, четко ответившие на вопрос о наследственности "да, имеется" или "нет, отсутствует".

Результаты: ОКС с подъемом ST диагностирован в 2,6 раза достоверно реже, чем ОКС без подъема ST (66 чел. – 28% против 172 чел. – 72%, P=0,0001). Всех пациентов с отягощенной сердечно-сосудистой наследственностью было в 2 раза больше ("да" 158 чел. – 66%, "нет" 80 чел. – 34%, P=0,0001), но подобное неравенство наблюдалось лишь во 2-й гр. – без подъема ST – ST↓: ("да" 123 чел. – 72%, "нет" 49 чел. – 28%, P=0,0001), что и обусловило достоверность по всей группе. В 1-й же группе (с подъемом ST- ST↑) цифры почти одинаковы ("да" 35 чел. – 53%, "нет" 31 чел. – 47%, P=0,6241). Этнографический анализ показал, что из всех больных русских было 162 чел. (68%), мордвы 61 чел. (26%), татар 12 чел. (5%) и прочих 3 чел. (1%). В группе ОКС с ST↑ четкого преобладания наследственной отягощенности у больных разных национальностей не выявлено. У лиц с ОКС с ST↓ данные более определенные: у русских лица с отягощенной кардиологической наследственностью доминируют: 85 чел. (71%) > 35 чел. (29%), (P=0,0001), у мордвы: 32 чел.(74%) > 11 чел. (26%), P=0,0042, у татар 5 чел. (62%) тоже > 3 чел. (38%), но последнее неравенство недостоверно, P=0,5093. Силу влияния национальности на частоту наследственной отягощенности у русских, мордвы и татар определили с помощью однофакторного дисперсионного анализа. В изолированных группах ST↑ и ST↓ она оказалась одинаково небольшой (около 3%) и недостоверной ($\eta^2 = 0,03 \pm 0,01$, $F_{опытн.} < F_{st.}$ (2,3<2,6; P>0,05). И в целом, в данной когорте больных ОКС (ST↑ + ST↓) такое влияние может составить около 1% ($\eta^2 = 0,011 \pm 0,013$, $F_{опытн.} < F_{st.}$ (0,84<2,6; P>0,05), а может и не составить, т. к. величина коэффициента η^2 оказалась недостоверной. Если общее количество факторов риска несколько сотен, то не следует рассчитывать на большую величину одного, отдельно взятого фактора.

Вывод: Необходимо дальнейшее более детальное изучение этнографических и других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на базе европейского или российского регистров ОКС для уточнения (а, возможно, и пересмотра) некоторых сложившихся диагностических, лечебных и профилактических концепций в кардиологии.

026 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Алексеев Д.В., Лиман Т.А., Новгородов А.Н., Морозова И.А., Садыкова А.Р.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития, Тверь, Россия

Цель работы: изучить качество жизни (КЖ) у мужчин и женщин, госпитализированных в стационар с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы: в исследование включено 34 пациента, госпитализированные в кардиологическое отделение МУЗ ГКБ № 6 с рабочим диагнозом при поступлении – ОКС. Контрольную группу составили 11 больных со стабильной ИБС. На всех больных заполнялась регистрационная карта, содержащая основные клинико-анамнестические данные. Психологическое тестирование проводилось после стабилизации состояния пациентов, как правило, перед выпиской из стационара. Изучение КЖ проводилось с помощью опросника "SF-36 Health Status Survey". Статистический анализ проводился с использованием пакета STATISTICA 6,0.

Результаты: среди обследованных больных было 20 (58,8%) мужчин и 14 (41,2%) женщин. Медиана возраста пациентов составила 59,5 лет, интерквартильный размах 54-70 лет. Контрольную группу составили 6 (54,5%) мужчин и 5 (45,5%) женщин. В контрольной группе медиана возраста больных составила 65 лет, интерквартильный размах 55-70 лет. По возрасту и полу пациенты основной и контрольной групп статистически значимо не различались.

В основной группе у 16 (47,1%) больных диагностирован острый инфаркт миокарда (ОИМ), у 18 (52,9%) – прогрессирующая стенокардия. При анализе КЖ установлено, что в основной группе все показатели были существенно ниже по сравнению с контролем, а по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, интенсивности боли и жизненной активности различия были статистически значимыми, $p<0,05$.

В основной группе у мужчин отмечались более высокие значения всех показателей, что свидетельствует о лучшем КЖ у мужчин по сравнению с женщинами. Наиболее статистически значимыми были гендерные различия по шкалам общего состояния здоровья (у мужчин медиана 40 баллов, интерквартильный размах 35-50; у женщин медиана 32,5 балла, интерквартильный размах 20-35, $p=0,02$), физического функционирования (у мужчин медиана 57,5 баллов, интерквартильный размах 35-72,5; у женщин медиана 17,5 балла, интерквартильный размах 10-30, $p=0,001$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (у мужчин медиана 50,5 баллов, интерквартильный размах 30-67; у женщин медиана 17 балла, интерквартильный размах 10-34, $p=0,03$), жизненной активности (у мужчин медиана 47,5 баллов, интерквартильный размах 42,5-62,5; у женщин медиана 25 балла, интерквартильный размах 20-30, $p<0,001$) и психического здоровья (у мужчин медиана 60 баллов, интерквартильный размах 52-72; у женщин медиана 36 балла, интерквартильный размах 28-56, $p=0,002$).

Выводы: 1. У больных ОКС все показатели КЖ ниже, чем при стабильном течении ИБС, причем степень снижения не зависит от клинического варианта ОКС. 2. КЖ у женщин, госпитализированных по поводу ОКС, существенно хуже, чем у мужчин, что, вероятно, должно учитываться при планировании реабилитационных мероприятий.

027 ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Алиахунова М.Ю., Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х., Касымова Г.М., Камалова Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Активное развитие патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) с ранним проявлением атеросклероза (АЗ) наиболее часто встречается при ревматических заболеваниях (РЗ) и среди причин смерти при них преобладают СС катастрофы (инфаркт миокарда, инсульт, внезапная сердечная смерть).

Цель – изучение и оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний при ревматоидном артрите (РА).

Методы исследования. В исследование включили 78 больных РА, из которых 51 больной (65,4%) страдал РА от 1 года до 10 лет. 62 пациента (79,5%) были в возрасте от 27 до50 лет. Большинство составили женщины – 64(82%). Исследования: рентген, ЭКГ, ЭхоКГ, допплерография сосудов, определение СРБ, РФ, ИЛ-1, ИЛ-6, ОХС, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, ХС-ЛПВП и ХС-ЛПНП, изучение агрегационной способности тромбоцитов и др.

Результаты. 73(93,5%) обследованных больных страдали серопозитивным РА. Исследования выявили I степень активности РА у 20 (25,6%), II степень – у 58(74,4%) пациентов. Рентгенологически: I стадия РА – у 11(14,1%) больных, II стадия – у 22(28,2%) и Ш стадия – у 45(57,7%). У 62 больных (79,5%) выявлена 2-3 степень ФНС. Наблюдали увеличение концентрации маркеров гиперкоагуляции (плазменного фибриногена), дислипидемию (уменьшение ХС-ЛПВП и увеличение ЛПНП) при повышении маркеров воспаления (СРБ и ИЛ-6). Сердечно-сосудистый риск увеличивался соответственно неблагоприятными сдвигами соотношения ЛПВП и ЛПНП. ОХС оказался более высоким у больных с длительным РА, а при непродолжительном течении РА, он оказался в норме или даже ниже. "Субклинический" АЗ поражения артерий – увеличение толщины комплекса интима–медия – у 23 больных (29,5%). Кардиоваскулярная патология в среднем составила 20%, чаще наблюдалась АГ и атерогенная дислипидемия. Развитие связанных с АЗ заболеваний при РА обусловлено факторами риска ФР), хроническим воспалением (одинаковые воспалительные и, возможно, аутоиммунные звенья патогенеза РА и АЗ), побочными эффектами нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов, активностью заболевания, РФ-позитивностью и высоким уровнем СРБ. Риск развития АЗ при РА был высоким даже при исключении традиционных ФР. Вероятно, особую роль в прогрессировании АЗ играют факторы, обусловленные хроническим и/или аутоиммунным воспалением. При этом воспаление не только усиливает выраженность традиционных ФР, но имеет важное значение в дестабилизации АЗ бляшки и развитии сосудистых катастроф. При РА накопление кардиоваскулярных ФР происходит до начала заболевания, а затем системное ревматоидное воспаление способствует развитию клинических проявлений АЗ.

Вывод. Больные с РЗ относятся к группе высокого риска развития СС осложнений, что диктует необходимость проведения своевременных и современных профилактических мероприятий и тщательного наблюдения за состоянием кардиоваскулярной системы, т. е. требуют оценки функционального состояния миокарда и сосудистого русла с коррекцией выявленных нарушений по принципам лечения, используемым в современной кардиологии.

028 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Алиева Г.Ч.

НИИ кардиологии Азербайджанской Республики, Баку, Азербайджан

Повышение артериального давления является одним из распространенных расстройством сердечно-сосудистой системы у женщин в постменопаузальном периоде (ПМП). Вместе с тем у подавляющего большинства женщин в ПМП наблюдаются признаки метаболического синдрома (МС). Целью настоящего исследования являлось изучение состояния гемодинамики, липидного и углеводного обмена у женщин с АГ2ст и МС в постменопаузальном периоде под влиянием комплексного лечения. Под нашим наблюдением находились 98 женщин с АГ2ст в возрасте от 48 до 60 лет с давностью менопаузы от 3-х до 12 лет с АГ2ст и наличием 3-х и более признаков МС. В качестве гипотензивной терапии назначались фиксированные комбинации ИАПФ с диурети-

ками или антагонистами кальция. Всем больным была рекомендовано снижение массы тела, для чего предлагались гипокалорийная диета и повышение физической активности, в случае неэффективности дополнительно назначался препарат орлистат в дозе 360 мг/сут. Продолжительность наблюдений составила 6 месяцев. На фоне проводимого лечения изучались суточные колебания АД, динамика ММЛЖ, изменения липидного спектра крови, уровня глюкозы и антропометрические данные. Суточные колебания АД изучались с помощью суточного мониторирования АД, определение ММЛЖ и ИММЛЖ производилось с помощью эхокардиографии.

У большинства пациенток нами наблюдалось улучшение общего самочувствия, повышение трудоспособности, снижение уровня тревожности. В основной группе больных, соблюдавших гипокалорийную диету и получавших орлистат, наблюдалось более значительное снижение индекса массы тела (ИМТ) на 10,9%, чем у больных контрольной группы (ИМТ снизился на 3,6%), при этом снижение МТ было медленным и постепенным. Наблюдалось достоверное уменьшение показателя объема талии/объема бедер на 10,6%, $\rho<0,01$ от исходного уровня. Эффективность гипотензивной терапии на фоне лечения орлистатом не снижалась. У больных основной группы отмечалось снижение ОХС на 12,4% ($\rho<0,01$) и ЛПНП на 15,4% ($\rho<0,01$). Уровень ТГ и ЛПВП изменялся недостоверно. Изменение липидного спектра были более достоверными, чем в контрольной группе. На фоне проводимого лечения мы не выявили ухудшения толерантности к глюкозе. В обеих группах больных прослеживался хороший гипотензивный эффект, при этом в основной группе больных отмечено более значительное снижение вариабельности АДсист. и АДдиаст. в дневное и ночное время суток (на 5,5 мм рт.ст. и 6,5 мм рт.ст., $\rho<0,01$), уменьшение "пика" подъема АДсист и АД диаст. в ранние утренние часы на 16,5% и 19,2% ($\rho<0,01$). Уменьшение ИММЛЖ наблюдалось в обеих группах больных за счет уменьшения толщины стенок ЛЖ. В основной группе больных ИММЛЖ снизился на 28,4%, в контрольной – на 16,1% ($\rho<0,001$). Результаты проведенных исследований показали, что комбинированная терапия с применением фиксированных низкодозовых комбинаций гипотензивных препаратов и с одновременным снижением массы тела у пациенток с АГ и МС в постменопаузальном периоде позволяет повысить эффективность гипотензивной терапии и уменьшить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

029 ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ РИСКА ПО ШКАЛЕ TIMI И ВЕРОЯТНОСТИ НЕПРОВЕДЕНИЯ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Алтарев С.С., Зыков М.В., Каштапап В.В., Барбараш О.Л.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: оценка взаимосвязи базового кардиоваскулярного риска пациента, оцененного по шкале TIMI, с вероятностью непроведения реперфузионной терапии пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКССПST).

Материал и методы исследования. В рамках регистра ОКССПST, проведенного на базе Муниципального учреждения здравоохранения Кемеровский кардиологический диспансер в период с 01.01.2008 по 31.12.2008 обследовано 529 человек, поступавших в стационар с диагнозом ОКССПST. Критериями включения пациентов в регистр служили наличие на первичной пленке ЭКГ элевации сегмента ST более 1,0 мм в двух смежных отведениях либо "новой" полной блокады левой ножки пучка Гиса и давность от момента заболевания не более 48 часов. Для анализа предикторов непроведения реперфузионной терапии была отобрана группа пациентов, доставленных в течение 24 часов от момента развития клинической симптоматики острого коронарного события, у которых отсутствовали противопоказания к проведению чрескожных вмешательств (ЧКВ). Таковыми считались: транзиторная ишемическая атака либо острое нарушение мозгового кровообращения в течение 30 дней до госпитализации, наличие злокачественных новообразований, недавняя (менее 14 дней) полостная операция, анамнез "больших" кровотечений. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета статистических программ SPSS 13.0.

Результаты исследования. В окончательный анализ включено 425 человек, из них 186 (43,8%) получили реперфузию путем проведения ЧКВ, 57 (13,4%) подверглись только тромболитической терапии (ТЛТ), 28 (6,6%) пациентам была проведена и ТЛТ, и ЧКВ. 154 человека (36,2%) не получили реперфузионную терапию ни в каком виде в течение индексной госпитализации.

При оценке вероятности непроведения реперфузионной терапии в зависимости от риска по шкале TIMI обнаружены следующие закономерности: при увеличении количества баллов по шкале TIMI вероятность непроведения реперфузии возрастает. Так, при наличии баллов по TIMI 0-1 реперфузия не проведена лишь в 2 (2,3%) случаев, в то время как при количестве баллов 2-3 это показатель составил 6 (4,7%), отношение шансов (ОШ) 2,08 (95% доверительный интервал 0,41-10,57), при количестве баллов 4-5 реперфузия не проведена 29 (29,9%) пациентам, ОШ 17,91 (4,13-77,76). В подгруппах, в которых риск по шкале TIMI составил 6-7 и 8-13 баллов, реперфузионные тактики не применялись в 36 (51,4%), ОШ 44,47 (10,14-195,08) и 28 (62,2%), ОШ 69,18 (15,03-318,30), случаях, соответственно.

Выводы. Пациенты с неблагоприятным прогнозом получают инвазивное лечение в меньшей степени в сравнении с пациентами с благоприятным прогнозом.

030 СРАВНЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН АЛЬДОСТЕРОНОВУЮ СИСТЕМУ

Андреева Г.Ф., Лерман О.В., Коняхина И.П., Деев А.Д., Горбунов В.М.
ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель исследования: выявить различия в воздействии на качество жизни больных с артериальной гипертензией (АГ) длительной терапии препаратами, влияющими на ренин-ангиотензин альдостероновую систему (РААС) с различными механизмами действия: телмисартаном (блокатор рецепторов к ангиотензину), эналаприлом (липофильный ингибитор ангиотензинпревращающего фемента (АПФ)), лизиноприлом (гидрофильный ингибитор АПФ).

Материалы и методы: Была проанализирована база данных 5 исследований, проведенных в нашем центре, включающая результаты суточных мониторирований артериального давления (СМАД) больных с артериальной гипертензией (АГ). Критериями включения в исследование было: 1) отсутствие серьезных сопутствующих заболеваний; 2) проведение СМАД при помощи прибора Spacelabs 90207; 3) начало СМАД в 10.00-10.30; 4) период отмены препарата одна – две недели; 5) лечение антигипертензивными препаратами в среднетерапевтических дозировках в течение 1-3 месяцев; 6) оценка качества жизни (КЖ) больных с АГ одной методикой, для возможности сопоставления результатов. Сравнивалась динамика показателей СМАД и КЖ больных, на фоне терапии эналаприлом (38), лизиноприлом (57), телмисартаном (20).

Для сопоставления в качестве групп сравнения были использованы данные больных, принимавших препараты из других, основных групп лечения ГБ: метопрол (20), дилтиазем (25 человек), амлодипин (44). Для оценки КЖ применялась русская версия опросника Марбургского университета "General Well-Being Questionnaire" (GWBQ) (J. Siegrisr и соавт.).

Результаты. Исходное среднее систолическое АД (САД) больных составило 142.1±14.5; диастолическое АД (ДАД) – 89.1±9.9 (мм рт.ст.). Терапия изучаемыми препаратами достоверно приводила к снижению артериального давления. Длительный прием лекарственных средств, не влияющих на РААС, не оказывал воздействия на КЖ больных ГБ. Длительная терапия некоторыми препаратами из группы лекарственных средств, воздействующих на РААС, изменяла КЖ больных с АГ. Эналаприл улучшал психологическое самочувствие больных (шкала IV опросника КЖ) ($p>0,05$). Лизиноприл оказывал положительное воздействие на физическое самочувствие (шкала I), работоспособность (шкала II), негативное психологическое самочувствие (шкала IV) психологические способности (шкала V), способность к социальным контактам (шкала VII) ($p>0,05$). Прием телмисартана не влиял на показатели КЖ этой группы больных.

Выводы. Таким образом, длительный прием препаратов с различными механизмами воздействия на РААС оказывал неодинаковое влияние на КЖ больных с АГ. Терапия лизиноприлом (гидрофильный ингибитор АПФ) приводила к улучшению практически всех составляющих КЖ, эналаприлом (липофильный ингибитор АПФ) – только психологической составляющей КЖ, телмисартаном (блокатор рецепторов к ангиотензину) – не изменяла показателей КЖ.

031 ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ТКАНЕВОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОВНЕМ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Андреева Ю.А., Саидова М.А., Мартынюк Т.В., Масенко В.П., Чазова И.Е.

ФГУ РКНПК МЗ и СР РФ, Москва, Россия

Цель исследования. Изучение структурных и функциональных изменений миокарда правого желудочка (ПЖ) по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) с использованием тканевой миокардиальной допплерэхокардиографии (ТМД) у больных с легочной гипертензией (ЛГ) различной этиологии, а также оценка их взаимосвязи с уровнем мозгового натрийуретического пептида (МНП).

Материалы и методы. В исследование включили 102 больных с ЛГ (29 пациентов с идиопатической ЛГ – ИЛГ, 15 с ЛГ на фоне хронической тромбоэмболии легочной артерии – ТЭЛА, 18 с ЛГ, ассоциированной с системной склеродермией – СС, 13 с ЛГ на фоне хронической обструктивной болезни легких – ХОБЛ; 15 с ЛГ, ассоциированной с врожденными пороками сердца – ВПС, 12 с резидуальной ЛГ (РЛГ), а также контрольную группу – 21 здорового добровольца. Проводили традиционное ЭхоКГ и ТМД исследования (Vivid 7, GE). Определяли в плазме крови уровень NT-proМНП "Elecsys 2010, Roche".

Результаты. По данным обычной ЭхоКГ наиболее выраженное ремоделирование сердца и ЛА выявили при ИЛГ, наименее выраженное – у больных с ХОБЛ. Данные ТМД обнаруживали наибольшее нарушение диастолической функции ПЖ также у больных с ИЛГ и наименьшее – у больных с ХОБЛ и соответствовали уровню NT-proМНП у больных с ЛГ. У пациентов с ТЭЛА и СС преобладали диастолические нарушения функции ПЖ над систолическими, при этом ФК и уровень NT-proМНП были сопоставимы с таковыми у больных с ИЛГ. Применение ТМД позволило выявить диастолическую дисфункцию ПЖ (ДД ПЖ) у большего процента больных с ЛГ по сравнению с традиционной допплерэхокардиографией (ДЭхоКГ) (у 92% больных с ИЛГ по сравнению с 55%, у 87% больных с ТЭЛА по сравнению с 33%, у 78% больных с СС по сравнению с 44%, у 69% больных с ХОБЛ по сравнению с 27%, у 80% больных с ВПС по сравнению с 27% и у 75% больных с РЛГ по сравнению с 17%). По данным ТМД более выраженное нарушение региональной систолической и диастолической функции ПЖ определено у больных с ИЛГ и ТЭЛА. Снижение деформации миокарда в средних сегментах боковой стенки ПЖ и увеличение в верхушечных коррелировало с уровнем СДЛА у больных с ЛГ. Отношение E/Em тк соответствовало уровню NT-проМНП и выраженности ремоделирования сердца у больных с ЛГ. При помощи ROC-анализа были найдены собственные разделяющие значения показателя E/Em тк и подобного показателя от митрального кольца E/Em мк, равные 9,5, и разделяющее значение параметра Em тк, равное 6,8 см/с, с высокими чувствительностью и специфичностью определяющие больных с повышенным уровнем NT-proМНП. В результате множественного регрессионного анализа обнаружено, что совокупности таких факторов, как возраст, объем ПП и СДЛА по данным традиционной ЭхоКГ и показателей ТМД определяли пациентов с ЛГ и повышенным уровнем NT-proМНП с чувствительностью 73,3% и специфичностью 90,7%.

Заключение. Использование ТМД имеет преимущества перед обычной ЭхоКГ в выявлении ДД ПЖ, ассоциированной с повышенным уровнем NT-проМНП у больных с ЛГ.

032 ХАРАКТЕР СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ

Андреичева Е.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Психосоциальные факторы играют важную роль в развитии гипертонической болезни (ГБ). Насколько патогенным является стрессор, во многом зависит от особенностей личности, ответственных за успешную адаптацию и совладание с жизненными трудностями. Цель исследования состоит в выявлении характера взаимосвязей и выраженности механизмов психологической защиты, копинг-поведения и жизнестойкости в психологическом статусе больных ГБ II стадии и их корреляций с типами отношения к болезни. Обследовано 52 больных (26 муж. и 26 жен.) с ГБ II стадии, в возрасте от 38 до 70 лет (средний возраст 44,5г). Давность заболевания от 2 до 9 лет, в среднем 6,6 лет. Контрольная группа здоровых составила 52 чел (26 муж. и 26 жен.), в возрасте от 30 до 56 лет (средний возраст 44,6г). Все обследованные с высшим образованием, работающие. Использованы методики: 1."Копинг-поведение в стрессовых ситуациях"; 2.Тест жизнестойкости; 3."Психологическая диагностика индекса жизненного стиля";4."Психологическая диагностика отношения к болезни". Обработка результатов проводились с использованием сравнения средних значений количественных данных с использованием t-критерия Стьюдента, корреляционного и дивергентного анализа. Выяснялась структурная организация исследуемых показателей. В обеих группах обследованных преобладают типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Для здоровых характерен анозогнозический тип отношения к болезни, у пациентов с ГБ II стадии преобладает эргопатический тип. У больных повышена выраженность различных дезадаптивных типов отношения к болезни, все они способствуют тому, что у пациента меняются не только отношения в социуме, но и комплаентность к лечению. Жизнестойкость и ее компоненты практически не отличаются в группах больных и здоровых. Дезадаптивные типы отношения к болезни имеют обратные корреляционные связи с жизнестойкостью. Для женщин

характерно использование большего спектра копинг-стратегий и психологических защит, чем для мужчин. У больных ГБ II стадии возрастает использование психологической защиты "проекция" и снижается использование "рационализация" по сравнению с группой здоровых, что особенно ярко проявляется у мужчин. У здоровых отмечается согласованность между собой различных блоков адаптивного поведения: копинг-стилей, психологических защит, жизнестойкости и типа отношения к болезни. У больных отмечается дезинтегрированность, рассогласованность между собой блоков адаптивного поведения, при этом возрастает использование примитивных психологических защит и снижение использования продуктивных копинг-стилей. Выводы: у больных ГБ меняется структура совладающего поведения, прежде всего за счет увеличения использования примитивных видов психологических защит, уменьшения использования продуктивных копинг-стилей, нарушаются взаимосвязи между блоками адаптивного поведения, хотя личностная составляющая – жизнестойкость – значительно не изменяется. При планировании психологической работы с данной группой пациентов следует основное внимание уделять именно развитию адаптивных копинг-стилей, прежде всего проблемно-ориентированного как наиболее адекватного.

033 ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА ПРИ НИЖНЕБОКОВОМ 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 нижнебоковом инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии (ЭКТГ).

Методы. Для изучения ЭПС использован метод ЭКТГ с регистрацией монополярных отведений по Vilson 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 нижнебоковом ИМ – 6 чел. (5 муж. и 1 жен.). Разработана схема топической диагностики ОИМ различных локализаций. ЭПС характеризуется диполярным распределением потенциалов по электропозитивности (ЭП) и мультиполярным по электронегативности (ЭН). Max по ЭП равен 12,17±1,99 мм и расположен в точке V-10 и он левее, чем max у КГ и нижнем ИМ. Максимальный градиент потенциалов по ЭП составляет 7,92 ±0,93, и он снижен по сравнению с КГ ($p<0,02$), что свидетельствует о снижении потенциала в области V4-V5. Max по ЭН зубец (з.).S резко снижен, располагается в точке V-7 и равен 6,75±1,98. Более высокая степень снижения max з. S наблюдалась только при нижнезаднем ИМ. Градиент потенциалов по ЭН равен 4,00±0,68 и отличатся при сравнении с КГ ($p<0,02$) и нижнем ИМ ($p<0,05$). ЛЖ. На УТ по ЭП выявляется нулевая зона (НЗ) спереди справа по нижним уровням регистрации (УР) (там же располагается НЗ при нижнем ИМ) и сзади по 16-18 линии в основном с I по IV УР. НЗ довольно четко очерчена (помимо этого по ЭН выявляется зона, которая по заданной программе классифицируется как зона QS и располагается около НЗ). Выделяется неустойчивая зона типа qr-qs или rs-qs. По площади НЗ занимает 13,67±5,02 отведений (13,14±4,83%) и с достоверностью ($p<0,02$) отличается от КГ., но не отличается достоверностью при сравнении с нижним ИМ. Особенностью нижнебокового ИМ. является то, что зона достоверного снижения потенциала и неустойчивый тип зоны по ЭП располагается в пределах НЗ. В зоне типа r выделена большая зона достоверного снижения з. r. Слева спереди по верхним УР выделена зона с достоверным повышением потенциала по сравнению с КГ. НЗ по ЭН на УТ располагается по левой заднебоковой поверхности грудной клетки и составляет 6,83±3,86 отведений (6,57±3,71%). На УТ НЗ составляет тринадцать точки. Группа с нижнебоковым ИМ при анализе ЭКГ-12 отличалась следующими особенностями: з. Q в III, aVF отведении =>1/2 R или регистрировался комплекс QS, в V5-V6 отмечено снижение з. R, регистрировался отрицательный з. T в V5-V6, у части больных в V2 R»=S. Изучено соотношение зон, относящихся к I-ой (rs, rsr', r) и II-ой (qr, qrs, qs) половинам КДД.

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

034 ПОКАЗАТЕЛИ DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, DAZZ, ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕБОКОВОМ 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 нижнебоковом 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 нижнебоковом ИМ – 6 чел. (5 муж. и 1 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 анализе КГ горизонтальным положением ЭОС и нижнебокового ИМ выявлена DA>2SD по ЭП по I УР по 6-9 линии (5 точек) с max в точке I-8 равным 6,05. å DA= 15,83 (реципрокная область отражения потенциалов от нижней стенки, заднесептальной части МЖП). По ЭП DA<-2SD находится в двух областях, Первая DA – в точке V-2 равная -2,09 свидетельствует о максимальном изменении з. r и она характерна для поражения нижней стенки. Вторая DA (2 точки) – в точках IV-11 и VI-11 равные соответственно -2,26 и -2,02 указывают на максимальное снижение з. r и отражают поражение боковой и нижнебоковой передней части боковой стенки. По ЭН DA<-2SD выявлены в трех точках с max в точке III-1 равным 2,52. åDA=6,85. Эта область свидетельствует о зоне максимального снижения з. S и о его трансформации в QS. По ЭН DA>2SD не выявлена. Максимальное положительное значение DI находится в точке VI-13 и равно 1,31 и свидетельствует об области максимального уменьшения з. q. На карте з. T выявлена DA<-2SD (9 точек) слева сзади по IV-VI УР с max в точке VI-13 равным -3,40. åDA=-25,69. Выявлена DA>2SD (31 точек) справа сверху спереди и сзади преимущественно по I-II УР с max в точке I-8 равным 6,12. å DA >2SD= 97,61. При сравнении КГ с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца (ЭОС) и нижнебокового ИМ отмечается следующее:å DA по ЭП больше: ИМ, по ЭП

DA<-2SD нет, по ЭН DA<-2SD не выявлены, по ЭН DA>2SD не выявлена, по зубцу Т DA>2SD в два раза меньше при сравнении КГ с нормальным положением электрической оси сердца (ЭОС) и нижнебокового.

Выводы. Анализ топокарт DAZZ позволяет проследить за переходом очага поражения на рядом расположенные стенки. Выделены амплитудные количественные показатели отличия нижнебокового ИМ от КГ с помощью DI.

035 DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, ТОПОКАРТЫ DAZZ, ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕМ И НИЖНЕБОКОВОМ 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 нижнебоковом и 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 нижнебоковом ИМ – 6 чел. (5 муж. и 1 жен.) и при нижнем ИМ – 21 чел. (18 муж. и 3 жен.). Использовались DI, DA, DAZZ и ZZ. 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 (гр.), а использование DA при количественной оценке ЭПС позволяет внести уровень надежности в предлагаемые критерии диагностики. Было проведено сравнение гр. с нижним и нижнебоковым ИМ. По электропозитивности (ЭП) DA>2SD или <-2SD не выявлена. Максимальное положительное значение DI находится в точке VI-1 и равно 1,49, что характеризует нулевую зону НЗ по ЭП, соответствующую нижнему ИМ как менее устойчивую. Максимальное отрицательное значение DI находится в точке III-16 и равно -1,60, что свидетельствует об уменьшении зубца (з) r сзади. Добавочное максимальное отрицательное значение DI находится в точке I-16 и равно -1,46, что свидетельствует об уменьшении з r и смене зоны qr на НЗ. По электронегативности (ЭН) DA>2SD или <-2SD не выявлена. Максимальное положительное значение DI находится в точке IV-14 и равно 0,54, т. е. нет возрастания потенциалов по ЭН. Максимальное отрицательное значение DI находится в точке IV-6 и равно -1,22, что свидетельствует о максимальном снижении з. S спереди. НЗ типа qs-qs, т. е. зоны, где в обеих гр. регистрируются з. QS выявляется в области соответствующей нижнему ИМ, т. е. совпадение областей поражения. По з. Т DA>2SD или<-2SD нет. При анализе топокарт DAZZ гр. с нижнебоковым и нижним ИМ при нанесении границ зон типа qs-qs получилось совпадение в семи точках в зоне соответствующей поражению при нижнем ИМ.. При нижнебоковом ИМ отмечается дополнительная несовпадающая с нижним зона типа qs, которая находится в верхнеправом отделе сзади. По ЭН при нижнебоковом ИМ также выделена совпадающая НЗ с нижним ИМ в верхнелевом отделе сзади и несовпадающая НЗ с нижним ИМ в области III-VI УР по 10-11 линии. В НЗ по ЭН происходит и достоверное снижение з. r. При нижнебоковом ИМ DA<-2SD по з. Т обширна и характеризует изменения в нижнезадней части боковой стенки и задней стенки ЛЖ.

Выводы. Анализ топокарт DAZZ позволяет проследить за переходом очага поражения на рядом расположенные стенки. Выделены совпадающие и несовпадающие области при рядом расположенных зон поражения при ИМ.

036 АЛИСКИРЕН И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Андреичев Н. А., Галеева З. М.

ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет Росздрава", кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казань, Россия

Существуют следующие ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС): ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА). Но недавно были обнаружены рецепторы к ренину и про-ренину. Алискирен (А.) является прямым ингибитором ренина (ПИР). А., связываясь с активной частью молекулы-мишени, предотвращает ее взаимодействие с ангиотензиногеном. А., уменьшая активность ренина плазмы (АРП), проявляет кардио- и нефропротекторный эффекты. В отличие от иАПФ и БРА А. уменьшает уровень ангиотензина I и II, АРП. Период полувыведения А. составляет примерно 40 часов. Монотерапия А. снижает диастолическое артериальное давление (ДАД) и систолическое артериальное давление (САД) у пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертонией (АГ). А. достоверно лучше снижает ДАД и САД, чем рамиприл, а А.±гидрохлоротиазид (ГХТЗ) достоверно больше снижают ДАД и САД, чем рамиприл±ГХТЗ. Комбинации А./рамиприл, А./валсартан достоверно лучше снижает АД, чем оба компонента монотерапии. А. достоверно снижает АД при комбинировании с амлодипином (5 мг), увеличивает количество ответивших на терапию при добавлении к амлодипину. Антигипертензивный эффект не зависит от пола, расы, возраста, индекса массы тела. Анализ плацебо-контролируемых клинических исследований, включавших 8481 больного, показал сопоставимость антигипертензивного эффекта А., иАПФ, БРА и антагонистов кальция (АК). Стартовая доза А. составляет 150 мг с увеличением до 300 мг. Доза 600 мг не обеспечивает дополнительного эффекта и не рекомендована к применению. А. эффективен у пациентов с ожирением, диабетом, нарушенной функцией почек и метаболическим синдромом. А. обеспечивает дополнительное достоверное снижение АД при добавлении к терапии ГХТЗ, ИАПФ, АК и БРА. Цель исследования: оптимизация лечения больных с АГ.

Материалы и методы: катамнестически проанализированы 11 медицинских карт пациентов (3 м. и 8 ж.) в возрасте 50-77 лет (сред. возраст 60,9), получавших 300 мг Р. на фоне АГ без ИБС – 5 пациентов (1 муж. + 4 жен.), сред. возраст 59,2, АГ + ИБС – 6 пациентов (2 муж. + 4 жен.), (сред. возраст 62,3).

Результаты. Амбулаторно больные получали комбинированную антигипертензивную терапию (2 – 4 препарата), согласно рекомендациям по АГ (2010). В стационаре больные продолжали получать комбинированную антигипертензивную терапию, к которой добавлялся Р. в дозе 300 мг. Большинство больных поступало с пятницы по воскресенье. Поэтому Р. назначался лечащим врачом в момент первичного осмотра – на 2-3 день. На момент назначения Р. уже наблюдался определенный гипотензивный эффект. При выписке удалось достичь целевого уровня АД в обеих группах.

Выводы. Расилез потенцирует гипотензивный эффект других гипотензивных препаратов и его можно комбинировать с основными классами препаратов для лечения АГ, АГ и ИБС – ИАПФ, β-адреноблокаторами, антагонистами кальция, ГХТЗ. Расилез позволил достигнуть целевого уровня артериального давления у наблюдавшихся больных.

037 РАЗДУМЬЯ О ЗДОРОВЬЕ

Андрейченко Т.А., Преображенский Д.В., Бурди С.М., Сергеев И.Н.

Краевая клиническая больница, ПГМА, Пермь, Россия; Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, Пермь, Россия

Парадоксально, но на сегодняшний день самым загадочным остаётся наше представление о здоровье. 7 октя-

бря 2009 года на национальном конгрессе кардиологов профессор М.Г. Глезер процитировала: "...Врачи кое-что понимают о болезнях, но в здоровье разбираются плохо". ВОЗ-овскому определению здоровья присущ семантический характер. Известно, что связующими звеньями жизнеобеспечения являются гемо- и гомеостаз. Сложным моментом остаётся интерпретация полученных данных: в руководствах разных стран имеются разночтения даже по самым "простым" показателям (глюкоза, гемоглобин и пр.) в онтогенезе.

Цель работы – изучение систем гомеостаза у условно здоровых лиц.

Материалы и методы: с 1997г рутинные общеклинические методы были дополнены исследованием параметров гомеостаза. Контрольную группу составили медики Перми, сотрудники технического университета и жители Пермской области. В исследование включено 30 женщин и 17 мужчин в возрасте от 8 до 70 лет (средний возраст – 34 года).

Результаты: в ходе исследований обозначились "слабые места" гомеостаза: разбалансированность буферных систем крови, и, прежде всего, системы гемоглобина: у всех лиц с нормальным уровнем общего гемоглобина (t Hb) – 35 человек (74,5%) отмечалось повышение карбоксигемоглобина (HbCO) до 4,0-6,0% (при норме -1%, Thews G., Германия, 1986). Нередко встречались анемии, t Hb: 75-109 г/л у 8 женщин (26,6%). И, наоборот, эритроцитоз, tHb:178-204 г/л, с HвCO: 6,8-10,5% у 4 (23,5%) курящих мужчин. У женщин с анемией и у злостных курильщиков – мужчин прослеживалась тенденция к хроническому респираторному ацидозу, и практически у всех обследуемых – min изменения кислородного статуса; при Hb <120 г/л у женщин появлялись отклонения других параметров гомеостаза. Для сравнения: у курящих по 1-2 пачки в день карбоксигемоглобин достигал 4-5% (Tietz N., США, 1986). В Перми же аналогичный уровень HbCO найден у условно здоровых некурящих, отражая современную экологию: автомобилизацию, пассивное курение, газовые плиты, продуцирующие оксид углерода (CO). Показатели метгемоглобина не превышали допустимых величин. По неполным данным, за 14 лет отмечались 3 смерти, 14 неотложных ситуаций, включая 3 инсульта, 1 инфаркт, травмы, отёк Квинке, 2 массивных язвенных кровотечения, острый панкреатит, геморрагическую лихорадку, пневмонии, клещевой энцефалит; 4 случая онкопатологии и 6 анемий. У заболевших ускорялся ишемический каскад и появлялась гипоальбуминемия.

Выводы: 1.У жителей Пермской области при долговременной перегрузке

угарным газом уровень карбоксигемоглобина систематически превышался

в 4-10 раз, способствуя дисбалансу буферных систем крови. "Экологическая" гемическая гипоксия усугублялась анемической и циркуляторной, создавая условия для дезадаптации и развития широкого круга заболеваний. 2. Уровень общего Hb (даже нормальный) не всегда отражает истинное благополучие (по аналогии с n-лейкоцитозом). 3. Гибкость и надёжность буферных систем крови, обеспечивающая сопряжённость респираторного и метаболического звеньев гомеостаза – фундаментальная неспецифическая характеристика здоровья.

038 ТРУДНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Аникин В.В., Жуков Н.И., Жуков И.Н.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития, Тверь, Россия; МУЗ "Городская клиническая больница №7", Тверь, Россия

Цель работы. Для оптимизации реабилитационных мероприятий у больных пожилого и старческого возраста с ОИМ представилось целесообразным изучить трудности, возникающие при разработке восстановительной тактики и лечения пациентов с данной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 110 мужчин в возрасте 70-92 лет (средний возраст – 77,5 года) и 50 мужчин в возрасте 35-55 лет (средний возраст 49,8 лет), переносивших ОИМ. У всех больных анализировались клинические и лабораторные данные, записывалась ЭКГ, выполнялись эхокардиография и ХМ ЭКГ, для выявления уровня личностной дезадаптации с учетом возраста обследуемых использовали шкалу HADS.

Результаты. Установлено, что ИМ у пожилых характеризовался тяжестью течения, в частности разнообразными проявлениями аритмического синдрома, а также выраженными нарушениями психосоматического и неврологического статуса. Так у больных старше 70 лет, достоверно чаще наблюдались более выраженные и прогностически неблагоприятные сердечные дизритмии. Преимущественно это проявлялось желудочковой экстрасистолией высоких градаций по Lown (44,5% vs 19,8%), частой суправентрикулярной экстрасистолией, неустойчивыми эпизодами наджелудочковой (49,2% vs 11%) и желудочковой тахикардии (11,1% vs 4%). При этом частота возникновения прогностически неблагоприятный аритмий тесно коррелировала как с обширностью и глубиной ИМ, так и наличием тревожной и депрессивной симптоматики. В свою очередь уровень тревожно-депрессивных расстройств значительно преобладал в старшей возрастной группе. Так "большая" депрессия у них выявлялась в 4 раза (31% vs 8%), а тревожная симптоматика в 2,5 раза чаще (72% vs 30%), чем у больных молодого возраста. Вместе с тем сочетание этих состояний преобладало именно в группе пациентов пожилого и старческого возраста (обследуемых больных). Более того нарушения психосоматического статуса ассоциировались с низкой приверженностью пациентов к лечению. Это касалось выполнения медикаментозных и физических аспектов восстановительного лечения. Кроме того следует отметить, что развитие острых коронарных событий у данной категории больных сопровождалось появлением или прогрессированием уже имевшихся энцефалопатических расстройств.

Выводы. Проведенное исследование показало, что реабилитация больных мужчин с ОИМ старше 70 лет должна осуществляться с учетом особенностей аритмического синдрома, а также психопатологической и энцефалопатической симптоматики. Последнее обстоятельство необходимо учитывать при разработке восстановительной тактики лечения. При этом можно считать обоснованным назначение в комплексной терапии медикаментозных препаратов, устраняющих неблагоприятных характер сердечных аритмий и тревожно-депрессивный статус, что может существенно улучшить качество жизни и прогноз у данной категории больных.

039 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН

Аникин В.В., Николаева Т.О.

ГОУ ВПО Тверская медицинская академия Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) имеет важное прогностическое значение для больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ). В связи с этим проведено сравнительное изучение особенностей вегетативной регуляции сердечного ритма у женщин и мужчин в остром периоде ИМ.

Проведено обследование 120 женщин 36-74 лет (средний возраст – 56,1±1,9 года) и 50 мужчин 37-72 лет (средний возраст – 55,8±1,2 года) с ОИМ. У всех больных регистрировалась стандартная ЭКГ покоя, проводился временной и спектральный анализ вариабельности сердечного ритма по данным ХМ ЭКГ, проводимого в течение суток.

Проведенные исследования позволили выявить признаки дисбаланса вегетативной нервной системы с преобладанием гиперсимпатикотонии. Эти изменения отмечались как при временном (SDNN – 86,9±3,86 мс, SDANN – 74,25±3,72 мс, rMSSD – 25,1±3,16 мс – у женщин; SDNN – 102,92±8,62 мс, SDANN – 85,62±5,84 rMSSD – 18,92±2,68 мс – у мужчин), так и при спектральном анализе (снижение VLF – 991,7±117,0

мс^2, LF – 340,5±39,6 мс^2, HF – 130,4±25,9 мс^2, повышение LF/HF – 3,97±0,41 – у женщин; VLF – 1245,4±145,3 мс^2, LF – 404,1±61,0 мс^2, HF – 70,0±12,9 мс^2, повышение LF/HF – 6,12±0,97 у мужчин с ИМ). Однако, у женщин наблюдалось более выраженное по сравнению с мужчинами снижение среднеквадратического отклонения SDNN, показателя временного анализа SDANN и повышение значения rMSSD. При этом изменения SDNN и SDANN в большей степени касались женщин старше 60 лет. При анализе соотношения временных показателей у больных ИМ в разное время суток у женщин отмечалась тенденция снижения параметров SDNN ($p<0,01$) в большей степени выраженности в ночные часы.

Мощность волн очень низкой частоты (VLF), преобладала в общей мощности спектра у всех больных, что указывало на патологические изменения регуляции сердечного ритма. Наибольшее снижение значений показателей волн низкой частоты имелось у женщин, что свидетельствует о большей степени активации симпато-адреналовой системы у них в связи с развитием ОИМ. Мощность волн высокой частоты более выражено уменьшалась у мужчин, что являлось признаком более выраженного снижения активности парасимпатического кардиоингибиторного центра продолговатого мозга. В связи с этим происходило значительное увеличение коэффициента вагосимпатического баланса, который был в 1,5 раза выше у мужчин по сравнению с группой женщин, что подтверждает выраженный дисбаланс функционирования вегетативной нервной системы с преимущественным преобладанием симпатического и уменьшением активности парасимпатического ее звена и как следствие – снижение порога для возможного возникновения жизнеопасных желудочковых аритмий у всех групп больных.

Таким образом, выявлены некоторые особенности показателей вариабельности сердечного ритма в острой стадии ИМ у женщин, связанные с гиперсимпатикотонией, что необходимо учитывать при лечении пациенток в виде обоснованного своевременного назначения им кардиопротективного лечения, в частности, β-адреноблокаторов.

040 ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Антропова О.Н., Осипова И.В., Шахматова К.И., Зальцман А.Г.**

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

Целью исследование было выявить особенности показателей электрической нестабильности миокарда у больных с артериальной гипертонией (АГ) и профессиональным стрессом, используя комплексное клинико-функциональное обследование.

Материал и методы. Обследованы 154 мужчины в возрасте от 30 до 55 лет, имеющие АГ I-II стадии. Все пациенты по наличию профессионального стрессового фактора были распределены на две группы. В 1-ю группу были включены 78 машинистов и помощников машинистов локомотивов, имеющие высокий уровень стресса на рабочем месте (средний возраст 45,9±6,7 лет). Во 2-ой группе были 76 лиц с низким уровнем профессионального стресса (средний возраст 48,0±7,0 лет). Группы были сопоставимы по стадии, степени, возрасту, виду АГ, сопутствующим заболеваниям и получаемой лекарственной терапии. Оценивались все факторы риска ССЗ. Для выявления электрической нестабильности миокарде проводились ЭКГ высокого разрешения (ЭКГВР) с выявлением поздних потенциалов предсердий (ППП) и желудочков (ППЖ); дисперсионное картирование ЭКГ (ДКЭКГ) с оценкой индексов “Миокард%”(ИМ) и “Ритм%” (ИР), суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) и 5-ти минутная вариабельность сердечного ритма (ВСР).

Результаты. В 1-ой группе по сравнению с лицами, имеющими низкий уровень профессионального стресса, выявлена большая частота курения на 32% ($p<0,01$), абдоминального ожирения на 26% ($p<0,01$) и гипертриглицеридемии на 16% ($p<0,05$). По данным ЭКГВР в группе стрессовых профессий чаще на 17% ($p<0,01$) регистрировались ППП и ППЖ на 16% ($p<0,001$), чем во 2-ой группе. По данным ДКЭКГ повышенные значения индикатора “Ритм%” чаще регистрировались на 10% ($X^2=7,2$; $p=0,006$) в 1-ой группе, по сравнению со 2-ой. У больных АГ с высоким уровнем профессионального стресса выявлена большая частота ригидности циркадного индекса (ЦИ) на 22% ($p<0,05$) и частой желудочковой экстрасистолии на 25% ($p<0,05$). Среди пациентов стрессовых профессий с ожирением ригидный ЦИ выявлялся на 28% ($p<0,05$) чаще. Частая желудочковая экстрасистолия чаще регистрируется среди лиц стрессовых профессий у не курящих пациентов (на 23%, $p<0,05$), старше 45 лет (на 19%, $p<0,05$), с отягощенным ранним семейным анамнезом (на 22%, $p<0,05$). У пациентов 1-ой группы с АГ I стадии выявлена большая частота гиперсимпатикотонии по ВСР на 34%, ППП на 16% и ППЖ на 19%, частой желудочковой экстрасистолии на 25%, ригидного ЦИ на 35%, повышенных значений “Ритм%” на 13% и “Миокард%” на 15% ($p<0,05$). При II стадии АГ была выявлена большая частота ригидного ЦИ на 22%, ППП на 19% и ППЖ на 16% ($p<0,05$).

Выводы. У лиц с высоким уровнем профессионального стресса имеется большая частота признаков электрической нестабильности миокарда, причем они появляются на ранних доклинических этапах, до появления поражения органов-мишеней.

041 РАННИЕ МАРКЁРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ

*Антропова О.Н., Осипова И.В., Кондаков В.Д.**

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

Цель. Оценить частоту встречаемости ранних маркёров атеросклероза у мужчин трудоспособного возраста, имеющих стрессовую профессию.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 больных (средний возраст 47,52±0,53 года). Критерии включения: мужской пол, профессия – железнодорожники, возраст – 45-55 лет, наличие АГ. Критерии исключения: женский пол, возраст моложе 45, ИБС и другие ассоциированные клинические состояния, сахарный диабет. Всем участникам проводилась регистрация уровня офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение плечелодыжечного индекса. Оценка толщины интима-медиа (ТИМ) БЦС проводилась с использованием УЗВР на аппарате “Philips EnVisorC”. Эндотелиальная функция (ЭФ) определялась на УЗВР-аппарате “Philips EnVisorC” в покое и после стресс-теста “Математический счёт” (МС). Тест “МС” включает в себя устное вычитание однозначного числа “7” из трёхзначного “624” при условии дефицита времени, а так же в отсутствии помех и критики качества выполненной работы пациентом в течение 3 минут.

Результаты. По результатам исследования ПЛИ в среднем составил 0,9±0,03, признаки атеросклероза сосудов нижних конечностей (ПЛИ <0,9) обнаружены у 21,7% пациентов. Признаки атеросклероза брахиоцефальных сосудов (ТИМ > 0,9 мм) наблюдались у 52,1% пациентов. При этом, сочетание признаков атеросклероза сосудов нижних конечностей и брахиоцефальных сосудов имели 13,0% мужчин.

Исходный диаметр плечевой артерии составил 4,8 ±0,09 мм; средняя скорость кровотока (V) – 77,3±2,63 см/сек. После проведения пробы с реактивной гиперемией (РГ), ЭЗВД составила 1,1±1,5%; скорость кровотока увеличилась на 27,2±6,6%. При проведении пробы с РГ у 52,0% пациентов наблюдалась вазодилатация, у 30,4% – вазоконстрикция, у 17,6% – реакция эндотелия отсутствовала (инерционная реакция).

После проведении стресс-теста "МС", прирост САД составил 2,7%, ДАД – 4,3%, ЧСС – 3,5%. Средняя ЭЗВД после стресс теста составила – (-0,9%). При этом, у 52% пациентов с исходной вазодилатационной реакцией сосуда, у 30% она сохранилась, у 15% наблюдалась вазоконстрикция, у 7% – инеркционная реакция. Пациенты, исходно имевшие вазоконстрикторную реакцию, сохранили её в 50,0%, у остальных 50,0% реакция перешла в вазодилатационную. Из 17,6% с исходной инеркционной реакцией эндотелия, в ответ на стресс тест 30,0% имели вазоконстрикцию, 70% сохранили инеркционную реакцию.

Выводы. У мужчин стрессовых профессий с большой частотой выявляются признаки атеросклеротического поражения сосудов (у 21,7% сосуды нижних конечности, у 52,1% БЦС). У каждого второго работника наблюдается нарушение функции эндотелия. На фоне стресс-теста происходит изменение типа реактивности эндотелия у 28,6% пациентов.

042 ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ

Ардашова Н.Ю., Лебедева Н.Б., Помешкина С.А., Барбараш О.Л.*

УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия; *ГОУ ВПО Кемеровская Государственная медицинская академия Росздрава, Кемерово, Россия

Известно, что наличие сахарного диабета (СД), а также развитие депрессивных расстройств утяжеляет течение инфаркта миокарда (ИМ) и является неблагоприятным прогностическим признаком.

Цель исследования: изучить долгосрочный прогноз (за 4 года) пациентов с ИМ в зависимости от уровня личностной тревожности (ЛТ) и наличия СД 2 типа.

Материал и методы исследования: в когортное исследование включено 195 пациентов (101 мужчина, 94 женщины), поступивших в стационар по поводу ИМ с подъемом сегмента ST и выписанных на амбулаторный этап долечивания. Из них с СД было 99 пациентов (51%), без сахарного диабета – 96 (49%). Различия в возрасте между группами не достоверны. Психоэмоциональный статус оценивался по шкале личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера в модификации Ханина. В течение четырех лет оценивалась смертность от всех причин, количество повторных госпитализаций по поводу прогрессирующей стенокардии и инфаркта миокарда. Отсутствие вышеуказанных конечных точек расценивалось как благоприятный прогноз. Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0; статистически значимыми признавались значения $p<0,05$.

Результаты исследования: в группе пациентов с СД достоверно чаще зафиксированы смертельные исходы, повторные инфаркты миокарда и случаи нестабильной стенокардии – 41% и 23%, p=0,04, 39% и 12%, p=0,01, 54% и 12%, p=0,001, соответственно. Благоприятный прогноз чаще отмечен в группе больных без СД (61% против 46%, p=0,04). У пациентов с СД достоверно чаще выявлялся высокий уровень ЛТ в сравнении с пациентами без СД (56% против 39%, p=0,05). В зависимости от уровня тревожности пациенты каждой из групп были разделены на 2 подгруппы: с высоким и низким уровнем ЛТ. Смертность в группе больных с СД в сочетании с высокой ЛТ составила 38%, а в группе больных без СД с высокой ЛТ – 8%, p=0,00. Повторный ИМ развился в группе больных с СД и высокой ЛТ у 53% пациентов, а в группе без СД и высокой ЛТ – только у 8%, p=0,00. Нестабильная стенокардия в группе больных с СД и высокой ЛТ зарегистрирована у 71% пациентов, а группе без СД и высокой ЛТ – у 55%, p=0,05. При сравнительной оценке прогноза в подгруппах пациентов с низкой ЛТ не было достигнуто достоверных различий у пациентов с СД и без него ни по одному из вышеприведенных показателей: смерть – 16% и 15%, p=0,5, случаи нестабильной стенокардии 34% и 32%, p=0,08, повторный ИМ 15% и 23%, p=0,5. Таким образом, благоприятный прогноз у пациентов с низкой ЛТ как с СД, так и без него, констатирован с одинаковой частотой – 66% и 68%, p=0,1.

Вывод: неблагоприятное влияние СД на прогноз больных после перенесенного ИМ ассоциируется с высоким уровнем ЛТ.

043 КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Арипов Б.С., Абдуллаев А.Х., Солиев Р.Р.

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

При хронической обструктивной болезни легких огромное значение имеет своевременная диагностика нарушений центральной гемодинамики и вентиляционно-перфузионных показателей легких, так как их своевременная и адекватная коррекция ведет к сдерживанию прогрессирования болезни и развития грозных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Цель – изучить показатели центральной и легочной гемодинамики, ремоделирования сердца в зависимости от выраженности обструктивных нарушений у больных с хронической обструктивной болезни легких.

Методы исследования. В обследование включили 97 больных хронической обструктивной болезнью легких III и IV стадии (GOLD) в возрасте 48,4±6,7 лет. Проводили рентген-исследование, пневмотахографию, реопульмонографию, электрокардиографию, ультра-звуковое исследование сердца и общеклинические методы.

Результаты. Проведенный корреляционный и регрессионный анализ показал, что в сопоставлении с клиническим проявлением болезни степень дыхательной недостаточности у больных хронической обструктивной болезнью легких III ст. зависит больше от обструкции и нарушения механики дыхания (So2 –89,3±3,1; 6w-65,3±13,7; FEF1-53,7±11,3; FEF1/FVC – 43,7±9,7; RAW 35,6±8,5; $P<0,01$). А у больных в стадии IV она больше зависит от перфузионных нарушений (n=45; So2 69,3±4,5; 6w-45,3±13,7; G-a 38,2±6,5; T (R-Rc) 32,2±8,5; $P<0,01$) и от степени диастолической дисфункции сердца с увеличением размеров правого желудочка, увеличением толщины межжелудочковой перегородки и снижением фракции выброса. Развитие гипертрофии, дилатации и недостаточности правого желудочка отмечено при относительно невысоких величинах давления в легочной артерии, что свидетельствует о не единственной роли легочной гипертензии в развитии ремоделирования правых отделов сердца при хронической обструктивной болезни легких. Установлено, что снижение $ОФВ_1$ менее 40% от должного, SaO_2 менее 90%, прохождение больным менее 300 метров при тесте с шестиминутной ходьбой, повышение систолического давления в легочной артерии (³40 мм рт.ст.), увеличение толщины стенки правого желудочка (³ 0,7 см), размера полости правого желудочка (³ 3,0 см), развитие диастолической дисфункции правого желудочка, клинических симптомов декомпенсации кровообращения являются неблагоприятными прогностическими факторами. Полученные результаты выявили, что расстройства центральной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких среднетяжелого и тяжелого течения требуют своевременной коррекции на фоне стандартной базисной терапии. Это должно способствовать улучшению вентиляционно-перфузионных показателей и снижению риска развития сердечно-легочной недостаточности.

Вывод. При хронической обструктивной болезни легких III и IV стадии выявляются значительные изменения центральной гемодинамики, требующие своевременной и адекватной коррекции для предупреждения и уменьшения риска развития сердечно-легочной недостаточности и других грозных сосудистых осложнений.

044 КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аскаров А.Р., Шалаев С.В.
ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития, Тюмень, Россия

Цель исследования: изучить клинические показатели, сердечно-сосудистые факторы риска (ССФР) и прогноз у больных ОААНК в зависимости от тяжести заболевания в процессе проспективного наблюдения (4-12 мес.).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 75 больных ОААНК мужского пола в возрасте 38-70 лет (ср. возраст 57±7,0 лет). У большинства больных ОААНК отмечалась ишемическая болезнь сердца (ИБС; 81,0%) и артериальная гипертензия (АГ; 87%). По клиническому течению (классификация Покровского-Фонтейна) преобладала 2Б стадия ОААНК (64,0%), реже – 3 и 4 стадии (25,0% и 11,0% соответственно); средняя продолжительность заболевания – 7±4,6 лет. Изучались частота и клинические особенности АГ, ИБС, метаболического синдрома (МС), а также выраженность ССФР у больных ОААНК: курение, возраст>45 лет, гиперкоагуляционные изменения, высокочувствительный С-реактивный белок (СРБвч). Для установления диагноза ОААНК, МС, ИБС и АГ использовались клинико-лабораторные, инструментальные методы исследования. Статистическая обработка материала производилась с помощью программы BIOSTAT (2006).

Результаты. Установлена высокая частота традиционных и новых ССФР: гиперхолестеринемии (общий холестерин>4,5 ммоль/л) – 91,0%, АГ (87,0%), курения (81,0%), отягощённой наследственности по ОААНК и ИБС – 63,0%, нарушений углеводного обмена (29,0%), возраст>45 лет (95,0%), гиперфибриногенемии (>4 г/л) – 81,0%, ЧСС>70 уд/мин (76,0%), МС (72,0%), избыточная масса тела (63,0%), низкая физическая активность (77,0%), повышенный уровень СРБвч (>8,0 мг/л) (46,0%). Обнаружено утяжеление ОААНК у больных по мере увеличения продолжительности заболевания (r=0,24, p=0,036). По мере прогрессирования ОААНК у больных (от 2-й до 3-й и 4-й стадий) выявлено прогредиентное течение АГ, ухудшение показателей липидного (дислипидемия – 44,0% vs 73,0% vs 88,0%, p<0,05) и углеводного обмена (ср. уровня гликемии –5,1±0,6 vs. 5,5±0,8 vs. 5,9±1,7 ммоль/л соответственно, p=0,04; заболеваемости сахарным диабетом 2 типа – 4,0% vs 12,0% vs 25,0%, p<0,05), тенденция к снижению функционального класса стенокардии и хронической сердечной недостаточности, прокоагулянтные изменения крови (ср. уровень фибриногена – 460±82,9 vs 478±62,3 vs 521±137,9 мг/дл соответственно, p=0,03; АДФ-агрегация тромбоцитов – 7±4,1 vs 10±4,6 vs 12±4,2 Ом соответственно, p=0,04), повышение уровня СРБвч (7±0,45 vs 10±3,9 vs 13±6,9 мг/л соответственно, p=0,04). У значительной части больных ОААНК за период наблюдения (4-12 мес.) наблюдались ССО (40,0%).

Выводы. Больные ОААНК относятся к категории очень высокого кардиоваскулярного риска в связи с высокой частотой сердечно-сосудистых осложнений (40,0%) по данным наблюдения (4-12 мес.). Прогрессированию заболевания у больных ОААНК способствуют увеличение выраженности ССФР: уровня АД и ЧСС, интенсивности и продолжительности курения, уровня СРБвч, гиперкоагуляционные изменения крови, дислипидемия (повышение ОХС и снижение ХС ЛПВП), гипергликемия и заболеваемость сахарным диабетом.

045 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОСТРОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА ПОСЛЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА АССОЦИИРОВАННОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Астахова М.А., Минаков Э.В.
ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава, Воронеж, Россия

Прогностически неблагоприятным вариантом ремоделирования сердца после острого инфаркта миокарда (ИМ) является формирование постинфарктной аневризмы сердца (АС). Кроме риска развития тяжелой ХСН, у больных с аневризмой левого желудочка (ЛЖ) также значительно возрастает риск развития тромбоэмболического синдрома, желудочковых аритмий и внезапной смерти.

Все это свидетельствует о важности раннего выявления предикторов острой постинфарктной АС.

Материал и методы. Обследовано 96 пациентов (средний возраст 58 ± 4,2 года), перенесших острый Q-ИМ передней локализации, ассоциированный с сахарным диабетом 2 типа. Лечение основного заболевания проводилось согласно рекомендациям ВНОК 2008. Тромболитическая терапия по различным причинам не проводилась. Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование выполнялась в первые дни госпитализации и на 21-е сутки.

С использованием регрессионного анализа были выявлены основные Эхо-КГ предикторы формирования острой постинфарктной АС и определены их значения. Для каждого из полученных таким образом предикторов были рассчитаны чувствительность и специфичность в отношении прогнозирования неблагоприятной динамики процессов ремоделирования сердца.

Результаты. К концу госпитального периода острая постинфарктная АС сформировалась у 34 (35%) пациентов, составивших 1 группу, остальные 62 человека отнесены ко 2 группе. Важнейшими независимыми Эхо-КГ предикторами попадания в 1 группу оказались: конечный диастолический размер ЛЖ более 56,63 мм (20 из 32 пациентов в 1 группе, 11 из 47 – во 2 группе, чувствительность = 62,5%, специфичность = 81%); толщина межжелудочковой перегородки измеренная в диастолу более 12,0 мм (19 из 30 пациентов в 1 группе, 17 из 59 – во 2 группе, чувствительность = 63%, специфичность = 71%).

Выводы. Важнейшими Эхо-КГ показателями прогнозирования характера ремоделирования сердца после острого Q-ИМ являются конечный диастолический размер ЛЖ и толщина межжелудочковой перегородки в диастолу зарегистрированные при ЭхоКГ исследовании в первые сутки госпитализации. Найденные пороговые значения указанных показателей позволяют в ранние сроки прогнозировать формирование острой постинфарктной АС.

046 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОПРОЛОЛОМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ (ЭГИЛОК 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

Целью нашего исследования явилось изучение влияния гипотензивной терапии с использованием бета-адреноблокаторов на вариабельность ритма сердца у пациентов гипертонической болезнью и хронической гипертензивной энцефалопатией.

Методы. 66 пациентов эсссенциальной гипертонией (30 женщин и 66 мужчин), в возрасте 34-58 лет, были включены

в исследование. После 14 дней элиминационного периода проводилось исходное общее клиническое обследование пациентов, после чего назначался бета-адреноблокатор метопролол (Эгилок ретард, Egis, Hungary, 50-100 мг в день). Всем пациентам исходно и через 6 месяцев терапии проводилось 24-часовое суточное мониторирование АД (СМАД), 24-часовое мониторирование ЭКГ, магнитно-резонасная томография (МРТ). 24-часовое мониторирование ЭКГ проводилось с помощью Meditech Cardiotens Holter System. Анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) включал показатели спектральной мощности (TP, LF, HF, LF/HF) и временные параметры (SDNN, pNN50%, RMSSD, HRVti).

Результаты. Через 6 месяцев постоянной гипотензивной терапии метопрололом по результатам 24-часового мониторирования ЭКГ отмечалось повышение общей вариабельности ритма сердца, повышение парасимпатического тонуса и снижение симпатической активности (SDNN с 48,3±14,3 до 55,5±15,4 ms; p=0,002; pNN50 с 4,7±5,6 до 6,9±5,8%; p=0,006; rMSSD с 24,2±10,0 до 29,7±9,7 ms, p=0,004; LF с 601,2±570,4 до 755,8±572,0 ms^2, p= 0,006; TP с 2342,9±1487,2 до 3073,6±1698,4 ms; p=0,006; LF/HF с 3,1±1,7 до 2,9±1,7; p=0,68). У пациентов, не достигших на фоне гипотензивной терапии целевого уровня АД, по сравнению с пациентами с хорошей гипотензивной эффективностью по результатам исходного обследования было обнаружено снижение общей вариабельности ритма сердца и парасимпатической активности (HRVti 32,4±7,5 и 40,5±13,1 ms соответственно; p=0,023; TINN 498,5±116 и 625,6±201,2 ms соответственно; p=0,020; HF 166,2±113,9 и 309,5±232,7 ms^2 соответственно, p= 0,022). У пациентов с положительной динамикой АД по сравнению с пациентами с отсутствием снижения АД отмечалось снижение симпатической активности (динамика LF 214,9±510,5 и 745,3±614,2 ms^2 соответственно; p= 0,039; динамика LF/HF 0,37±1,2 и 3,6±2,0 соответственно; p= 0,000).

На фоне лечения метопрололом отмечено уменьшение субкортикального отека (2,1±0,5 и 1,4±0,6 мм соответственно; p=0,000). У пациентов с положительной динамикой со стороны структурных признаков внутричерепной гипертензии при исходном обследовании отмечалось преобладание симпатического тонуса у пациентов (LF/HF 5,5 и 3,8, соответственно; p=0,001).

Выводы. Длительное контролируемое исследование гипертонической болезни с использованием метопролола длительного действия (Эгилок ретард) повышает общую варибельность ритма сердца, снижает симпатическую активность, что сопряжено с церебропротективной эффективностью лечения.

047 ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Бабунина Е.В., Кратнов А.Е.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Выявлено, что развитие метаболического синдрома (МС) ассоциируется с увеличением в крови провоспалительных цитокинов, стимулирующих образование белков острой фазы, повышение уровня которых ассоциировано с увеличением риска сердечно-сосудистых событий. Механизмы, лежащие в основе этой взаимосвязи мало изучены. При этом доказано, что МС сопровождается воспалением жировой ткани, которое проявляется ее клеточной инфильтрацией и ростом секреции лептина, который активирует нейтрофилы (НФ).

Цель исследования – изучение показателей внутриклеточного метаболизма НФ у детей и взрослых в зависимости от степени ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 26 (60,5%) взрослых людей (средний возраст 47,2±8,7 года) и 17 (39,5%) детей (средний возраст 13±2,2 года). Пациентов со II степенью ожирения (индекс массы тела ≥35 кг/$м^2$) среди взрослых было 7 (26,9%), среди детей – 8 (47,1%) человек. Для исключения ишемической болезни сердца взрослым пациентам выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. С целью изучения внутриклеточной метаболической активности НФ использовался спонтанный и стимулированный фитогемагглютинином тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест), определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, пероксида водорода. В сыворотке крови определяли уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Результаты и обсуждение. У взрослых пациентов, по сравнению с показателями детей, были достоверно выше уровни холестерина (6,4±1,1>4,1±0,7 ммоль/л; p=0,000001), триглицеридов (2,1±1,1>1,4±0,5 ммоль/л; p=0,01), липопротеинов низкой (3,9±0,6>2,3±0,8 ммоль/л; p=0,000005) и высокой плотности (1,3±0,1>1,1±0,2 ммоль/л; p=0,001), глюкозы капиллярной крови (5,2±1>4,5±0,5 ммоль/л; p=0,01), ЦИК (32,3±17,6>19,4±15,1 ммоль/л; p=0,01) и стимулированного НСТ-теста (97,5±29,8>78,3±31,1 ммоль/л; p=0,04). У детей и взрослых со II степенью ожирения, по сравнению с пациентами с индексом массы тела менее 35 кг/$м^2$, было выше количество НФ в периферической крови (55,7±12,6>44,4±12,1 и 62,7±6,6>57,4±59%), содержание в них пероксида водорода (44,4±12,5>36,3±23,7 и 49,2±24,1>16,7±10,1 ед. опт. пл.) и ниже активность каталазы (218,4±25,3<223,1±57,8 и 162,1±86,7<209,5±103,6 мкат/л). При сравнительной характеристике показателей детей и взрослых со II степенью ожирения выявлено, что у взрослых людей был достоверно выше уровень холестерина (5,8±1>4±0,9 ммоль/л; p=0,003), глюкозы капиллярной крови (5,7±1,6>4,3±0,4 ммоль/л; p=0,003) и ниже активность каталазы (162,1±86,7<218,4±25,3 мкат/л).

Заключение. Ожирение у детей и взрослых сопровождается увеличением количества НФ в периферической крови, активацией их кислородзависимого метаболизма и снижением активности антиоксидантной защиты. Более выраженное снижение антиоксидантной защиты в НФ у взрослых ассоциировалось с ростом содержания глюкозы в крови.

048 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КИШЕЧНОРАСТВОРИМЫХ ТАБЛЕТОК АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕСТА “РАСТВОРЕНИЕ”

Багликов А.Н., Рафальский В.В.

ГОУ ВПО СГМА Минздравсоцразвития России, Смоленск, Россия

Цель: оценить показатели растворимости кишечнорастворимых (КР) таблеток ацетилсалициловой кислоты (АСК) разных производителей в условиях кислой и щелочной среды.

Материалы и методы: для сравнения в исследовании использовали КР формы АСК: Аспирин кардио® 100 мг, (Bayer AG, Германия), Тромбо АСС® 100 мг (Lannacher Heilmittel GmbH, Австрия), АСК-кардио® 100 мг (ЗАО Медисорб, РФ), Аспикор® 100 мг (ЗАО Вертекс, РФ). В исследовании применялись: ультразвуковая баня, потенциометр, тестер растворимости “лопастная мешалка” DT-700 Erweca (Германия), раствор 0,1М HCL, фосфатный буфер pH=6,8. Исследования по тесту “Растворение” проведены согласно НД 42-12959-03 “Аспирин кардио®”; был проведен расширенный анализ высвобождения АСК через короткие интервалы времени: 20, 40, 60, 80, 120 мин (для кислой среды) и через 5, 10, 20, 30, 45, 60, 90 мин (для щелочной среды). Количественное определение высвободившегося в раствор АСК проводили на спектрофотометре СФ-2000-02 при длине волны 280 нм. На основании полученных данных строились профили высвобождения, которые подвергались статистической обработке. Результаты сопоставляли с требованиями НД №42–12959–03. В случае несоответствия требованиям испытания для таких таблеток повторялись несколько раз до получения однородной выборки.

Результаты: получены специфичные профили высвобождения КР АСК из таблеток разных производителей в кислой и щелочной средах. В кислой среде из таблеток каждой исследуемой серии через 120 минут высвобождалось не более 10% от заявленного количества АСК, в щелочной среде (pH = 6,8) – не менее 75% от заявленного количества через 90 минут, что соответствует требованиям нормативной документации НД №42 – 12959-03. Установлено, что наибольшие показатели растворимости в кислой среде характерны для таблеток АСК-кардио и Тромбо АСС (8,18% и 8,15% соответственно), наименьшие – для таблеток Аспирин кардио и Аспикор (7,66% и 6,44% соответственно). В щелочной среде более высокими показателями высвобождения АСК обладают таблетки Аспикор (90,54%). Показатели растворимости в щелочном растворе таблеток АСК-кардио, Аспирин кардио и Тромбо АСС сопоставимы (85,1%, 84,64% и 85,56% соответственно). Оценка соответствия результатов требованиям НД №42-12959-03 показала, что наиболее часто дополнительное проведение эксперимента как в щелочной, так и в кислой среде требовалось для таблеток Аспикор и Тромбо АСС. Наиболее стабильные показатели соответствия растворимости требованиям НД в кислой среде от серии к серии, оказались у таблеток Аспирин-Кардио и АСК-кардио, в щелочной среде – у таблеток Аспирин Кардио.

Выводы: все исследуемые препараты КР АСК соответствовали требованиям фармакопейной статьи НД №42–12959–03. Наибольшей стабильностью показателей растворения в кислой среде отличаются таблетки Аспирин-Кардио и Аспикор, а в щелочной среде – Аспикор. Таблетки Аспирин-Кардио на всех стадиях исследования соответствовали требованиям нормативной документации и значительно реже требовали повторного проведения эксперимента. Наиболее часто дополнительным испытаниям подвергали таблетки Тромбо АСС и Аспикор.

049 ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ПРИЕМУ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Багликов А.Н., Рафальский В.В.
ГОУ ВПО СГМА Минздравсоцразвития России, Смоленск, Россия

Цель: изучить комплаентность пациентов к приему препаратов ацетилсалициловой кислоты и установить факторы, изменяющие комплаентность.

Материалы и методы: проведено проспективное обсервационное исследование, основанное на опросе пациентов, отобранных согласно критериям включения: пациенты старше 18 лет, принимающие ацетилсалициловую кислоту для профилактики сердечно-сосудистых событий, способные адекватно прочитать и понять вопросы анкеты. Поиск пациентов осуществлялся в поликлиниках и стационарах г. Смоленска с использованием данных кабинетов медицинской статистики и сведений от врачей кардиологов. Пациентам предлагалось заполнить анкету для оценки комплаентности к терапии ацетилсалициловой кислотой и выявления факторов, изменяющих комплаентность.

Результаты: в результате исследования было опрошено 267 респондентов: 137 мужчин (средний возраст 59,6±8,2 лет) и 130 женщин (средний возраст 62,4±8,3 лет). Среди препаратов ацетилсалициловой кислоты наиболее часто назначались: Кардиомагнил – 42,3%, ТромбоАСС – 19,9%, Аспирин кардио – 15,0%, ацетилсалициловая кислота (АСК) – 10,1%, другие – 12,7%. Комплаентность к приему препаратов ацетилсалициловой кислоты оценивалась по 10-бальной визуально-аналоговой шкале (0 баллов: не руководствовался предписаниями лечащего врача; 10 – полностью соблюдал все предписания и рекомендации лечащего врача). Анализ полученных данных показал, что полностью приверженными терапии препаратами ацетилсалициловой кислоты (оценка по визуально-аналоговой шкале 9 и 10 баллов) оказались 31,1% опрошенных. Наибольшее количество пациентов оценили приверженность терапии на 7 и 8 баллов (19,1% и 27,3% соответственно), 12,0% респондентов соблюдали рекомендации врача на 6 баллов, 10,1% – на 5 баллов. Примечательно, что средняя оценка комплаентности пациентов, принимающих Кардиомагнил, составила 7,6±1,4 балла, ТромбоАСС – 8,2±1,4 балла, АСК – 6,4±1,7. Наиболее приверженными терапии оказались пациенты, принимающие Аспирин кардио – 8,9±1,04 балла. Установлено, что 81,6% опрошенных пациентов прерывали ежедневный курс приема препарата. Чаще других останавливали терапию пациенты, принимающие АСК (92,6%) и Кардиомагнил (86,7%). Режим приема ТромбоАСС прерывали 73,6% опрошенных, Аспирина кардио – 62,5%. Основными причинами остановки терапии и, следовательно, низкой комплаентности стали опасение нежелательных реакций (29,3%), изжога, тяжесть или боли в эпигастрии после приема препарата (18,3%), нежелание принимать лекарства и зависеть от них (13,7%). 27,9% пациентов забывали о регулярном приеме препарата, 3,4% – связывали прием препарата с повышенной кровоточивостью.

Выводы: у значительной части пациентов отмечается недостаточно высокая комплаентность к длительному профилактическому приему ацетилсалициловой кислоты, что выражается в нарушении режима приема препарата. Наиболее часто это связано с опасением или развитием нежелательных реакций. Многие пациенты забывают о регулярном приеме препарата. Среди различных лекарственных форм ацетилсалициловой кислоты наиболее высокая комплаентность отмечается к приему кишечнорастворимых таблеток (Аспирин кардио).

050 СКРИНИНГ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Бадейникова К.К., Мазаев А.П., Мамедов М.Н.
ФГУ “ГНИЦ ПМ” Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель исследования. Оценка сердечно-сосудистого риска у мужчин с соматическими заболеваниями в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В исследование вошли результаты обследования 60 мужчин в возрасте от 40 до 55 лет, обратившихся в городскую поликлинику № 158 г. Москвы по поводу различных соматических заболеваний: острые респираторные вирусные инфекции; заболевания желудочно-кишечного тракта; заболевания мочевыделительной системы и опорно-двигательного аппарата. Критериями исключения являлись: ишемическая болезнь сердца, перенесенный мозговой инсульт в анамнезе, сахарный диабет и установленные заболевания периферических артерий. Пациентам проводилось анкетирование с помощью опросника ВОЗ, измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела и АД. Наряду с этим в крови натощак определялись концентрации глюкозы крови, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, фибриногена, мочевой кислоты. ЭКГ регистрировалось в покое в 12 стандартных отведениях. Расчет сердечно-сосудистого риска проводился с использованием шкалы SCORE.

Результаты. По результатам обследования и расчета суммарного сердечно-сосудистого риска у 26 (43%) мужчин сердечно-сосудистый риск оказался менее 5% (низкий риск), у 12 (20%) пациентов – 5-9% (высокий риск), и у 22-х (37%) человек – равный или более 10% (очень высокий риск). Мы также анализировали наличие дополнительных факторов риска у мужчин с соматическими заболеваниями и различным уровнем сердечно-сосудистого риска. Анализ частоты дополнительных факторов риска продемонстриро-

вал, что между группами имеются различия. Гипергликемия в группе низкого и высокого риска выявлена у 7-8% мужчин, тогда как в группе высокого риска его частота оказалась 18%. Аналогичная, но более выраженная тенденция выявлена по гипертриглицеридемии: 7%, 8% и 27%, соответственно. В группах низкого и высокого риска абдоминальное ожирение практически не выявлено, в третьей группе каждый пятый пациент имеет окружность талии > 94 см. Гиперурикемия в группе низкого риска определяется у 7%, а в группе высокого и очень высокого у 33% и 40% пациентов, соответственно. Анализ уровня воспалительных маркеров показал, что в группе низкого риска повышенные уровни С реактивного белка и фибриногена не выявлены, в группе высокого риска их высокий уровень определяется у 16%, в группе очень высокого риска в 18% и 27% случаев, соответственно. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка в первых двух группах не выявлены, тогда как в группе высокого риска они встречаются в 13% случаев.

Заключение. Таким образом, более 55% мужчин с различными соматическими заболеваниями имеют высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск. Каждый пятый мужчина с очень высоким сердечно-сосудистым риском и соматическими заболеваниями имеет дополнительные нарушения, преимущественно метаболические факторы риска.

051 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Байда А.В., Семененков И.И., Семенова А.Н.
УО "Белорусская медицинская академия последипломного образовании", Минск, Республика Беларусь

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) сохраняет ведущую роль среди причин заболеваемости и смертности во всем мире. Как известно, в патогенезе ХСН значимую роль играет активация нейрогуморальных систем, и, прежде всего, симпатической. При этом отмечается снижение показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР). В исследованиях показана высокая прогностическая значимость показателей ВСР для оценки прогрессирования ХСН и риска развития внезапной сердечной смерти у кардиологических больных. При этом, несмотря на достигнутые успехи, проблема эффективного лечения данной категории пациентов остается актуальной.

Цель исследования. Изучить динамику показателей суточной вариабельности сердечного ритма у больных ХСН в процессе комплексного лечения с включением внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК).

Методы исследования. В исследование включено 35 пациентов в возрасте от 50 до 71 года с ИБС: стенокардией напряжения функционального класса (ФК) I-II, осложненной ХСН ФК I-III. Основную группу составили пациенты, в комплексное лечение которых включено ВЛОК (18 человек), в группе контроля была назначена только медикаментозная терапия. Исследовались показатели суточной вариабельности сердечного ритма во временной области с помощью программно-аппаратного комплекса "Кардиан КР-01-2009". ВЛОК проводилась с помощью аппарата "Айболит КН5" производства УП "ЛЮЗАР". Использованы следующие параметры низкоинтенсивного лазерного излучения для ВЛОК: длина волны ( ) = 0,67±0,02 мкм, мощность на конце световода до 3 мВт, режим воздействия – непрерывный. Продолжительность процедуры – 20 минут, курс лечения – 7 процедур. Медикаментозная терапия проводилась согласно существующим рекомендациям.

Результаты. После проведенного лечения у пациентов обеих групп определяется увеличение показателей ВСР. При этом, в процессе лечения в основной группе отмечается статистически значимое повышение SDNN (с 137,82±8,17 до 156±12,54*, p<0,05), показателя, который характеризует общую вариабельность ритма сердца и одновременно тесно коррелирует с общей спектральной мощностью. Кроме того, определяется статистически значимое увеличение RMSSD (31,60±3,55 до лечения и 54,1±15,39* после курса ВЛОК, p<0,05), отражающего влияние парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на состояние сердечного ритма. При этом менее значимые изменения наблюдаются в группе контроля.

Выводы. Таким образом, отмечено статистически значимое повышение основных показателей суточной ВСР больных ХСН в процессе лечения с включением курса внутривенной лазерной терапии. Это свидетельствует об улучшении вегетативной регуляции сердечного ритма и может также указывать на улучшение прогноза заболевания у обследованных пациентов.

052 РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Байсултанова М.Б., Эльгаров А.А.
Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: определить особенности реабилитации постинфарктных больных в регионе.

Материал и методы: выполнен клинико-статистический анализ заболеваемости инфарктом миокарда (ИМ) среди 4764 мужчин и 1484 женщин в возрасте 27-80 лет и изучены медико-социальные условия реабилитации постинфарктных пациентов за 2001-2010гг.

Результаты: за указанный период всего случаев ИМ официально зарегистрированных было 76,2% мужчин и 23,8% женщин. До 55 лет частота ИМ достоверно преобладала среди у мужчин (p<0,05), а после 65 лет – у женщин. Повторный ИМ (ПИМ) регистрировался также достоверно чаще среди мужчин. За период наблюдения частота острого и ПИМ имела тенденцию к увеличению независимо от пола. Установлена достоверная корреляция распространенности ИМ в регионе с частотой основных факторов риска (ФР) атеросклероза и роль неблагоприятных производственно-профессиональных условий. Санаторный этап восстановительного лечения постинфарктных пациентов лишь отмечен в 26,8% случаев среди мужчин и в 14,5% – среди женщин; с 2005 года отмечено достоверное сокращение числа больных с ИМ, наблюдавшихся в специализированном отделении, а последние годы – курортный этап реабилитации не существует (финансовые проблемы). Стойкое ограничение трудоспособности – инвалидность II группы установлена 34,7% больных ИМ из числа работающих; III группа определена у 53,6%. Благодаря комплексному медико-психологическому наблюдению через 1-2,5 года вернулись к работе 32,6% мужчин и 26,9% женщин с постинфарктным кардиосклерозом. Зарегистрированы значимые клинические и психосоциальные обстоятельства (пол, образование, особенности профессии, качество и осознание необходимости длительного сотрудничества с медиками, готовность изменить образ жизни, оказывающие влияние на сроки и качество реабилитации постинфарктных больных. Установлена достаточно высокая частота ФР атеросклероза как среди мужчин, так и женщин до болезни, обусловленная не только возрастом, но и характером работы, а также неудовлетворительным уровнем медицинской информированности и терапевтического согласия выполнять врачебные рекомендации (достоверно больше у мужчин).

Выводы. Полученные данные явились основанием для формирования банка данных и разработки образовательного проекта "Профилактика инфаркта миокарда среди населения региона". Создана база данных "Инфаркт миокарда, диагностика, реабилитация".

053 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Бакова Д.А., Эльгарова Л.В., Сабанова З.Х., Эльгаров А.А.
Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: изучить особенности артериального давления (АД) и частоту повышенного АД (ПАД) среди городских и сельских школьников.

Материал и методы: выполнены эпидемиологические исследования 684 городских и 625 сельских школьников 7-17 лет.

Результаты. Как у городских, так и сельских школьников средние уровни систолического (САД) и диастолического (ДАД) с возрастом нарастали. Среди 7-9-летних городских мальчиков (М) САД и ДАД составили 94,5±0,5 и 58,4±0,4, соответственно, среди девочек (Д) – 94,2±0,5 и 58,6±0,4 мм рт. ст.; среди сельских М – 89,7±0,6 и 58,3±0,3 мм рт.ст. и Д – соответственно,89,6±0,5 и 57,9±0,8 мм рт.ст.; среди 10-14-летних городских М – 103,0±0,4 и 63,0±0,3 и Д – 104,5±0,4 и 63,5 мм рт.ст.; среди сельских М – 101,1±0,4/63,7±0,3 и Д 102,2±0,5 / 63,8±0,3 мм рт.ст.; среди 15-17-летних городских М – 114,8±0,6/70,6±0,5 мм рт.ст. и среди Д – 110,6±0,5/ 69,1±0,4; среди сельских М – 115,2±0,6/70,4±0,5 и Д – 110,5±0,5/69,0±0,4 мм рт.ст., соответственно. Эти данные демонстрируют зависимость уровней АД школьников от места жительства. Достоверные различия выявлены в младшей и средней возрастных группах: показатели САД у городских учащихся (как у М, так и Д) оказались выше, чем у сельских. В старшей группе уровни САД были близки между собой. Значимых различий параметров ДАД не установлено. Во всех половозрастных группах также выявлены различия уровней САД с учетом национальности. Максимальные величины САД оказались у русских школьников, а у кабардинцев и балкарцев средние величины САД были сопоставимы. Анализ особенностей физического и полового развития детей обнаружил: городские ученики всех половозрастных групп имели значимо большие показатели длины и массы тела. Достоверных различий степени полового развития городских и сельских школьников не выявлено. Следовательно, можно предположить: в младших возрастных группах на уровни САД в большей мере влияет физическое развитие, а в старшей – степень полового созревания. ПАД отмечалось чаще у городских школьников (11,6%), реже – у сельских (6,8%); различия в большей степени выражены у М (11,3 и 7,2%), чем у Д (11,9 и 9,8%). ПАД выявлено у 12,8% русских школьников (в т.ч. 12,7% у М и 12,9% у Д), реже – у кабардинских (9,0 – 8,6 – 9,4%, соответственно) и балкарских учащихся (7,1 – 7,2 – 6,9%).

Выводы. Установлены особенности АД и частота ПАД среди городских и сельских школьников региона, обусловленные поло-возрастными и национальными характеристиками, а также местом проживания подростков. Полученные результаты явились основанием для разработки и реализации комплекса медико-психологических и образовательных мер.

054 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДОСТЕНА (ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АНТИТЕЛ К С-КОНЦЕВОМУ ФРАГМЕНТУ AT_1-РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II) У МЕДРАБОТНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Бакумов П.А., Зернюкова Е.А., Гречкина Е.Р.
ВолгГМУ, Волгоград, Россия

Целью исследования явилась оценка антигипертензивного действия, безопасности и переносимости препарата на основе сверхмалых доз к С-концевому фрагменту AT_1-рецептора ангиотензина II (Кардостен, ООО "НПФ "Материа Медика Холдинг") у медицинских работников с артериальной гипертензией 1-2 степени.

Включались медработники, страдающие гипертонической болезнью, с офисными значениями диастолического АД 90-109 мм рт. ст., при уровне систолического АД не более 179 мм рт. ст., у которых по данным суточного мониторирования АД (СМАД) регистрировалось среднесуточное АД>135/85 мм рт. ст. В начале и в конце исследования определяли уровень гликемии, креатинина и калия. Общие анализы крови и мочи, УЗИ почек проводили только перед включением в исследование. Лабораторные исследования выполнялись по общепринятым методикам.

В исследовании приняли участие 30 медработников, больных артериальной гипертензией (13 мужчин и 17 женщин). Средний возраст пациентов составил 51,2±5,1 лет, средняя длительность заболевания – 11,8±5,2 лет. Индекс массы тела в среднем составил 27,4±4,1 кг/м^2. Кардостен назначался по 1 таблетке 3 раза в день. Через 4 недели при офисном значении диастолического АД 90 мм рт.ст. и выше дозу кардостена увеличивали до 2 таблеток 3 раза в день. Длительность наблюдения составила 6 недель.

При анализе данных СМАД после проведенного лечения отмечено умеренное достоверное снижение среднесуточных показателей САД (на 6,6%) и ДАД (на 6,7%), что привело к уменьшению индекса площади САД (на 20,1%) и более выраженному – ДАД (на 32,4%).

При анализе лабораторных данных отмечено, что биохимические показатели крови, отражающие безопасность применения препарата, достоверно не изменялись. Побочных эффектов на фоне терапии кардостеном не зарегистрировано.

На основании проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. Кардостен при использовании в виде монотерапии в течение 6 недель оказывает достоверное антигипертензивное действие, снижая систолическое АД на 6,6% и диастолическое АД на 6,7%.

2. Кардостен может быть использован при артериальной гипертензии 1-2 степени в дозе 1-2 таблетки 3 раза в день.

055 ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ. ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Бакумов П. А., Гречкина Е.Р., Зернюкова Е.А.
ВолгГМУ, Волгоград, Россия

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

Материал и методы. Обследованы 420 медицинских работников в возрасте от 18 до 63 лет, имеющих высшее и среднее медицинское образование, которые трудятся в условиях поликлиник и стационаров города Волгограда. Клиническое обследование медработников проводилось с помощью следующих методов: анкетирование (опросники), антропометрический, лабораторный, психометрический. Инструментами для коррекции выявленных нарушений здоровья медицинских работников были индивидуальные рекомендации. Статистические результаты считались достоверными при $p< 0,05$.

Результаты и обсуждение. 86% медработников отметили, что не знакомы с концепцией пищевой пирамиды (в том числе врачи гастроэнтерологического профиля), не имеют необходимых условий для рационального питания в процессе трудовой деятельности, а чрезмерная производственная загруженность не позволяет им уделять питанию достаточного внимания, нуждаются в смене режимов питания, регулярно употребляют нездоровую пищу быстрого приготовления, постоянно вынуждены питаться на "ходу", принимают пищу с недопустимо длинными промежутками, не умеют готовить здоровую пищу. 48% респондентов не осознали необходимости правильного питания (нет желания изменить свой образ жизни). Свое здоровье 39% медработников оценили как

"посредственное", 49% – как "хорошее", 8% – как "отличное" и только 4% – как "плохое". Вместе с тем выявлено, что 40% медиков испытывают проблемы со сном, 16% страдают депрессией, 36% испытывают тревогу, 30% страдают гипертонической болезнью, 63% имеют проблемы с избытком массы тела, 43% принимают гипотензивное лечение, 11% страдают никотиновой зависимостью, 45% – общей астенией. Выявлено: 13% лиц, официально не состоящих на учете с гипертонической болезнью, но постоянно принимающих гипотензивное лечение, то есть занимающихся самолечением. 9% Медиков не знали своего уровня артериального давления, 43% медработников – уровня холестерина в крови, несмотря на периодические медицинские осмотры. У более 59% выявился синдром эмоционального выгорания. При анализе корреляционной зависимости установлено наличие достоверных прямых корреляционных связей между показателями стажа работы и астенией, уровнем общей астении, тревоги, депрессии, субъективным уровнем здоровья, между индексом массы тела и возрастом респондентов, между уровнем глюкозы крови и уровнями систолического и диастолического артериального давления, между уровнем холестерина и уровнями систолического и диастолического артериального давления.

Выявлено, что медики со стажем от 5 до 10 лет обладают более высоким уровнем здоровья.

Таким образом, наиболее зависящими от стажа работы в здравоохранении, типа темперамента, возраста, являются показатели качества жизни такие как: субъективный уровень здоровья, индекс массы тела, уровень АД, уровень холестерина крови, тревога, депрессия, бессонница, астения.

Выводы. Медицинские работники болеют длительно и тяжело. Фармакотерапия у них, как правило, менее эффективна. Требуется медикаментозная и немедикаментозная коррекция качества жизни!

056 ВОЗДЕЙСТВИЕ ГЕНЕРИЧЕСКИХ И ОРИГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА НАЧАЛЬНУЮ СТАДИЮ ПАТОЛОГИИ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Баландина Ю.А., Тарловская Е.И., Сапожникова И.Е., Максимчук Н.С.

Кировская ГМА, Киров, Россия

Цель. Сравнить эффективность комбинаций генерических и оригинальных препаратов в группе пациентов высокого сердечно-сосудистого риска с учётом выраженности эндотелиальной дисфункции.

Методы. Обследовано 38 пациентов с АГ 2 степени + СД 2 типа без клинически явной ИБС, с дислипидемией, не получавшие медикаментозной гиполипидемической терапии как минимум за 1 месяц до начала наблюдения.

Пациенты группы А (18 человек) получали оригинальный симвастатин (Зокор, "Merck Sharp & Dohme", Нидерланды) и периндоприл + индапамид (Нолипрел форте, "Servier", Франция). Пациенты группы Б (20 человек) получали генерический симвастатин (Симвастатин, фирма "Hemofarm", Сербия), эналаприл, индапамид (Энзикс, фирма "Hemofarm", Сербия).

Группы были сопоставимы по исходному уровню ХС ЛПНП и АД ($p>0,05$). Офисное АД и липидный спектр контролировали с интервалом в 4 недели с коррекцией доз препаратов. Целевым уровнем ХС ЛПНП считали ≤ 2 ммоль\л, АД <130/80 мм рт.ст.

Исходно и через 12 недель лечения у пациентов оценивали ЭЗВД по методике Celermajer. Пациенты обеих групп исходно сопоставимы по уровню ЭЗВД: группа А 6,96±0,56%, группа Б 6,57±0,66% ($p>0,05$).

Результаты. К 12-й неделе лечения пациенты достигли целевых уровней ХС ЛПНП и АД. В группе А 61% (11 пациентов) достиг целевого уровня ХС ЛПНП при дозе 20 мг симвастатина, 39% (7 пациентов) – 40 мг. В группе Б 25% (5 больных) и 75% (15 пациентов) соответственно (хи-квадрат x^2 5,065, $p< 0,05$). В группе А целевой уровень АД достигнут у 61% на начальной дозе препаратов, повышение периндоприла до 10 мг потребовалось у 39% пациентов

(7 человек). В группе Б целевой уровень АД достигнут у 65% (13 человек) при начальной дозе препаратов, повышение эналаприла до 20 мг потребовалось у 35% пациентов (7 человек). Разница недостоверна, хи-квадрат x^2 0,059, $p>0,05$.

К концу наблюдения в группе А ЭЗВД составила 11,8±0,57%, в группе Б 9,35±0,43% ($p< 0,05$). В целом ЭЗВД улучшилась в группе А на 4,85±0,34%, в группе Б на 2,78±0,42% ($p< 0,05$).

Выводы. Оригинальный препарат симвастатина превосходит генерический симвастатин по гиполипидемическому эффекту в 1,26 раз. По гипотензивному эффекту достоверной разницы между оригинальным периндоприлом и генерическим эналаприлом не выявлено. Комбинированная гиполипидемическая и антигипертензивная терапия улучшает эндотелиальную функцию. Комбинация оригинальных препаратов в большей степени способствует увеличению показателя ЭЗВД у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

057 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СРЕДНИЕ УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ФЕДЕРАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА 2003-2010ГГ

Баланова Ю.А., Тимофеева Т. Н., Константинов В.В., Колтунов И.Е., Капустина А.В., Лельчук И.Н., Муромцева Г.А., Деев А.Д., Шальнова С.А.

ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития", Москва, Россия

Цель: изучение динамики распространенности артериальной гипертонии и распределения лиц с АГ в зависимости от уровня артериального давления среди населения России.

Материал и методы. В рамках Федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ" обследованы случайные представительные выборки из населения различных регионов России 19-64 лет с откликом не менее 80% в 2003-04гг, (30834 чел.), 2005-06гг (20654 чел.), 2007-08гг (11365 чел.) и 2009-10гг (11340 чел.). Формирование выборок осуществлялось в три этапа; включало последовательно: выбор лечебных учреждений, врачебных участков, квартир. Исследование проводилось с использованием стандартных эпидемиологических методов. Критерии АГ: систолическое АД (САД) ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД (ДАД) ≥90 мм рт.ст., или больной получает АГП.

Результаты и обсуждение. За прошедшие годы стандартизованная по возрасту распространенность АГ среди населения РФ в целом практически не изменилась, составив в 2003-04гг- 39,5%; в 2005-06гг – 39,3%, в 2007-08гг – 39,2%, и в 2009-10гг – 39,7%. Частота АГ выше среди женщин в сравнении с мужчинами, как при первом, так и при последнем обследовании: – 40,4% vs 37,2% и 40,5% vs 38,0%, соответственно.

Доля лиц с нормальным АД снизилась за истекший период как среди мужчин (с 55,5% до 53,6%), так и среди женщин (с 57,7% до 55%), $p<0,005$. Доля лиц с высоким нормальным давлением не изменилась у мужчин (12,9% и 13%), у женщин напротив, увеличилась с 9% до 10,4%; соответственно, $p <0,001$ Доля лиц с АГ 1 степени при первом обследовании была выше у мужчин: 17,7% vs 16,6% у женщин, $p<0,02$, за исследуемый период она возросла для лиц обоего пола до 21,7%, $p<0,001$. Распространенность АГ 2 степени у женщин снизилась с 11,7% до 10,5%, $p<0,01$, у мужчин была ниже и не изменилась – 10,1%.Следует отметить, что доля лиц с АГ 3 степени снизилась у всех обследованных: с 3,8% до 2,3% у женщин и с 3,8% до 1,7% у мужчин, $p <0,001$.

Заключение: За время проведения Федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ" среди мужчин и женщин увеличилась доля лиц с артериальной гипертонией 1 степени и уменьшилась – с АГ 2 среди женщин, 3 степени – для лиц обоего пола при неизменной распространенности артериальной гипертонии.

058 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО КОМПОНЕНТОВ У СТУДЕНТОВ 3 КУРСА КРАСГМУ

Балашова Н.А., Рыжкова Н.А.
ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ и СР РФ", Красноярск, Россия

Цель: оценить частоту встречаемости метаболического синдрома (МС) и его компонентов у студентов 3-го курса КрасГМУ, обучающихся по специальности "Лечебное дело".

Материалы и методы: обследовано 190 студентов, 104 девушки (54,7%), 86 юношей (45,3%), средний возраст 19,8±1,6 лет (M±m). Проводилось анкетирование, измерение массы тела, роста, окружности тали и бедер, измерение артериального давления (АД), измерение глюкозы в капиллярной крови глюкометром Optium Xceed, определение уровня триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Индекс массы тела (ИМТ) определяли согласно рекомендациям ВОЗ (1997 г.), метаболический синдром определяли по критериям International Diabetes Federation (2005 г.).

Результаты исследования: по литературным данным окружность талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин коррелирует с ИМТ 25. По нашим данным 14 человек (7,4%, 7 девушек и 7 юношей) имели ИМТ более 25, из них у 9 (4,7%, 5 девушек, 4 юношей) окружность талии соответствовала критериям абдоминального ожирения.

Повышение АД более 130/85 мм рт. ст. выявлено у 18 человек (9,5%), из них у 10 (55,5%) наблюдалась отягощенная наследственность по гипертонической болезни.

У 11 обследуемых (5,8%) обнаружена гликемия более 6,1 ммоль/л в капиллярной крови. Отягощенная наследственность по сахарному диабету составила 31,6%.

Исследование липидного спектра проводилось лицам, имеющим хотя бы 1 из компонентов метаболического синдрома. Повышение уровня ТГ выявлено в 2 (1,05%) случае, а снижение ХС ЛПВП в 6 (3,2%) случаях, причем указанные изменения выявлены только у девушек.

В результате проведенного исследования метаболический синдром выявлен у 2 человек, что составило 1,05%.

Выводы:

1. Частота встречаемости МС среди студентов 3 курса КрасГМУ составила 1,05%.
2. Частота встречаемости неполного МС составила 4,7%.
3. Нарушения липидного и углеводного обменов выявлены преимущественно у лиц женского пола.

059 УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОРЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЯКУТИИ

Балтахинова М.Е., Климова Т.М., Федорова В.И., Бушкова Э.А., Кривошапкин В.Г.
ФГНУ "Институт здоровья", Якутск, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь между уровнем образования и некоторыми поведенческими параметрами в коренной популяции Якутии.

Материал и методы: исследование проведено среди репрезентативной выборки из коренного неорганизованного населения 5 районов республики и г.Якутска в возрасте 20-59 лет. С откликом 87% обследовано 1320 человек (якуты, эвены, эвенки), из них мужчин – 531, женщин – 789 человек. Средний возраст обследованной популяции составил 40±0,3 лет (у мужчин – 40,1±0,5 лет, у женщин – 40,1±0,4 лет). Программа исследования включала: медико-социологический опрос, антропометрию, измерение артериального давления. Курящим считали обследуемого, выкуривающего хотя бы одну сигарету/папиросу в день. Уровень физической активности (ФА) определяли по критериям программы ВОЗ CINDI. Статистический анализ данных проведен с использованием пакета STATISTICA 8.0. При сравнении групп использованы критерии Пирсона хи-квадрат и Фишера. Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 5%. Показатели стандартизованы по возрастной структуре населения мира (2001).

Результаты. Обследованная популяция имела достаточно высокий уровень ФА: у 47% респондентов уровень ФА охарактеризован как "высокий" (у 55% мужчин и 42% женщин, p=0,01); у 43% как "средний" (у 42% мужчин и 43% женщин, p=0,75); у 5% как "низкий" (у 1% мужчин и 7% женщин, p=0,66). К "физически неактивным" отнесены 5% обследованных (2% мужчин и 7% женщин, p=0,63).

Уровень ФА среди лиц с образованием "средним и ниже среднего", был выше, чем в группе лиц с высоким образовательным статусом. Так, в этой группе, 62% респондентов имели "высокий" и только 7% – "низкий" уровень ФА (в группе с высшим образованием – 24 и 16% соответственно). В большей степени эти различия были связаны с характером труда обследованных лиц.

Распространенность курения составила среди мужчин – 58%, среди женщин – 36% (p=0,001). Наибольшая доля курящих отмечалась в возрастной группе 20-39 лет (p=0,002). Установлено, что лица с высоким образовательным статусом курят реже, чем лица с более низким уровнем образования (38 и 48% соответственно, p=0,001).

Заключение. Таким образом, по результатам исследования установлено, что коренная популяция Якутии сохраняет достаточный уровень физической активности, при этом как среди мужчин, так и среди женщин, широко распространено курение. Уровень образования является одним из факторов, влияющих на эти поведенческие параметры.

060 ДИНАМИКА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА ПОД ВЛИЯНИЕМ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ

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

Цель исследования. Изучить в динамике турбулентность и нарушения ритма сердца у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда (ИМ) на фоне приема стандартной терапии и с дополнением к ней омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

Материалы и методы. У 80 мужчин трудоспособного возраста исходно (в течение 15 дней от перенесенного Q-ИМ) и через 6 месяцев проводилось суточное мониторирование ЭКГ (кардиорегистраторы "Кардиотехника-04-8М" ИНКАРТ, г.Санкт-Петербург) с определением турбулентности сердечного ритма (ТСР). Диагноз Q-ИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ. 40 пациентов получали стандартную терапию без тромболизиса (контрольная группа), а у 40 пациентов к стандартному лечению был добавлен Омакор 1г/сут. Средний возраст пациентов составлял 53,8±2,1 года. Интерпретация данных ТСР проводилась в соответствии рекомендациям G.Schmidt с соавт. (1999), согласно которым значения начала турбулентности (turbulence onset – TO) <0% и наклон турбулентности (turbulence slope – TS).>2,5 мс/RR считаются нормальными, а TO>0% и TS<2,5 мс/RR- патологическими.

Результаты: Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) исходно

выявлена у 100% больных, из них ЖЭ 1-2 градации – у 92,5%, ЖЭ 3-5 градации – у 7,5%. Через 6 месяцев наблюдения в контрольной группе регистрировалась желудочковая экстрасистолия 1-2 градации – у 65% (26 человек), ЖЭ 3-5 градации – у 22,5% (9 человек). В группе пациентов, принимавших дополнительно Омакор, через 6 месяцев ЖЭ 1-2 градации регистрировалась у 60% (24 человека), ЖЭ 3-5 градации – у 15% (6 человек). Патологические значения ТСР встречались у 40% больных контрольной группы исходно и у 32,5% через 6 месяцев, у группы наблюдения – 35% и 22,5% соответственно. Динамика показателей ТО достоверно не отличалась в обеих группах исходно и через 6 месяцев, достоверное увеличение TS через 6 месяцев зарегистрировано у пациентов, принимавших дополнительно омега-3 ПНЖК (3,16±0,64 мс/RR против 5,71 ±0,76 мс/RR, p<0,01).

Выводы. После перенесенного Q-инфаркта миокарда через 6 месяцев на фоне стандартной терапии сохраняются признаки электрической нестабильности миокарда. Назначение омега-3 ПНЖК ведет к уменьшению числа желудочковых экстрасистол и улучшению структуры нарушений ритма сердца, в том числе и жизнеугрожающих аритмий, а также нормализации показателей турбулентности сердечного ритма. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты могут быть рассмотрены как необходимое дополнение к основной терапии инфаркта миокарда для снижения риска внезапной сердечной смерти.

061 АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ И ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Барташевич Б.И., Карлова И.Б

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия; ЗАО “Международная медицинская клиника”, Москва, Россия

Риск проведения эпидуральной анальгезии (ЭА) на фоне применения препаратов, изменяющих систему свертывания, достаточно высок из-за возможности возникновения геморрагических осложнений. Это является существенным фактором, ограничивающим использование данного метода регионарной анестезии у больных в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ). Тем не менее, данные о достаточной степени безопасности эпидуральной анальгезии у пациентов, получающих терапию антикоагулянтами, нашли подтверждение в ряде исследований.

Цель. Определить временные границы безопасного использования ЭА в остром периоде ИМ на фоне применения препаратов, изменяющих систему свертывания.

Методы исследования. С целью изучения особенностей проведения ЭА было проведено ретроспективное исследование у 87 пациентов, подвергнутых оперативным вмешательствам на фоне применения препаратов, изменяющих систему свертывания, и у 32 пациентов ИМ, которым с целью обезболивания была проведена ЭА. Всем больным проводились клинические, инструментальные и лабораторные обследования, включающие электрокардиографию, кардиомониторинг, ультразвуковое исследование и мониторинг неврологических функций. Всем больным ЭА проводилась в люмбальном отделе с последующей катетеризацией эпидурального пространства. Для облегчения проведения функциональной неврологической оценки пациента для эпидурального введения использовались дозировки, вызывающие минимальный сенсорный и моторный блок.

Полученные результаты. Проведенный анализ показал, что минимально безопасными гемостатическими условиями для проведения ЭА является наличие функционирующих тромбоцитов более чем 50 тыс. тромбоцитов/мкл, международное нормализованное отношение (МНО) <1,5, активированное протромбиновое время (АЧТВ) <45 сек. и отношение к нормальному АЧТВс 1,5. Коагуляционный статус перед проведением ЭА можно улучшить с помощью профилактической трансфузии тромбоцитов и использования растворов для инфузии, которые обладают минимальным побочным действием на систему гемостаза. Безопасным периодом от введения последней дозы низкомолекулярного гепарина до выполнения ЭА является интервал не менее 12 часов при тромбопрофилактической дозе и 24 ч при терапевтической дозе (1 мг/кг на 12 часов или 1,5 мг/кг на 24 часа). Следующая доза, как и начало тромбопрофилактики, должна назначаться не ранее чем через 6 часа после пункции или удаления эпидурального катетера.

Выводы. Выполнение регионарных методов анестезии может быть безопасным при соблюдении временных интервалов между применением ЭА и введением препаратов, изменяющих систему свертывания. При работе с такими пациентами время проведения пункции эпидурального пространства, введения и удаления катетера выбирается с учетом времени введения антикоагулянта.

062 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТИВНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЕГО ПРОДОЛЬНОЙ ФУНКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПУЛЬСНОГО РЕЖИМА ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ МЕДЛЕННО НАРАСТАЮЩЕЙ ПОСТНАГРУЗКИ

Барт Б.Я., Дергунова Е.Н., Кульбачинская О.М., Вартанян Е.А.

ГОУ ВПО РГМУ МЗРФ, Диагностический клинический центр № 1, Москва, Россия

Цель исследования: С помощью основных эхокардиографических методов и дополнительного импульсно-волнового режима тканевого допплера оценить структурно-функциональное состояние ПЖ на фоне постепенного роста прекапиллярной легочной гипертензии у больных со стабильной бронхообструкцией дыхательных путей

Материалы и методы: Обследованы 32 больных, в том числе, 1-ая группа – 17 больных ХОБЛ, среднетяжелого течения, со стажем курения ≥ 10 пачка-лет, без признаков прекапиллярной ЛГ, согласно критериям ESC, ERS 2009 г: СрДЛА <25,0 мм рт.ст., ДЗЛК < 15,0 мм рт.ст, средний возраст 53,5±2,3 года. 2-ая группа-15 больных ХОБЛ, среднетяжелого течения, со стажем курения ≥ 20 пачка-лет, с признаками прекапиллярной ЛГ: СрДЛА ≥25,0 мм рт.ст., ДЗЛК <15,0, средний возраст 62,8±2,5г. В анамнезе у 30 больных (94%) выявлена стабильная обструкция ДП: ОФВ1 через 30 мин после КД БД ≤70% от ФЖЁЛ. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. В исследование не включали пациентов с выраженной регургитацией и стенозом клапанов, МА. Проводилось ЭхоКГ исследование на аппарате TOSHIBA, Xario SSA-660A, учитывалось среднее значение из 3-х измерений синхронно с ЭКГ, во время спокойного выдоха. Определяли размер ПЖ, толщину его передней стенки и ФВ. Оценка диастолической функции проводилась в импульсном режиме (E, A, E/A, ВИР). Расчёт ЛСС проводился по формуле A. Abbas (2003) с учётом пиковой скорости ТР и интеграла линейной скорости в ВТПЖ, в ИВ режиме. СрДЛА рассчитывали по методу A.Kitabataka, СДЛА по скорости струи ТР. Оценка параметра глобальной систолической функции ПЖ по величине УО с расчётом МО и СИ МКК. Оценка глобальной продольной функции ПЖ проводилась по тканевому допплеру в ИВ режиме из верхушечного доступа от латеральной части ФК ТК в месте соединения свободной стенки ПЖ с передней створкой ТК, оценивались скоростные показатели движения ФК: S′, E′, A′, E/E′.

Результаты: В 1 группе наблюдалось незначительное, диагностически незначимое повышение величины СДЛА до 29,5±0,7 мм рт.ст., СрДЛА до 19,8±0,4 мм рт.ст. и величины

ЛСС-1,57±0,1 (p>0,05) WU. Выявлено достоверное нарушение продольной ДФ ПЖ: Е /А 0,76 ± 0,05(p<0,05), по сравнению с к. гр. 0,97±0,02, увеличение СИ до 3,89±0,01(p<0,001) и МО МКК с умеренным увеличением полости и индекса площади ПЖ. Во 2 группе- на фоне умеренного повышения СДЛА до 37,6±1,3(p<0,001) мм рт.ст. и СрДЛА до 25,2±1,5(p<0,001) мм рт.ст., повышенного ЛСС до 2,04±0,05(p<0,001) Wood, наблюдалось достоверное увеличение размера ПЖ до 3,35±0,04 см, толщины стенки ПЖ-5,3±0,02 мм без нарушения его глобальной сократимости на фоне нормокинетического типа гемодинамики МКК с величиной СИ 2,65±0,04(p<0,05). При оценке продольной сократимости ПЖ выявлено снижение максимальной систолической скорости латеральной части базального сегмента до 12,08±0,05 см/с (p<0,05).

Выводы: Начальные признаки адаптивных изменений миокарда ПЖ у больных ХОБЛ характеризуются гиперкинетическим типом гемодинамики МКК без достоверных признаков повышения постнагрузки с нарушением процессов релаксации его продольных волокон с последующей глобальной диастолической дисфункцией. Дальнейшие патологические процессы на этапе компенсации сопровождаются экстенсивным структурным ремоделированием ПЖ, позволяющим поддерживать сердечный выброс в покое в пределах нормальных значений, несмотря на нарастающую постнагрузку и умеренными изменениями глобальной продольной сократимости ПЖ, как раннего признака скрытой систолической дисфункции при сохраненной фракции выброса.

063 ВЛИЯНИЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Баталина М.В.[1], Баталин В.А.[1], Максютина О.Н.[2], Столповских Т.И.[2], Глейкина Е.В.[2]

[1]ОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия; [2]ООКБ, Оренбург, Россия

Цель исследования. Оценить влияние аорто-коронарного шунтирования (АКШ) на показатели внутрисердечной гемодинамики у больных стабильной стенокардией в зависимости от исходного состояния и характера поражений коронарных артерий.

Материалы и методы. Обследовано 50 мужчин со стабильной стенокардией II-IV ФК в возрасте 48,6±0,52 лет. Критерии исключения: клинические проявления ХСН и/или фракция выброса левого желудочка <45%, перенесенный инфаркт миокарда, нарушения ритма III-IV класса по Ryan, клинически значимые нарушения функции печени и почек, ожирение (ИМТ>35 кг/м2), хроническая обструктивная болезнь легких (при систолическом давлении в легочной артерии более 50 мм рт.ст.). Диагностику стенокардии осуществляли в соответствии с национальным рекомендациями (2006). Трансторокальную ЭхоКГ выполняли по стандартному протоколу, с вычислением КДР ЛЖ (мм), толщины ЗС ЛЖ (мм) и МЖП (мм), размеров ЛП (мм), ФВ ЛЖ (%), измерением скорости пиков Е (м/с), А (м/с) и их соотношения и временных параметров (ВИР и ДТ (м/с). Коронарную ангиографию (КАГ) выполняли на цифровых ангиографических комплексах.

Результаты. Среди пациентов было выделено три группы. Первую составили 25 человек со II ФК стенокардии и нарушением диастолы по аномальному расслаблению с ФВ>50%. КАГ выявляла значимое стенозирование ПМЖА, ОА или их сочетание. После АКШ КДР ЛЖ не претерпевал достоверных изменений (от 51,4±1,03 мм до 50,8±0,91 мм), ФВ ЛЖ возрастала с 53,1±1,12% до 56,7±1,63% (p<0,05), размер ЛП не изменился (от 40,9±0,72 мм до 40,7±0,76 мм), а показатели диастолы улучшались (выросла скорость пика Е с 0,55±0,041 до 0,67±0,064 м/с, p<0,05; снизилась скорость пика А с 0,79±0,075 до 0,53±0,043 м/с, p<0,01; повысилось соотношение Е/А с 0,70±0,061 до 1,27±0,117, p<0,001). ВИР уменьшилось с 110,1±2,6 до 79,1±1,92 м/с (p<0,001), а ДТ – с 220,5±1,17 до 210,1±1,63 м/с (p<0,01).

Во второй группе оказалось 20 больных с III ФК стенокардии и нарушением диастолы по псевдонормальному типу, снижением ФВ до 48,1±1,67%. КАГ констатировала проксимальные стенозы больше 70% ПМЖА и стенозы ПКА больше 60%. После АКШ ФВ возрастала до 53,1±1,13 (p<0,01), а диастолические нарушения оставались без динамики.

В третьей группе было 5 пациентов с IV ФК стенокардии, ФВ 47,2±1,14% и нарушением диастолы по рестриктивному типу. При КАГ выявлены стенозы ствола (2 пациента) и трехсосудистые стенозы. После АКШ ФВ и скоростные показатели диастолы не менялись, а временные – улучшались.

Таким образом, АКШ сопровождается улучшением показателей систолической функции миокарда левого желудочка при исходных нарушениях диастолы по типу аномальной релаксации и псевдонормальному варианту. Достоверное улучшение диастолических нарушений констатировано у больных с первой (аномальная релаксация) и третьими (рестриктивный) типами исходных нарушений.

064 ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИЙ, КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Баталина М.В.[1], Баталин В.А.[1], Максютина О.Н.[2], Григорьева А.Н.[2], Барышников А.Г.[2]

[1]ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия; [2]ООКБ, Оренбург, Россия

Сосуды – среди главных органов-мишеней, поражающихся при самых ранних стадиях заболеваний. Доказано, что податливость артерий коррелирует со многими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (уровень глюкозы, С-реактивного белка, липопротеидов низкой плотности и др.) и потому является интегральным показателем, определяющим риск неблагоприятных сосудистых осложнений.

Цель работы. Определить показатели жесткости сосудистой стенки у больных нейроциркуляторной дистонией для дифференцированного подхода к лечению и оценке риска осложнений.

Материалы и методы. Обследовано 63 пациента (43 женщины, 20 мужчин) с нейроциркуляторной дистонией по регионарному типу в возрасте 32,3±7,21 года. Всем пациентам, кроме традиционного лабораторно-инструментального обследования, проводилась сфигмография на полианализаторе “Bioset 600” с синхронной записью на сонной и бедренной артериях с определением скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и оценкой индексов жесткости (SI), и резистентности (RI) с использованием фотоплетизмографии на допплеровазографе японской фирмы (HADECO) по стандартной методике.

Результаты. По полученным параметрам все пациенты разделились на три группы. В первую вошли больные с нормальными показателями жесткости (23 человека): СРПВ 8,8±2,1 м/с, SI 8,9±0,34 м/с, RI 66,0±0,80%. При проспективном наблюдении за этой группой в течение трех лет на обычном симптоматическом лечении, осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы выявлено не было. Вторая группа (30 человек) имела нарушения жесткости артерий: СРПВ 14,3±2,35 м/с, SI 12,7±0,36 м/с, RI 82,0±0,92% (p<0,01) без явных признаков органической органической патологии. Лечение этой группы не отличалось от предыдущей. За три года наблюдения у пациентов этой группой отмечено появление гипертрофии стенок левого желудочка, изменения ЭКГ, дислипопротеидемия. В третьей группе (10 пациентов) эластические показатели сосудистой стенки были следующими: СРПВ 6,1±1,9 м/с, SI 7,1±0,32 м/с, RI 56,0±0,70%. У этих пациентов выявили

немоногенную дисплазию соединительной ткани, что потребовало соответствующего лечения.

Вывод. Стандартные показатели жесткости сосудистой стенки являются ранним маркером сердечно-сосудистого риска у больных нейроциркуляторной дистонией и параметром, прогнозирующим разные лечебные подходы у этих пациентов.

065 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.
ГОУ ВПО "Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России", кафедра терапии и эндокринологии ФДППО, Иваново, Россия

Цель: установить особенности нарушений липидного обмена и эффективность их коррекции при сахарном диабете 2 типа (СД) у женщин среднего и пожилого возраста по сравнению с мужчинами.

Материалы и методы: наблюдались 104 пациента с СД 2 типа средней степени тяжести и гиперлипидемией, из них 80 женщин и 24 мужчины – средний возраст 60,0±6,2 лет и 56±5,3 года (p=0,01), длительность СД 4,9±4,3 лет и 5,75±3,5 лет (p=0,12), соответственно. У 28,3% женщин и у 41,6% мужчин наблюдалась диабетическая ретинопатия, тяжелая степень которой у мужчин встречалась в 3,5 раза чаще. Для лечения гиперлипидемии применялись аторвастатин (20 мг в сутки) и микронизированный фенофибрат (145 мг в сутки). Уровень общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) сыворотки крови исследовали биохимическим методом. Обследование проводилось до назначения данных препаратов и через 6 месяцев после их приема. Статистическая обработка результатов осуществлялась методами вариационной статистики с использованием электронной программы Microsoft Excel Windows XP. Для оценки достоверности средних величин по группам использовался U-критерий Манна-Уитни. Результаты представлялись в виде M±σ, где M – среднестатистическое значение, σ – стандартное отклонение. Различия при p□0,05 рассматривались как статистически значимые.

Результаты: у 91,4% женщин и 83,4% мужчин преобладала комбинированная гиперлипидемия. Исходные показатели ОХС составили 7,0±1,7 ммоль/л у женщин и 6,7±1,5 ммоль/л у мужчин (p=0,9). У 54% женщин и 63,6% мужчин зарегистрирован уровень ТГ>3,0 ммоль/л, при этом средний уровень ТГ у женщин был ниже, по сравнению с мужчинами – 4,29±1,5 ммоль/л и 4,8±1,2 ммоль/л, соответственно (p=0,049). В структуре гиполипидемической терапии у женщин преобладал аторвастатин (77,8%), реже использовался фенофибрат (16%). Мужчины оба препарата получали с одинаковой частотой (45,8%). Через 6 мес. лечения уровень ОХС снизился у женщин до 4,65±0,74 ммоль/л, (p<0,0001), у мужчин до 4,63±0,82 ммоль/л (p<0,0001). Целевые значения этого показателя достигнуты у 50% женщин и 66,7% мужчин (p=0,5). Среди пациентов с ТГ>3,0 ммоль/л выявлено снижение их уровня у женщин до 1,9±0,7 ммоль/л (p<0,0001), у мужчин снижение ТГ до 3,39±1,1 ммоль/л (p=0,18). За период наблюдения кардиоваскулярных событий, прогрессирования диабетической ретинопатии, побочных эффектов гиполипидемической терапии в обеих группах наблюдения не зарегистрировано.

Выводы: у большинства женщин среднего и пожилого возраста с СД 2 типа отмечается комбинированный тип дислипидемии, сходный с мужчинами. Диабетическая ретинопатия у женщин в сравнении с мужчинами меньшей степени тяжести и распространена реже. Среди всех пациентов с ТГ более 3,0 ммоль/л у женщин в сравнении с мужчинами гиполипидемическая терапия в течение 6 месяцев является более эффективной для достижения целевых уровней липидов и снижения остаточного риска сосудистых осложнений.

066 ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Бахшалиев А.Б., Кочарли М.Б., Касумов З.И., Маилова Н.М., Ширинова Т.Д., Алескер-заде С.А., Тагиева З.З.
НИИ кардиологии им. Дж. Абдуллаева, Баку, Азербайджан

В рамках изучения распространенности метаболического синдрома нами было обследовано 588 педагогов Азербайджанского Педагогического Университета в возрасте от 24 до 81 г. (средний возраст 52,1±1,3 лет). Из них мужчин было 83, женщин 499.

Как известно, в формировании метаболического синдрома важную роль играют повышенное АД, нарушения углеводного и жирового обмена. Исходя из этого план обследования пациентов включал измерение АД на плечевой артерии в положении сидя, определение уровне гликемии натощак и вычисление индекса массы тела путем измерения роста и веса пациентов.

Из общего числа обследованных АГ была выявлена у 223 человек, что составило 37,9%. При этом АГ I степени была диагносцирована у 22 человек (9,8%), II степени – у 173 (78,1%), III степени – у 28 (12,1%). Из лиц с повышенным АД 86 (38%) человек впервые узнали о наличии у них АГ, а из 137 (62%), принимавших гипотензивную терапию, 60 (44%) пациентов лечились неадекватно.

У 145 лиц из числа обследованных был проведен анализ гликемии натощак. При этом у 55 (40%) человек уровень глюкозы оказался выше нормы. В эту группу вошли 14 (23,6%) лиц, страдающих сахарным диабетом, 9 (16,4%) с впервые выявленным повышенным уровнем глюкозы в крови и 32 (60%) человека, уровень глюкозы в крови которых достигал 100 мл/дцл.

При изучении распространенности ожирения было обследовано 356 человек. Из них у 136 (38,2%) была выявлена различная степень ожирения: I степень у 68 человек (19,2%), II степень – у 82 (23,1%), III степень – у 10 (2,4%) и IV степень – у 4 (1,1%).

У большей части лиц этой группы (220 человек) индекс массы тела находился в пределах 29. При этом у 3 человек (0,8%) был выявлен дефицит веса, у 128 (36,1%) – нормальный вес, у 61 (17,3%) – отмечался избыточный вес.

Распространенность метаболического синдрома (по критерия ATP III) составила 12,1%. В процессе двух летного наблюдения обследованной группы педагогов удалось добиться снижения АД у 60% лиц с АГ.

067 ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ АГ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ФИКСИРОВАННЫМ КОМБИНАЦИОННЫМ ПРЕПАРАТОМ

Бегдамирова А.А., Бахшалиев А.Б.
Азербайджанский медицинский университет, кафедра клинической фармакологии, Баку, Азербайджан

Исследовательская работа была проведена на 84 больных артериальной гипертонией (АГ). В объект исследования включены 84 больных с АГ II ст, из них 23 больных были мужчины и 61 женщины. Возраст больных составлял 38-80 лет (средний возраст 53,8). Проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование всех больных, включающее определение показателей антиоксидантной системы (малоновый диальдегида (МДА), каталаза и GSH), пуринного обмена, липидного спектра и уровня атриального натриуретического пептида ANP (1-98). А также изучены изменения гормонов надпочечных желез и отношение обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ) наличие абдоминального ожирения (АО), индекс массы тела (ИМТ). У всех больных АГ проводили лечение комбинированным препаратом ко-диратоном.

В результате лабораторных исследовании показатели липидного профиля были характерными для пациентов АГ: низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), повышенный уровень триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). 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). А также обнаружено, что показатели, подтверждающие эндогенной интоксикации, были повышены (МДА 51%, каталазы 41%), а уровень GSH была уменьшена 1,5 раза. Наряду с увеличением уровня надпочечных гормонов было обнаружено повышение pro-ANP (1-98) на 45% (P<0,001) по сравнению контр. группы.

При проводимой гипотензивной лечении у всех больных получены положительные гемодинамические результаты. На фоне лечение ко-диратоном обнаружено достоверное снижение систолического АД (САД) на 33,4% (от 172,3±11,5 до 132,7 ±16,2), а диастолическое давление (ДАД) на 23,6% (103,1±8,2 до 85,7± 6,8) от исходных показателей. По данным суточного мониторирования артериального давления в период сна данные показатели уменьшились на 25,5 и 24,8%, соответственно (P<0,001). Динамика изменений КСР, КДР, увеличение ФВ на 7,8% свидетельствовали об улучшении релаксации левого желудочка. Приводя в порядок нейрогуморальное регулирование кровообращения, в результате лечении обнаружено снижение атриального натриуретического пептида ANP (1-98) и концентрации гормонов надпочечных желез в плазме крови.

Таким образом, преимуществом комбинации иАПФ и диуретика (гидрохлоротиазида) перед некоторыми другими антигипертензивных лекарственных комбинации являются их метаболические эффекты, заключающиеся в улучшении показателей антиоксидантной системы, пуринного обмена, липидного спектра, включая и, уровня атриального натриуретического пептида ANP (1-98).

Учитывая результатов исследования для снижение АД у тучных пациентов можно применять ко-диратон с целью нормализации нейрогуморальных нарушении и предупреждении кардиоваскулярных катастроф у больных АГ.

068 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ И СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Бейлина Н.И., Газизов Р.М.

ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Цель: изучить распространенность вегетативных дисфункций (ВД) у студентов высших и средних специальных учебных заведений, страдающих заболевания желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования: в исследовании участвовали 576 человек в возрасте от 16 до 23 лет: 410 студентов ВУЗа и 166 учащихся среднего специального учебного заведения (ССУ), из них женщин – 291, мужчин – 285. I группу составили здоровые (251 чел.), II группу – 90 чел. с установленным диагнозом заболевания желудочно-кишечного тракта; III группу – 235 чел., не имеющих установленного диагноза, но по данным анамнеза нуждающихся в обследовании желудочно-кишечного тракта. Студенты заполняли анкету, составленную по вопроснику А.М. Вейна для выявления признаков вегетативных нарушений (2003), после чего производились подсчет баллов и углубленное объективное и инструментальное обследование.

Полученные результаты: признаки ВД среди студентов ВУЗа выявлены у 29,2% здоровых, у 87,2% больных и у 60,7% нуждающихся в обследовании; среди студентов ССУ – у 27,3% здоровых, у 79,1% больных и у 63,2% нуждающихся в обследовании. При сравнении показателей I группы с показателями II и III групп (критерий χ^2) установлено, что различия в группах по признаку встречаемости ВД достоверны с уровнем ошибки менее 1%. При сравнении показателей II и III групп установлено, что различия в группах по признаку встречаемости ВД недостоверны.

Выводы: установлена высокая частота вегетативных дисфункций у студентов высших и средних специальных учебных заведений, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Для выявления вегетативных нарушений во время массовых медицинских осмотров рекомендуется применение вопросника А.М. Вейна.

069 ЗАВИСИМОСТЬ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОТ СОСТОЯНИЯ КАРОТИДНОГО КРОВОТОКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Белова Н.О, Шпак Л.В., Колбасников С.В.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Цель. Уточнить взаимосвязь между состоянием кровообращения в бассейне сонных артерий, биопотенциалами головного мозга и личностными изменениями больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 200 больных АГ, из которых I стадия (ВНОК, 2010) была у 33, II – у 110, III – у 57, с применением ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) сонных артерий, электроэнцефалографии (ЭЭГ) и опросника MMPI.

Полученные результаты. У пациентов АГ I стадии артериальное давление (АД) было 157±0,4/95,0±0,3 мм рт.ст, увеличивалась линейная скорость кровотока (ЛСК – 27,0±0,7 см/сек) при некотором повышении коэффициента асимметрии (КА – 18,5±0,9%), сохранении в пределах нормы индексов циркуляторного сопротивления (RI – 0,67±0,02) и подъема пульсовой волны (PWI – 0,1±0,001). На ЭЭГ у 58% выявлялся высокий индекс альфа-ритма (66,7%), а у 42% – повышенный индекс бета-ритма (бета-индекс 58,5% при альфа-индексе 41,5%), при этом амплитуда альфа-ритма, как и у здоровых, снижалась в левом полушарии мозга. Усредненный профиль MMPI повышался на 3 шкале (71,0±0,5 Т), указывая на соматогенное вытеснение факторов, вызывающих тревогу. При АГ II стадии и АД 172±0,4/98±0,3 снижалась ЛСК (20,0±0,9; p<0,02), увеличивались КА (28,0±0,7; p<0,001), RI (0,72±0,01; p<0,05) и PWI (0,12±0,001; p<0,01), отражая повышение тонуса и снижение эластичности сосудов. ЭЭГ отличалась снижением индекса альфа-ритма (45,0±6,0; p<0,5) и повышением индекса бета-ритма (55,0±6,0; p<0,5) при сохранении межполушарной асимметрии в виде снижения амплитуды альфа-ритма в левом полушарии. 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. При АГ III стадии уровень АГ был наиболее высоким (188,0±0,4/105,0±0,2), ЛСК – наиболее низкой (15,0±0,8, p<0,001), с выраженной асимметрией межполушарного кровотока (КА – 35,0±0,4, p<0,02), высоким тонусом артерий (RI – 0,8±0,001, p<0,05) и значительным снижением их эластичности (PWI – 0,16±0,004, p<0,02). Эти грубые нарушения сочетались с явным ухудшением биоэлектрической активности мозга: индекс альфа-ритма снижался до 33,0±4,5, (p<0,5), бета-ритма увеличивался до 67,0±4,5, (p<0,5), усугублялась межполушарная асимметрия в виде снижения амплитуды альфа-ритма в правом полушарии. В усредненном профиле личности преобладали 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) шкалы при снижении на 9 (56,0±0,2), отражая ригидные установки депрессивно-ипохондрического типа.

Выводы. На фоне нарастания церебрально-васкулярной недостаточности изменяются взаимодействия активирующих и тормозных систем мозга, вплоть до нарушения связей коры с нижележащими отделами, а также появляются тревожно-депрессивные расстройства психоэмоциональной сферы, что требует применения комплексной коррекции.

070 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ДИАГЛИНИД И НОВОНОРМ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Белолипецкая В.Г., Гуранда Д.Ф., Жабина Е.А., Жезлова А.В., Меркулова Е.В.

ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Минздравсоцразвития России, ООО "ФармИнТех", Москва, Россия

Сахарный диабет – глобальная медико-социальная проблема XXI века, один из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В настоящее время количество людей с диагнозом "сахарный диабет" во всем мире составляет около 300 миллионов, и, если ситуация не изменится, к середине нынешнего столетия диабетом могут болеть до четверти всего населения нашей планеты.

Целью настоящего исследования было изучение фармакокинетики и биоэквивалентности гипогликемических препаратов репаглинида – тестируемых таблеток Диаглинид (ОАО "Акрихин", Россия) в сравнении с зарегистрированным в России оригинальным препаратом (компаратором) – таблетками НовоНорм ("Novo Nordisk", Дания). В исследование было включено 10 здоровых мужчин и 8 женщин. Исследование проводили открытым рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации репаглинида определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием.

Значения фармакокинетических параметров репаглинида, полученные при сравнительном изучении тестируемого препарата и компаратора хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация репаглинида в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Диаглинида в среднем через 0,95±0,69 ч, а НовоНорма – через 1,35±1,02 ч и составила 32,5±20,2 нг/мл и 31,1±11,7 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-t при приеме тестируемого и референсного препарата также имели близкие значения: 46,4±24,4 нг*ч/мл и 46,1±16,6 нг*ч/мл, соответственно. Степень относительной биологической доступности f репаглинида при приеме таблеток Диаглинид по отношению к таблеткам НовоНорм составила в среднем 103,4±43,2% (С.I.: 87,1 – 101,9%).

Нежелательные явления при однократном приеме таблеток Диаглинид и НовоНорм были схожими и могут быть классифицированы как проявления основного фармакодинамического эффекта.

071 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПРОСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Белослудцева О.Е., Семухина Е.Н., Криночкина И.Р.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия; ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Росздрава, Тюмень, Россия

Цель: оценить гипотензивную, антиишемическую и нефропротективную эффективность терапии эпросартаном у пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II функционального класса.

Материалы и методы: обследовано 24 пациента мужского пола (средний возраст 52,6±6,5 лет) с сочетанием артериальной гипертензии I-II степени и ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II функционального класса. Всем пациентам назначался эпросартан в индивидуально подобранной дозе до достижения целевого уровня АД. С целью оценки антиишемической эффективности препарата исходно и через 2 месяца терапии проводилась эхокардиография и велоэргометрическая проба по стандартной методике со ступенчато-возрастающей нагрузкой. Для характеристики изменений со стороны почек у всех больных исследовали микроальбуминурию (МАУ) методом иммуноферментного анализа (ELISA), величину расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Гоулта с коррекцией на стандартную площадь поверхности тела (мл/мин/1.73 м^2). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистической программы SPSS 10.

Результаты. На фоне двухмесячной терапии эпросартаном (в средней суточной дозе 600 мг) у 20 человек (83,3%) пациентов был достигнут целевой уровень АД (<140/90 мм рт.ст, САД 125±5 мм рт.ст; ДАД 80±5 мм рт.ст.), у 2 человек АД снизилось до уровня соответствующего артериальной гипертензии I степени (САД 145±5 мм рт.ст., ДАД 95±5 мм рт.ст.), у 2 пациентов (13,0%) контроль АД достигнут не был. Существенных изменений состояния левого желудочка по данным эхокардиографии (толщина стенок, размеры полостей и фракция выброса) отмечено не было. На фоне терапии достоверно возросла толерантность к физической нагрузке: пороговая мощность с 97,72±4,32 Вт до 111,36±3,94 Вт (p=0,002); суммарное время нагрузки с 7,75±0,5 мин до 9,27±0,44 мин (p=0,003).

У всех больных данной группы отмечалось статистически значимое уменьшение величины альбуминурии: с 16.7 ±15.5 мг/дл до 12.8±12.9 (p=0.001). У пациентов с достигнутым и поддерживаемым целевым уровнем АД отмечалось увеличение показателя СКФ с 98,62±22,08 мл/мин/1.73 м^2 до 105,39±25,42 мл/мин/1.73 м^2 (p=0.018)

Выводы: назначение блокатора рецепторов 1 типа к ангиотензину эпросартана у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, стабильной стенокардии напряжения у большинства пациентов приводит к достижению целевых уровней артериального давления и существенному увеличению толерантности к физической нагрузке. Кроме того, достижение целевых уровней артериального давления у данной категории пациентов оказывает нефропротективный эффект, что позволяет рекомендовать его к использованию у данной категории пациентов.

072 РОЛЬ ГЕННЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА (M235T) И РЕЦЕПТОРА ATII (ТИП1) (A1166C) В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Березикова Е.Н., Шилов С.Н., Тепляков А.Т. *, Ефремов А.В., Маянская С.Д. **, Попова А.А., Торим Ю.Ю, Лукша Е.Б.*

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава, Новосибирск, Россия; ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН*, Томск, Россия; Казанская государственная медицинская академия ГОУ ДПО Росздрава**, Казань, Россия

Цель исследования. Изучить влияние полиморфных вариантов генов ангиотензиногена и рецептора ATII (тип 1) на риск развития и тяжесть течения ХСН ишемической этиологии.

Материал и методы. Обследовано 226 пациентов с ХСН (149 мужчина и 77 женщины, средний возраст 55,9±5,8 лет). Идентификацию генотипов проводилась с помощью ПДРФ-анализа ПЦР-продуктов. Группу контроля составили 136 практически здоровых лиц (63 мужчины и 73 женщин, в среднем возрасте 53,6±4,8 лет)

Результаты. В ходе проведенного исследования было выявлено, что генотип TT полиморфного локуса M235T гена

ангиотензиногена и носительство аллеля С полиморфного локуса A1166C гена рецептора ATII (тип 1) ассоциированы с повышенным риском развития, а также тяжестью клинических проявлений и неблагоприятным характером течения ХСН у больных ИБС, тогда как, носительство аллеля М полиморфного локуса Met235Thr гена ангиотензиногена и аллель А полиморфного локуса A1166C гена рецептора ATII (тип 1) в гомозиготном состоянии ослабляют риск развития данной патологии и ассоциированы с более легкими клиническими проявлениями и благоприятным характером течения ХСН. В мужской популяции с риском развития ХСН ассоциируется только полиморфный локус Met235Thr гена ангиотензиногена, а в женской популяции наоборот – полиморфный локус A1166C гена рецептора ATII (тип 1).

Выводы. В ходе исследования были установлены ассоциативные взаимосвязи между полиморфизмом генов ангиотензиногена (M235T) и рецептора ATII (тип 1) (A1166C) и высоким риском развития и тяжестью течения ХСН.

073 ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА МАРКЁРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бернс С.А., Киприна Е.С., Шмидт Е.А., Мещерякова Д.С., Чувичкина О.В., Барбараш О.Л.

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Актуальность. Несмотря на значительные успехи в изучении острого коронарного синдрома (ОКС) и прогресс в понимании патогенетических механизмов его возникновения, остается много спорных и нерешенных вопросов.

Целью данной работы явилось изучение роли и взаимосвязи лабораторных маркёров неспецифического воспаления и эндотелиальной функции у больных с различными клиническими вариантами ОКС.

Материалы и методы. Проведено обследование 120 больных с ОКС, поступивших в клинику учреждения в 2008-2009гг. В первые сутки от момента поступления проводилась коронароангиография с последующим проведением коронарной ангиопластики с имплантацией металлического сетчатого эндопротеза в симптом-зависимую артерию. На 1-е сутки (до проведения чрескожного коронарного вмешательства) определяли уровни интерлейкина (ИЛ)-6, ИЛ-8, ИЛ-10, эндотелина и стабильных метаболитов оксида азота (NO) количественным методом твёрдофазного иммуноферментного анализа. Все пациенты были госпитализированы не позднее 12 часов от начала развития болевого синдрома, среднее время (M±s) от начала заболевания до диагностической коронарографии составило 3,01±0,40 часа. Больные были разделены на группы следующим образом: I – группа больных с ОКС с подъёмом сегмента ST (n=80); II – группа больных с ОКС без подъёма сегмента ST (n=40). Средний возраст (M±s) для больных с ОКС с элевацией ST соответствовал 56,7±8,7 лет, для больных с ОКС без элевации ST – 58,8±7,0 лет.

Результаты. Следует отметить достоверно (p=0,041) более мощный синтез эндотелина-1, обладающего вазоконстрикторным эффектом во II группе пациентов (0,7 фМоль/мл) по сравнению с I группой больных (0,4 фМоль/мл). Указанное достоверное различие уровня эндотелина-1 в группах больных с ОКС может свидетельствовать о разной силе вазотонического ответа. Концентрации стабильных метаболитов оксида NO достоверно не различались между пациентами исследуемых групп и были ниже референтных значений, что может свидетельствовать о сниженном синтезе NO эндотелиальными клетками на первые сутки от момента развития симптомов ОКС. Содержание молекулы межклеточной адгезии (sP-селектина) достоверно не различалось у больных исследуемых групп, хотя и отмечена тенденция к большей величине данного показателя у больных I исследуемой группы по сравнению с пациентами II группы (108,0 нг/мл против 85,0 нг/мл). Уровень провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-8, а также противовоспалительного цитокина ИЛ-10 имел тенденцию к повышению в I группе пациентов (6,4 пг/мл, 4,3 пг/мл и 3,2 пг/мл, соответственно) по сравнению со II группой больных (4,6 пг/мл, 3,9 пг/мл и 2,6 пг/мл, соответственно). Можно предположить, что увеличение продукции ИЛ-10 происходит по принципу отрицательной обратной связи у больных I группы.

Вывод. На основании полученных данных можно думать, что в патогенез развития ОКС без подъёма сегмента ST существенный вклад вносит вазоконстрикция, в то время как для пациентов с ОКС с подъёмом сегмента ST – процессы неспецифического воспаления.

074 ДЕПРЕССИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНОСИВШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

Бессонова Н.А., Яковлев В.В.

СПб ГУЗ ГБ № 28, ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

По данным ВОЗ в странах Европы, и особенно в крупных городах депрессией страдает около 10 процентов населения, примерно такая же картина наблюдается в Северной Америке. По данным кардиологической ассоциации депрессии у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) доходят до 40%.

Целью авторов было выявить тенденции депрессивных отклонений у больных различными ОИМ на различных сроках лечения их развитие, редукцию и возможности их коррекции, в т.ч. не медикаментозной или самопроизвольной.

Авторами был произведен экспресс опрос по качеству жизни в плане депрессивных состояний по Шкале Цунга для самооценки депрессии. Было обследование 70 больных перенесших ОИМ в течение года и 30 человек в остром периоде (до 2 недель с момента развития ОИМ). Следует отметить, что больные так же обследовались рутинно, ранжировался возраст, повторность ОИМ, ФВ, локализация, регулярность и адекватность динамического наблюдения. Кроме того использовался опросник EQ по качеству жизни, данные которого вполне коррелировали при оценке со Шкалой Цунга. Результаты обследования таковы – “депрессия отсутствует” встретилась у 35 чел (50%) среди пациентов после ОИМ, при чем среди них не оказалось ни одного пациента с повторным ОИМ, при этом только 5 чел (14%) из них не имели постоянного куратора-врача (кардиолога, интерниста, врача-исследователя). У оставшихся 35 чел имелась “легкая”(ЛД) и “средняя” (СД) депрессия. В данной группе степени депрессии разделились примерно пополам, тенденций к достоверным различиям в плане повторного ОИМ, степени НК, ФВ и т.п не было выявлено. Имелась лишь тенденция увеличения возраста в группе СД на 3.5 г, при этом у пациентов ЛД было 3 чел, не имевших врача-куратора, тогда как СД уже 7чел Следует отметить, что “тяжелая” (ТД) депрессия среди опрошенных пациентов отсутствовала, что было связано, вероятно, с тем, что подобные больные находятся уже в специализированных отделениях психосоматических отделениях стационаров или диспансерах.. В контрольной группе до двухнедельного ОИМ тенденции выявлены несколько иные, так по 10 чел составили группы “без депрессии”, ЛД, совокупность СД и ТД. При этом всем 30 больным до обследования было предложено адекватное длительное медицинское сопровождение. В это группе острого периода уже были выявлены достоверные различия. Группу СД и ТД составили преимущественно женщины, причем более молодой возрастной группы, мужчины же в этой группе были более старшего возраста, 7 из 10 чел переносили повторный ОИМ, ни один из 7 не был под диспансерным наблюдением после первого эпизода.

Следует отметить, что СС медикаментозную терапию все 30 чел получали согласно стандартам.

Выводы – для улучшения качества жизни больных ОИМ следует не только проводить непосредственно лечение ОИМ и ХИБС, но и обеспечивать диспансерное наблюдение, реабилитационное лечение, длительное наблюдение постоянным врачом, создание психологического комфорта контакта врач-пациент, кроме того в острый период следует максимально расширить показания к психотерапевтическому пособию большинству больных для выявления депрессий на ранних этапах и их адекватной медикаментозной и не медикаментозной коррекции.

075 РАЗЛИЧИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ОСТРОМ И ОТСРОЧЕННОМ ПЕРИОДАХ

Бессонова Н.А., Сотников А.В., Яковлев В.В.
СПб ГУЗ ГБ № 28, ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

Не смотря на то, что вопрос острого инфаркта миокарда считается вполне изученным во всех аспектах вопросом, тем не менее, острый инфаркт миокарда остается одной из главных составляющих смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, и в связи с этим требует дальнейшего изучения в эпидемиологических масштабах.

Цель исследования – выявление тенденций в сократительной функции миокарда в различные сроки от его развития.

Материалы и методы – исследовалась группа пациентов, у которых в остром периоде острого инфаркта миокарда (ОИМ), а именно в первые 48 часов выявлялось снижение глобальной сократимости с фракцией выброса левого желудочка (ФВ) до 35% – 75 пациентов, в качестве контрольной группы выступали пациенты со сниженной ФВ, но в разбросе 36-50% – 30 человек. Все пациенты обследовались эхокардиографическим методом трижды, а именно до 48 часов, в срок около 14 дней и в срок около 1 года. Определялись все стандартные эхо кг показатели. При этом пациенты получали стандартную терапию в незначительных вариациях, но ИАПФ получало 100% пациентов.

Результаты – была выявлена следующая динамика – в группе ФВ менее 35% к концу второй недели при 3 летальных исходах (4%), число пациентов, которые не вышли из интервала 35% осталось 16 (21,3%), 26 (37%) вышло на ФВ более 50%, что незначимо отличается от нормальной, 30 (40%) вошло в зону 36-49%, что говорит о быстрой положительной тенденции улучшения глобальной сократимости при купировании болевого синдрома и отсутствии явных осложнений острого периода. В контрольной группе глобальная сократимость в первые две недели практически не изменилась, только два человека вышли из нее с увеличением сократимости. Летальность была нулевой.

Через год в основной группе летальность увеличилась еще на 3 чел (стала 8%), все эти пациенты были из группы с низкой ФВ, в группе с ФВ менее 35% осталось 8 чел (11,6%), группа ФВ до 50% составила 22 чел (32%) и 39 чел попали в группу ФВ более 50% (56%). В контрольной группе летальность к году составила 1 чел (3%), 25 чел (83%) не перешли границу ФВ 50%, по 2 чел перешли в группы менее 35 и более 50.

Выводы – полученные результаты говорят о том, что возможно не критические снижения глобальной сократимости в остром периоде могут быть связаны не только с ОИМ, а и с длительно текущей хронической ИБС. Адекватное длительное лечение ИБС после ОИМ может приводить к улучшению глобальной сократимости миокарда. Кроме этого данная тенденция говорит о необходимости не только вторичной, но и первичной профилактики, а так же возможно ранних выявлений показаний к реваскуляризации миокарда как к вопросу предупреждения острых коронарных катастроф.

076 ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бешлиева Д.Д., Калашников В.Ю., Головенко Е.Н.
ФГУ Эндокринологический научный центр Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Москва, Россия

Цель: изучить характер нарушений вариабельности сердечного ритма (ВСР) и турбулентности сердечного ритма (ТСР) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы: в исследование включен 151 пациент, которые проходили обследование в ФГУ Эндокринологический научный центр в течение 2009-2011гг, (78 мужчин и 73 женщины), средний возраст 64,93±9,52 года. Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю группу включено 80 больных ИБС и СД, во 2-ю – 32 пациента с ИБС без СД, в 3-ю – 39 пациентов с СД без ИБС. Проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторировние ЭКГ с анализом ВСР и ТСР, эхокардиография. Для уточнения диагноза 97 пациентам была проведена коронарография.

Результаты: в 1 группе отмечены худшие показатели ВСР и ТСР. При оценке временных параметров ВСР, достоверно не различались: стандартное отклонение длительности интервалов между синусовыми сокращениями (SDNN) (91,1±29,7 мс в 1-й группе, 102,5±25,2 мс – во 2-й и 103,1±33,3 мс – в 3-й) и стандартное отклонение средних значений длительности интервалов между синусовыми сокращениями на протяжении 5-минутных периодов (SDANN) (79,2±27,1 мс в 1-й группе, 88,1±23,5 мс – во 2-й и 89,8±29,5 мс – в 3-й). В 1-й группе по сравнению со 2-й среднее значение стандартного отклонения продолжительности интервалов на протяжении 5-минутных периодов (ASDNN) было снижено в большей степени (37,4±15,8 мс в 1-й группе, 45,8±14,9 мс – во 2-й и 42,4±17,1 мс – в 3-й; $p<0,01$ при сравнении 1 и 2 групп и $p=NS$ при сравнении 1 и 3, 2 и 3 групп). Также 1-я группа отличалась более выраженным нарушением показателей ТСР. Так, начало турбулентности (ТО) и наклон турбулентности (TS) были хуже в 1-й группе по сравнению со 2-й и 3-й, а в 3-ей группе лучше, чем во 2-й (ТО -0,38±1,3 в 1-й группе, -0,83±2,35 – во 2-й и -1,28±1,56 – в 3-й; $p<0,01$ при сравнении 1 и 3 групп и $p=NS$ при сравнении 1 и 2, 2 и 3 групп; TS 3,01±2,25 в 1-й, 4,27±2,14 во 2-й и 5,94±3,17 в 3-й; $p<0,05$ при сравнении 1 группы со 2 и 3, 2 и 3 групп).

Выводы: Пациенты, страдающие ИБС и СД, имеют более выраженное ухудшение показателей ВСР и ТСР, по сравнению с больными ИБС без СД и СД без ИБС: SDNN было ниже на 12,6% и 13,2% ($p=NS$), SDANN – на 11,2% и 13,3% ($p=NS$), ASDNN – на 21,7% ($p<0,01$) и 13,4% ($p=NS$) соответственно; ТО в 1-й группе в 2,18 раз было хуже по сравнению со 2-й ($p=NS$) и в 3,4 раза по сравнению с 3-й группой ($p<0,01$); TS в 1-й группе был в 1,4 раза ниже, чем во 2-й ($p<0,05$) и в 2 раза ниже, чем в 3-й группе ($p<0,05$).

При сравнении 2-й и 3-й групп показатели ВСР различались недостоверно, а параметры ТСР у больных ИБС были достоверно хуже, чем у больных СД: SDNN было ниже на 1%, SDANN – на 2%, ASDNN выше на 7,4% ($p=NS$); ТО было в 1,5 раза хуже ($p=NS$), TS – в 1,4 раза ($p<0,05$).

Таким образом, СД вносит значимый вклад в нарушение тонуса вегетативной нервной системы у больных ИБС, что вероятно обусловлено кардиоваскулярной автономной диабетической нейропатией.

077 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Бибарсова А.М., Рахматуллов Ф.К.
Медицинский институт Пензенского государственного университета, Пенза, Россия

Цель работы – анализ эффективности диспансеризации и реабилитации больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы. Проанализированы анамнестические и клинико-функциональные характеристики 50 мужчин в возрасте до 60 лет после инфаркта миокарда за период с 2007 по 2010 годы. Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 35 человек (70%), это те пациенты, которые диспансеризацию проходили в условиях поликлиники. 2-ю группу составили 15 человек (30%). Эти пациенты диспансеризацию проходили в домашних условиях.

У всех пациентов имелись факторы риска ИБС: мужской пол – 100%; избыточная масса тела – у 62%; артериальная гипертензия – у 58% больных.

Коронарный резерв оценивался по результатам велоэргометрии (ВЭМ). По уровню физической работоспособности. Миокардиальный резерв рассчитывался по данным эхокардиографии, а также клинически – по стадии сердечной недостаточности.

Наибольший эффект реабилитации достигался по трехэтапной схеме: стационар, кардиологический санаторий, диспансеризация в поликлинике при следующих принципах: раннее начало, комплексность, непрерывность, преемственность.

При диспансеризации все больные в первый месяц после инфаркта миокарда осматривались дважды, затем ежемесячно, а с 4-го месяца наблюдения 1 раз в квартал. Больные 1-й группы 3 дня в неделю занимались по 2-часовой программе, которая включала лечебную физкультуру и тренировки на велоэргометре. Больные 2 группы поликлинику не посещали. Физические тренировки выполняли самостоятельно (по имеющейся схеме) по рекомендации лечащего врача.

Результаты. Реабилитация наиболее эффективной была в 1-й группе больных и менее значимой по результатам во 2-й группе.

По данным ВЭМ толерантность к физической нагрузке 125 Вт через 6 месяцев диспансерного наблюдения в условиях поликлиники отмечалась у 55% пациентов; а через 12 месяцев наблюдения толерантность к физической нагрузке 125 Вт отмечалась у 67% пациентов. В тоже время, у пациентов, проходящих реабилитацию в домашних условиях, результаты отличались неустойчивостью, а в некоторых случаях ухудшались к 12-му месяцу наблюдения.

Следует обратить внимание, что возобновление трудовой деятельности после перенесенного ИМ не соответствует клинико-функциональному состоянию больных. Только пациенты, трудоспособные до ИМ, вернулись к труду.

Выводы. Наибольший эффект реабилитации больных, перенесших ИМ, достигается при диспансеризации в условиях поликлиники.

Рекомендации по рациональному трудоустройству больных после ИМ должны основываться на показателях физической работоспособности больных и быть итогом реабилитации.

078 ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ РОЛЬ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИНАЛЬНО-ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР

Биккинина Г.М.

ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет", Уфа, Россия

Частота факторов риска развития, образа жизни, информированности о негативном их воздействии у сотрудников милиции изучались по данным анкет ВОЗ-CINDI у 1238 сотрудников органов внутренних дел.

Цель исследования – изучить частоту факторов риска для прогнозирования профессионально-обусловленной патологии.

В результате исследования установлено, что большая часть опрошенных сотрудников силовых структур оценила состояние своего здоровья как преимущественно "удовлетворительное" – 498 (40,2%) и "хорошее" – 463 (37,43%) соответственно.

Стресс, наследственность и плохая экология обозначены сотрудниками правоохранительных органов как основные причины заболеваний – 759(61,3%) и лишь 18,3% указали на курение, прием алкоголя, низкую двигательную активность.

Уровень знаний о факторах риска развития заболеваний изучали с помощью специально разработанной нами анкеты. Выявленный уровень знаний о болезни, факторах риска и профилактики заболеваний у большинства обследованных (67,5%) оказался средним. Доля лиц с низким уровнем знаний среди мужчин составило 11,9%. Установлено, что большинство обследованных – 841 (67,9%) сотрудников знали уровень своего артериального давления (АД), а 397 (32,1%) человек не смогли назвать числовые показатели собственного АД. Оценка информированности сотрудников силовых структур о том, какой же уровень АД считается повышенным, показала, что подавляющее большинство 1101 (88,93%) лиц не смогли правильно определить. Из них 79 (7,2%) человек считали, что повышенный уровень АД – это когда "верхнее давление" выше 160 мм. рт. ст., а "нижнее давление" выше 100 мм рт.ст. Учитывая, что ежегодно проводится диспансеризация сотрудников, все опрошенные заявили, что 1 раз в году у них измеряют АД, при этом 74 (5,9%) человека ответили, что измеряют давление несколько раз в год, а 161 (13%) сотрудников производят измерения чаще 1 раза в месяц. На наличие тонометра дома указали 309 (24,9%) сотрудников.

Результаты информированности пациентов о собственных показателях липидов крови показали, что только 84 (0,7%) сотрудников знали свой уровень холестерина крови и могли его проанализировать. Определение избыточной массы тела по индексу Кетле (более 25) показало наличие избыточной массы преимущественно в возрасте 40-49 лет. Наибольшая частота курения у мужчин установлена в возрасте 30-39 лет – 236 (54,5%) с дальнейшим достоверным снижением с возрастом до 11 (17,7%) человек в 40-49 лет. Потребление продуктов с высоким содержанием животных жиров распространено среди 549 (51,9%) респондентов.

Таким образом, снижение уровня факторов риска будет способствовать снижению профессионально-обусловленной патологии сотрудников силовых структур.

079 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Богатырева Л. М., Лапидус Н.И.

ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

По данным Фремингемского исследования, заболеваемость хронической сердечной недостаточностью (ХСН) увеличивается с возрастом, все чаще наблюдается у людей пожилого и старческого возраста. Одной из наиболее частых жалоб больных ХСН является нарушение памяти. Доказано, что ХСН у пожилых достоверно ассоциирована с нарушениями когнитивной функции, увеличивая их риск в 1,96 раза. В связи с этим проблема когнитивных расстройств у больных ХСН, в большинстве случаев развивающейся в пожилом возрасте, является одной из наиболее актуальных и значимых.

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. – 45, жен. – 15) с УКР. Ср. ФК ХСН – 2,92±0,09. Больные находились на стандартной терапии ХСН. Больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили 30

больных, получавших в составе комбинированной терапии пронораn в дозе 50 мг однократно в сутки, из них 18 (60%) больных в виде монотерапии, 12 (40%) – в сочетании с ранее назначенными сосудистыми и ноотропными препаратами. 2 группа (30 больных) находилась на традиционной терапии по поводу ХСН. Длительность наблюдения – 12 недель. Для оценки степени выраженности УКР были использованы краткая шкала исследования психического статуса (MMSE) и тест рисования часов (ТРЧ). Диагностические критерии синдрома УКР: результаты MMSE от 25 до 27 баллов при любом результате ТРЧ или результат MMSE более 27 баллов при ТРЧ менее 9 баллов.

Результаты исследования: До начала лечения пронораном у 24 (80%) больных ХСН 1-й группы по MMSE количество баллов составило в среднем 26,1± 0,5 (колебания от 25 до 27 баллов) при любом ТРЧ; у 6-х (20%) больных – 28,2 ± 0,7 баллов при ТРЧ менее 9 баллов (колебания от 6 до 8 баллов, в среднем – 8,7±0,4). Однако, несмотря на имеющиеся различия в исходных нейропсихологических показателях, все больные 1 группы соответствовали критериям синдрома УКР. Частота, характер и выраженность жалоб на нарушение когнитивных расстройств у больных 2-й группы была сопоставима с таковыми больных 1-й группы. Достоверных отличий при сравнении исходных нейропсихологических показателей больных 1-й и 2-й групп выявлено не было. К 4 неделе наблюдения только у 9 (30%) больных ХСН 1 группы и 4 (13,3%) больных ХСН 2 группы отмечено улучшение самочувствия в виде уменьшения выраженности когнитивных нарушений. Через 12 недель непрерывного лечения пронораном у больных ХСН 1-й группы отмечены достоверные изменения психологического статуса. Ср. балл по шкале MMSE составил 27,2±0,9, ТРЧ – 8,6±0,3 ($p<0,05$, $p<0,05$ соответственно). Отмечено уменьшение субъективных симптомов: головной боли у 12 (40%) больных, головокружения у 7 (23,3%), шума в голове у 17 (56,6%), нарушения сна у 16 (53,3%), утомляемости у 19 (63,3%), улучшения настроения у 23 (76,6%), улучшения памяти у 22 (73,3%) больных. К 12 неделе ср. балл по шкале MMSE составил 27,8±0,4, ТРЧ–9,0±0,4 ($p>0,05$, $p>0,05$ соответственно).

Выводы: пронораn 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.

080 ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКАЯ ПРОБА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПОЛНОЙ БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

Богданов А.Р.[1], Полякова И.П.[2], Феофанова Т.Б.[1]
[1]НИИ питания РАМН, Москва, Россия; [2]НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Стандартные методы диагностики ИБС у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и полной блокадой левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) в связи с измененной морфологией желудочкового комплекса, сегмента ST и зубца Т неинформативны для выявления стресс-индуцированной ишемии и определения ее локализации; наличие полной блокады ЛНПГ является относительным противопоказанием для проведения велоэргометрической пробы (ВЭМ-пробы). “Золотым” стандартом обследования остается ангиокоронарография (АКГ), однако в 10-30% случаев выявляют неизмененные сосуды. Метод многоканального поверхностного ЭКГ-картирования (ПК) позволяет изучать процессы реполяризации миокарда при блокадах внутрижелудочкового проведения, в связи с этим цель работы – расширить возможности проведения ВЭМ-пробы для диагностики ИБС у пациентов с МС и полной блокадой ЛНПГ с помощью метода ПК, проводимого одновременно ВЭМ-пробой.

Материалы и методы. Проанализированы данные 10 пациентов с МС и полной блокадой ЛНПГ. Всем пациентам проведено ПК (одновременно ВЭМ-пробой) и АКГ. Анализировали разностные карты QRST, построенные на всем интервале QT и не зависящие от последовательности активации желудочков. Основной анализируемый параметр – DI (отклонение от средней нормы); изучали min DI, max DI, среднее отрицательное значение DI (СОЗ) и положительное значение DI (СПЗ), объём области позитивных значений DI (ОПЗ) и негативных значений DI (ОНЗ).

Результаты. Исходно нарушения процессов реполяризации наблюдали у всех пациентов. Параметры разностных карт QRST в покое: max DI 6,43; min DI -7,53; СОЗ -4,5; СПЗ 3,97; ОПЗ 27%; ОНЗ 33%. При одномоментном проведении ПК и ВЭМ-пробы на пике нагрузки наблюдали последовательные изменения значений DI: max DI 6,01; min DI -9,54; СОЗ -5,3; СПЗ 2,0; ОПЗ 13,7%; ОНЗ 42,3%. На 1-й минуте периода восстановления: max DI 6,2; min DI -8,67; СОЗ -4,4; СПЗ 3,77; ОПЗ 24%; ОНЗ 28,3%. При этом у всех пациентов на пике нагрузки или 1-й минуте периода восстановления локализация прироста ОНЗ соответствовала проекции области стресс-индуцированной ишемии на поверхность грудной клетки.

Выводы.1. Возможно неинвазивное исследование процессов реполяризации миокарда желудочков у пациентов с метаболическим синдромом и полной блокадой левой ножки пучка Гиса.

2. Одновременное проведение многоканального поверхностного ЭКГ-картирования и ВЭМ-пробы позволяет выявить и локализовать область стресс-индуцированной ишемии у пациентов с метаболическим синдромом и полной блокадой левой ножки пучка Гиса. Необходимую информацию возможно получить путем анализа параметров разностных карт QRST при одновременном проведении многоканального поверхностного ЭКГ-картирования и ВЭМ-пробы.

3. Для диагностики ИБС наиболее информативные параметры разностных карт – min DI и область негативных значений DI.

081 ФОРМИРОВАНИЕ КОНЦЕНТРИЧЕСКОЙ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОЖИРЕНИИ

Богданов А.Р., Пархоменко О.Н., Завьялова Е.В.
НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Введение: В зависимости от уровня ИММЛЖ и ОТС выделяют четыре различных типа геометрической адаптации левого желудочка: 1) концентрическая гипертрофия левого желудочка (увеличение ИММЛЖ и ОТС); 2) эксцентрическая гипертрофия (увеличение ИММЛЖ при нормальной ОТС); 3) концентрическое ремоделирование (увеличение ОТС при нормальном ИММЛЖ); 4) нормальная геометрия левого желудочка.

Цель исследования: показать преимущественное формирование концентрической гипертрофии миокарда левого желудочка при ожирении.

Материалы и методы: было обследовано 74 пациента обоего пола в возрасте от 22 до 77 лет (в среднем 53,28±1,30 года), с избыточной массой тела и ожирением. Все пациенты были разделены на 3 группы. Первая группа: 25 пациентов с ожирением III степени и средним ИМТ 48,3±0,60 кг/м^2, вторая группа: 22 пациента с ожирением II степени и средним ИМТ 37,1±0,29 кг/м^2, третья группа: 27 пациентов с избыточной массой тела и ожирением I степени, и средним ИМТ 30,9±1,6 кг/м^2 Всем пациентам проводилась эхокардиография (ЭхоКГ) на приборе Vivid 7 (General Electric, США). Относительную толщину стенки (ОТС) ЛЖ рассчитывали по формуле: ($ТМЖП_{лж}+ТЗС_{лж}$)/КДР. Определяли концентрическую гипертрофию миокарда ЛЖ (КРМЛЖ) при ОТС ≥0,45ед. и ИММЛЖ>110 г/м^2.

Результаты: у пациентов с ожирением III степени были выявлены следующие изменения (средние значения): КДР=5,03±0,09см, ТМЖП=1,28±0,03см, ТЗСЛЖ= 1,23±0,02см, ОТС=0,50±0,01ед., ИММЛЖ= 240,95±10,83 г/м^2. У пациентов с ожирением II степени (средние значения): КДР=4,86±0,12см, ТМЖП=1,25±0,03см, ТЗСЛЖ=

1,23±0,02см, ОТС=0,52±0,02ед., ИММЛЖ=249,29±10,17 г/м^2. У пациентов с избыточной массой тела и ожирением I степени (средние значения): КДР=4,57±0,07см, ТМЖП=1,13±0,03см, ТЗСЛЖ=1,14±0,02см, ОТС= 0,49±0,01ед., ИММЛЖ= 251,29±9,63 г/м^2.

Выводы. Таким образом, относительная толщина стенки ЛЖ (ОТС ЛЖ) по всем трем группам>0,45 ед. по средним величинам, ИММЛЖ по всем трем группам >110 г/м^2 по средним величинам, что позволяет говорить о преимущественно концентрическом типе гипертрофии миокарда левого желудочка.

Эти особенности могут быть клинически значимыми, так как точная характеристика структурных изменений миокарда при ожирении, может помочь нам лучше понять их основные механизмы и более дифференцированно и прицельно подойти к медикаментозной терапии.

082 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Богмат Л.Ф., Головко Т.А.

ГУ "Институт охраны здоровья детей и подростков АМНУ", Харьков, Украина

Цель исследования: изучить особенности морфологических и гемодинамических параметров правого желудочка у детей с патологией миокарда (ПМ).

Обследовано 48 пациентов в возрасте 11-18 лет с различными заболеваниями сердца, группу контроля составили 9 практически здоровых их сверстников. Проведено: УЗИ сердца в М- и В-режимах на аппарате SA-8000 Live.

В группе детей с ПМ установлено тенденцию к увеличению индексных показателей размеров и объемов ПЖ, на фоне снижения его функциональной способности (ФВпж и УОпж), а также параметров центральной гемодинамики (снижение МОпж, МОлж и повышение ОПСС).

При изучении диастолической функции правого желудочка установлено, что у детей с ПМ отмечается некоторое снижение максимальной скорости раннего наполнения правого желудочка и скорости позднего диастолического наполнения в период систолы.

В зависимости от функции ПЖ дети основной группы были разделены на три подгруппы. Первую составили пациенты, ФВпж у которых была более 61,0% (n=12). Во второй подгруппе детей ФВпж находилась в пределах от 51,0 до 60,0% (n=24), третья подгруппа – это больные с ФВпж ниже 50,0% (n=12). Установлено, что в подгруппе подростков с ФВпж более 61,0% отмечается тенденция к увеличению индексных показателей диастолического размера и объема ПЖ, а также снижение его УО. В подгруппе детей, ФВпж у которых находилась в пределах от 51,0 до 60,0%, выявлена тенденция к увеличению индексных показателей диастолического объема и систолического размера ПЖ, а также снижение его МО на фоне более высоких цифр ЧСС. В подгруппе с ФВпж ниже 50,0%, установлена тенденция к увеличению индексных показателей как размеров, так и объемов правого желудочка, а также снижение его УО и МО.

При снижении функции ПЖ морфофункциональные показатели ЛЖ меняются неоднозначно. В подгруппе подростков с ФВпж более 61,0% отмечается тенденция к увеличению индексных показателей систолического размера и объема ЛЖ. У детей, ФВпж у которых находилась в пределах от 51,0 до 60,0%, выявлена тенденция к еще большему увеличению индексных показателей систолического размера и объема ЛЖ на фоне снижения УОлж и его ФВ, а также снижение МОлж. При прогрессировании систолической и диастолической дисфункции миокарда ПЖ (больные с ФВпж ниже 50,0%) отмечается тенденция к увеличению функции ЛЖ (более высокие показатели ФВлж, УОлж) сопровождающиеся уменьшением индексных показателей систолического размера и объема ЛЖ, а также его диастолического объема.

Приведенные выше данные указывают на то, что у детей и подростков параллельно с изменением структуры и функции ЛЖ происходит ремоделирование и снижение функции миокарда ПЖ. При нарастании систолической дисфункции миокарда ПЖ повышается функциональная активность ЛЖ с нарастанием массы его миокарда.

083 СОПРЯЖЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Богоявленская О.В., Ослопов В.Н., Щербаков В.А.

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития, Казань, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) – чрезвычайно важная медико-социальная проблема (высокий риск осложнений, широкая распространенность, недостаточный контроль АД 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 (Постнов Ю.В., 1987; Ослопов В.Н., 1995). Система микроциркуляции (МЦ) является терминальным отделом сердечно-сосудистой системы и играет важнейшую роль в выполнении ее функций. Ведущую роль в формировании сосудистой резистентности и повышении АД играют микроциркуляторные изменения. Кроме того, нарушениям МЦ принадлежит большая роль в генезе и прогрессировании поражения органов-мишеней. При этом до сих пор остается неясным вопрос, первичны или вторичны нарушения периферического кровообращения при АГ, предполагается наличие "порочного круга", вовлеченного в эволюцию заболевания (Подзолков В.И., Булатов В.А., 2005). Чувствительность МЦ определяет высокую значимость ее состояния в диагностике сердечно-сосудистых расстройств на доклинической стадии и при бессимптомном течении заболеваний.

С целью изучения особенностей МЦ у женщин с АГ, впервые выявленной при эпидемиологическом обследовании организованной популяции, нами проведена биомикроскопия сосудов переходной складки конъюнктивы наружного угла глаза у 100 женщин в возрасте от 42 до 53 лет. У обследуемых отмечены сужение артериол, расширение и извитость венул, неравномерность калибра микрососудов; извитость венул, сосудистые петли и клубочки; характерное расслоение кровотока, различная степень феномена "сладжа" (т.н. "слоистость" течения крови в сосуде).

Изучение состояния системы микроциркуляции у женщин с АГ в сопоставлении со скоростью Na^+-Li^+-ПТ выявило наибольшие сдвиги в системе микроциркуляции у женщин, имеющих высокие скорости Na^+-Li^+-ПТ (у 70% в III квартиле и у 10% женщин – в IV квартиле популяционного распределения величин скорости Na^+-Li^+-ПТ в мембране эритроцита) – сосудистые петли, спазмированные артериолы, извитые венулы, сладж-феномен.

Выявленная сопряженность изменения состояния системы МЦ с функциональным состоянием клеточных мембран позволяет прогнозировать развитие у женщин с АГ наибольших сдвигов в системе МЦ при высокой скорости Na^+-Li^+-ПТ, что обосновывает необходимость проведения профилактики нарушений в системе МЦ этому контингенту.

084 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ ЭПИЗОД

Боева О.И., Щеглова Е.В.

ГОУ ВПО "Ставропольская государственная медицинская академия", Ставрополь, Россия

В последние годы накоплено немало доказательств того, что депрессия и психосоциальный стресс являются независимыми предикторами неблагоприятных исходов у больных

ИБС. Тем не менее, эти показатели до настоящего времени не являются обязательными компонентами клинических шкал оценки ближайшего и отдалённого прогноза у пациентов с коронарной болезнью сердца.

Целью научной работы явилось изучение распространенности депрессии и психосоциального стресса среди больных, перенёсших острый коронарный синдром (ОКС), и оценка влияния данных факторов на риск развития неблагоприятных исходов в ходе проспективного наблюдения.

Методы. В исследование были включены 78 пациентов (средний возраст 59,4±7,8 лет, 85% мужчин), находившихся на лечении в кардиологическом стационаре с диагнозом ОКС. Оценка депрессивной симптоматики проводилась с использованием клинических критериев на основе общепринятой классификации. Клиническую динамику заболевания оценивали в течение 4-х лет. Фиксировали конечные точки – эпизоды нестабильной стенокардии, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт, смерть от сердечнососудистых причин. Для оценки риска достижения конечной точки рассчитывали отношение шансов (ОШ), достоверность результатов оценивали при помощи критерия χ^2.

Результаты. На высокую частоту стрессовых ситуаций в период, предшествовавший ОКС, указали 34,6% больных, 43,6% переносили стрессы редко и 21,8% – никогда. Данный показатель не имел достоверной связи с отдаленным прогнозом. Из симптомов депрессии наиболее часто встречались упадок сил (64,1%), бессонница (56,4%), снижение способности к концентрации внимания (53,8%), мысли о смерти (50%). Несколько реже пациенты жаловались на изменение массы тела (35,9%), чувство невостребованности (28,2%), потерю интереса к жизни (15,4%). За период наблюдения конечные точки зарегистрированы у большинства участников (69%). С вероятностью более 90% риск повторного обострения ИБС был повышен у больных, предъявлявших жалобы на слабость (76% против 57%, ОШ 2,3, p=0,07), бессонницу (77% против 59%, ОШ 2,3, p=0,09), отсутствие интереса жизни (91% против 65%, ОШ 5,8, p=0,09) и изменение веса в течение года перед ОКС (82% против 62%, ОШ 2,8, p=0,07). Выделена группа пациентов с наиболее выраженным депрессивным расстройством. Количество пациентов, достигших конечных точек в этой группе, было значимо выше, чем с остальной выборке (94% против 63%, ОШ 8,8, p=0,017)

Выводы. Большинство больных с ОКС предъявляют жалобы, характерные для депрессивных расстройств различной степени выраженности. Тяжесть депрессивной симптоматики достоверно ассоциировалась с повышенным риском повторных эпизодов обострения ИБС в течение 4 лет после перенесённого ОКС.

085 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ИБС

Боева О.И., Щеглова Е.В.
ГОУ ВПО "Ставропольская государственная медицинская академия", Ставрополь, Россия

Данные исследований последних лет указывают на важную роль цитокиновой сети в инициации и прогрессировании атеросклеротического процесса и ИБС. Вариабельность уровня продукции цитокинов зачастую обуславливается генетическим полиморфизмом кодирующих их генов. Можно предположить, что носительство определенных аллелей генов цитокинов предопределяет тяжесть течения ИБС.

Целью исследования явилось изучение влияния аллельных полиморфизмов генов IL-10 (1082 A→G), IL-6 (174 C→G), TNFα (308 A→G) на прогноз ИБС.

Методы. Обследованы 78 пациентов, находившихся на стационарном лечении с диагнозом острого коронарного синдрома в 2005-2006 годах. Средний возраст больных 59,4±7,8 лет, 85% из них – мужчины. Все обследованные были жителями Ставропольского края и не состояли в родстве. Генотипирование аллельных вариантов осуществляли методом рестриктного анализа продуктов амплификации специфических участков генома. Клиническую динамику заболевания оценивали в течение 48 месяцев с фиксацией конечных точек – ОИМ и летального исхода, связанного с сердечно-сосудистым заболеванием. Статистический анализ осуществляли с использованием ППП SPSS 16 for Windows.

Результаты. Типирование аллелей гена IL-10 выполнено у 69 пациентов. 19 (24%) больных были носителями G/G генотипа, 44 (56%) были гетерозиготами G/A, 6 (8%) являлись гомозиготными по аллелю A. При анализе полиморфизма 308A→G гена TNFα (исследованы 67 человек) генотип A/A определён у 1 (1%) больных, A/G – у 9 (12%), G/G выявлен в 73% случаев. Распределение генотипов IL-6 (174 C→G) в выборке (64 человека) было следующим: C/C – 14(18%), C/G– 24(31%), G/G – 26(33%).

В течение 4-х лет после ОКС ОИМ или смерть от сердечно-сосудистых причин зафиксированы у 31 (40%) пациента. Среди носителей аллеля G гена ИЛ-10 частота неблагоприятных исходов составила 36%. Вероятность стабильного течения ИБС у больных с A/A генотипом была ниже (47% против 64%, ОШ=0,5, p=0,16). Имело место статистически незначимое повышение частоты достижения конечных точек пациентами, имеющими в генотипе аллель A (генотипы A/A и A/G) гена TNFα (60% против 50%, ОШ=1,2, p=0,4). При анализе характера течения ИБС в зависимости от генотипа полиморфного маркера IL-6 (174 C→G) установлено, что у лиц, гомозиготных по аллелю C, неблагоприятные исходы регистрировались достоверно реже, чем у больных с другими генотипами (14% против 50%, ОШ=6, p=0,02).

Выводы. Генотип C/C в позиции 174 гена IL-6 может служить предиктором благоприятного течения ИБС после перенесённого ОКС. По данным ряда исследований при исходно повышенном уровне ИЛ-6 риск развития ИМ выше, чем при нормальном. Аллель C IL-6 большинством авторов ассоциируется с более низким уровнем ИЛ-6 в крови, с чем, вероятно, и связано его протекторное влияние на прогноз ИБС.

086 ВЫЯВЛЕНИЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ИШЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МНОГОКАНАЛЬНОГО ПОВЕРХНОСТНОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ

Бокерия Л.А., Полякова И.П., Голухова Е.З., Феофанова Т.Б.
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

По данным исследований сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ) позволяет корректировать нарушения ритма и проводимости, улучшать гемодинамические параметры, уменьшать выраженность симптомов сердечной недостаточности, повышать устойчивость к физическим нагрузкам, улучшать качество жизни и снижать смертность. Традиционные неинвазивные методы обследования пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами (ЭКС) не позволяют выявлять ишемию на фоне желудочковой стимуляции. ЭКГ и стресс-тест (тест с дозированной физической нагрузкой) неинформативны для выявления стресс-индуцированной ишемии, определения ее локализации и степени выраженности. "Золотым" стандартом остается ангиокоронарография (АКГ), однако в 10-30% случаев выявляют неизмененные сосуды. В настоящее время с активным внедрением в клиническую практику СРТ связан поиск новых методов диагностики. По данным ряда исследований метод многоканального поверхностного ЭКГ-картирования (ПК) позволяет изучать процессы реполяризации миокарда при сопутствующих блокадах внутрижелудочкового проведения, в связи с этим цель работы – использовать метод ПК, проводимый одновременно со стресс-тестом, для диагностики ИБС у пациентов с желудочковой стимуляцией. Материалы и методы. Проанализированы данные 6 пациентов с ЭКС и диагностированной ИБС. Всем пациентам проведено ПК (в

покое и одновременно со стресс-тестом) и АКГ. При ПК анализировали разностные карты QRST, характеризующие процесс реполяризации миокарда желудочков и не зависящие от последовательности активации желудочков. Основной анализируемый параметр – DI (отклонение от средней нормы); изучали min DI, max DI, среднее отрицательное значение DI (СОЗ) и положительное значение DI (СПЗ), объём области позитивных значений (ОПЗ) и негативных значений (ОНЗ). Результаты. Исходно нарушения процессов реполяризации наблюдали у всех пациентов. Разностные карты QRST в покое: max DI 6,43; min DI -7,53; СОЗ -4,5; СПЗ 3,97; ОПЗ 27%; ОНЗ 33%. При одномоментном проведении ПК и стресс-теста на пике нагрузки наблюдали последовательные изменения значений DI: max DI 6,13; min DI -9,3; СОЗ -4,3; СПЗ 2,9; ОПЗ 13,7%; ОНЗ 42,3%. На 1-й минуте периода восстановления: max DI 6,2; min DI -8,67; СОЗ -4,4; СПЗ 3,77; ОПЗ 24%; ОНЗ 28,3%. При этом у всех пациентов на пике нагрузки или 1-й минуте периода восстановления локализация прироста ОНЗ соответствовала проекции области стресс-индуцированной ишемии на поверхность грудной клетки.

Выводы. 1. Одновременное проведение ПК и стресс-теста позволяет выявить и локализовать область стресс-индуцированной ишемии у пациентов с желудочковой стимуляцией.

2. Возможно неинвазивное исследование процессов реполяризации у пациентов с желудочковой стимуляцией. Необходимую информацию возможно получить путем анализа параметров разностных карт QRST при одновременном проведении ПК и стресс-теста. Для диагностики наиболее информативные параметры разностных карт – min DI и область негативных значений.

087 ВАРИАНТЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЯМЫМ ИНГИБИТОРОМ РЕНИНА АЛИСКИРЕНОМ

Бондарева З.Г., Цыганкова О.В., Екимова Ю.С., Арутюнян И.В.**, Федорова Е.Л.*, Латынцева Л.Д.**

ГУ ВПО Новосибирский Государственный медицинский университет Росздрава, Новосибирск, Россия; *ГУ Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; **МУЗ Новосибирская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2, Новосибирск, Россия

Цель: оценить влияние алискирена в монотерапии и в комбинации с лозартаном на диастолическую дисфункцию левого желудочка (ДД ЛЖ) у больных рефрактерной артериальной гипертензией (АГ) с декомпенсированным гипертоническим сердцем.

Методы исследования: обследовано 59 пациентов (26 мужчин и 33 женщины), средний возраст 46,8±7,9 года, с рефрактерной АГ 3 степени (АД>180/110 мм рт.ст.) и ХСН II-III ФК по NYHA на протяжении последних 1,5-2,5 лет. Все обследованные имели ДД ЛЖ при сохранённой контрактильной способности миокарда (фракция выброса ЛЖ в среднем 66,7±2,03%), без инфаркта миокарда в анамнезе. В подгруппе А (35 человек) дополнительно к базисной терапии β-блокатором (беталок ЗОК в в средней суточной дозе 37,5 мг, антагонистом альдостерона (верошпирон 75 мг/сутки), диуретику (диувер в суточной дозе 10-15 мг) в первые сутки был добавлен алискирен (Расилез®, Novartis Pharma, Швейцария) 150-300 мг/сутки, в среднем 225±50 мг/сутки. В подгруппе В (24 человека, к перечисленной базовой терапии с первого дня госпитализации подключили комбинацию алискирена (расилеза) в той же суточной дозе (в среднем 180±36 мг/сут) в комбинации с лозартаном (КОЗААР®, MERCK SHARP & DOHME B.V., Швейцария) 50 мг/сутки. На десятый день пребывания в стационаре все пациенты достигли целевых значений АД: 131±5,3 мм рт.ст. и 127±7,2 мм рт. ст. для подгруппы А и В соответственно, p=0,673. На амбулаторном этапе в течение 12 месяцев приём указанных препаратов был продолжен. Всем обследуемым осуществлялась ЭхоКГ на аппарате Ultramarc-7 ALT (USA), с анализом показателей трансмитрального кровотока (соотношение коэффициентов пиковых скоростей Е/А) на вторые и 15-18 сутки пребывания в стационаре и затем через год после выписки.

Полученные результаты: на вторые сутки “аномальный” вариант ДД ЛЖ имел место соответственно у 62,4% и 62,9% больных подгрупп А и В (p=0,944), тогда как к 15-18 дню госпитализации выявлена тенденция к увеличению данной когорты больных в подгруппе лечения алискиреном (p=0,058), а к 12-у месяцу – статистически значимое их преобладание в подгруппе комбинированной терапии (p=0,048). “Псевдонормальный” вариант ДД ЛЖ был зарегистрирован на вторые сутки госпитализации у 37,6% и 37,1% больных соответственно в подгруппах А и В (p=0,889); на 15-18 сутки установлена тенденция к увеличению доли этих больных в подгруппе А (p=0,810), которая сохранялась в течение года (p=0,097). Кроме того, на 15-18-е сутки госпитализации у одного больного и через год – у двух больных подгруппы А имел место “рестриктивный” вариант дисфункции ЛЖ, отсутствующий у больных подгруппы В.

Выводы: комбинированная терапия алискиреном и лозартаном у больных рефрактерной артериальной гипертензией, имеющих ХСН II-III ФК по NYHA, ведет к статистически значимому преобладанию числа пациентов с прогностически более благоприятным “аномальным” типом ДД ЛЖ через год терапии. Наряду с этим, в подгруппе комбинированной терапии отмечена тенденция к увеличению числа пациентов с “псевдонормальным” вариантом дисфункции за счет отсутствия патологической эволюции “псевдонормального” варианта в “рестриктивный”, что имело место в подгруппе монотерапии алискиреном.

088 ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

***Бондарева И.Н., *Зелендинова А.Р., **Савельева И.А., **Антонова Н.С., ***Смакотина С.А.*

***НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СОРАМН, Кемерово, Россия; *Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово, Россия; **ГУЗ Кемеровская Областная клиническая больница, Кемерово, Россия

Цель. Оценить показатели суточного монитора артериального давления у больных ревматоидным артритом.

Методы исследования. Обследован 31 пациент (мужчин – 5 и женщин – 26) с ревматоидным артритом (средний возраст – 48,8±5,2 года). Средняя продолжительность болезни – 8,1±2,7 лет, без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. При анализе суточного мониторирования артериального давления изучали следующие показатели: систолическое и диастолическое артериальное давление, с учетом их величины утреннего подъема, скорости утреннего подъема. Статистическая обработка материала с помощью пакета “Statistic 7” Me± квартильное отклонение

Результаты. При анализе показателей суточного монитора артериального давления регистрировался нормальный уровень артериального давления у данной категории пациентов как в период бодрствования, так и во время сна. Среднесуточное систолическое артериальное давление в среднем по группе составило 119±5,12 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление –73±5,62 мм рт.ст., индекс вариабельности систолического артериального давления-10,5±8%, индекс вариабельности диастолического – 7,5±9,1%, систолический индекс систолического артериального давления – 13±3,75%, систолический индекс диастолического артериального давления – 16±3,5%. В течение суток величина утреннего подъема систолического артериального давления составила

42±8,5 мм рт.ст., диастолического – 33±6,0 мм рт.ст., скорость утреннего подъема систолического артериального давления – 15,0±5,0 мм рт.ст/ч, диастолического – 42,0±8,5 мм рт.ст/ч., 12 пациентов (38,7%) имели суточный профиль АД "нон-диппер".

Выводы. У пациентов с ревматоидным артритом без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии имеется высокая скорость утреннего подъема артериального давления при нормальных значениях артериального давления по данным суточного монитора артериального давления и неблагоприятный профиль АД "нон-диппер", что увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Для профилактики роста сердечно-сосудистой заболеваемости в популяции больных ревматоидным артритом требуется тщательная идентификация факторов риска и их коррекция, в частности – проведение суточного мониторирования артериального давления.

089 АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ ЛИПИДНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Боровик И.В., Помешкина С.А., Гончарова М.В., Барбараш О.Л.*

УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия; МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер*, Кемерово, Россия

Цель: анализ выполнения рекомендаций по медикаментозной и немедикаментозной коррекции уровня липидного статуса пациентами, перенесшими коронарное шунтирование (КШ).

Материал и методы: методом сплошной выборки обследовано 70 мужчин и 20 женщин с ишемической болезнью сердца, которым было запланировано проведение КШ. Средний возраст пациентов составил 59,71±7,98 лет. Пациентов, включенных в исследование, обследовали за 5-7 дней перед проведением и через год после КШ. С помощью специально разработанного нами вопросника оценивали соблюдение пациентами рекомендаций по коррекции уровня липидного статуса. Всем пациентам проводилось комплексное лабораторное обследование, включавшее определение уровня общего холестерина (ОХ) и отдельных фракций. Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0; статистически значимыми признавались значения $p<0,05$.

Результаты: все пациенты на стационарном этапе (в предоперационном и раннем послеоперационном периодах) получали статины. До КШ у 74 человек (82%) отмечался повышенный уровень ОХ. При выписке из стационара всем пациентам даны рекомендации на амбулаторный этап по соблюдению гипохолестериновой диеты, контролю за липидограммой, приему холестеринснижающих препаратов.

Через год после КШ не было отмечено достоверного снижения уровня общего холестерина (5,51±1,17 и 4,96±1,38 ммоль/л, $p=0,45$), липопротеидов низкой плотности (3,35±1,23 и 2,57±0,71 ммоль/л, $p=0,22$). У 78 человек (87%) в течение года контролировался уровень липидов, однако знали свой уровень ОХ 36 человек (40%) и из них только 24 пациента (27%) знали целевой уровень ОХ. Продолжали соблюдать гипохолестериновую диету и принимать статины 68 человек, что составило 76% от общего числа больных. Из пациентов, принимающих статины, у 38 (42%) человек в течение года проводилась коррекция дозы статинов, из них лишь у 26 (29%) пациентов был достигнут целевой уровень ОХ.

Заключение: выявлен низкий уровень выполнения рекомендаций и мониторинга липидного статуса на амбулаторном этапе с недостаточно эффективным медикаментозным лечением у пациентов, перенесших КШ.

090 ЧАСТОТА ВНУТРИПРЕДСЕРДНОГО ТРОМБОЗА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Боровков Н.Н., Гронтковская А.В., Аминева Н.В.

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования – определить частоту внутрипредсердного тромбоза у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанной этиологии с учётом длительности аритмического анамнеза, формы ФП и структурно-функциональных особенностей левых камер сердца.

Материалы и методы. В исследование были включены 38 пациентов (26 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 35 до 75 лет. Наличие ФП подтверждалось с помощью стандартной ЭКГ или суточного ЭКГ-мониторирования. Для выявления тромбов в полостях предсердий осуществлялась чреспищеводная эхокардиография (ЧП ЭхоКГ). Форма ФП (пароксизмальная, персистирующая или постоянная) определялась в соответствии с классификацией, рекомендованной экспертами Американской ассоциации сердца и Европейского общества кардиологов (2006).

Результаты исследования. У 27 больных с ФП была диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) II–III стадии, причём у 21 из них она сочеталась с ИБС. У остальных 11 пациентов были диагностированы миокардиодистрофия различного генеза и миокардиосклероз (6 чел.) а также ИБС (у 5-ти больных). Пароксизмальная ФП выявлена у 10 больных, персистирующая – в 14 случаях, постоянная форма аритмии диагностирована также у 14 пациентов. В качестве факторов риска развития ишемического инсульта и системных эмболий, кроме артериальной гипертензии (АГ), наиболее часто у обследованных пациентов регистрировались хроническая сердечная недостаточность (37 человек). У 8-ми больных в анамнезе были инсульт или транзиторные ишемические атаки; у 4-х – сахарный диабет. Проведение ЧП ЭхоКГ позволило визуализировать тромбы в полостях предсердий у 16 из 31 больного с ФП. У одного больного наличие внутрипредсердного тромбоза удалось зарегистрировать при выполнении трансторакальной ЭхоКГ. При наличии АГ в качестве непосредственной причины развития ФП или сопутствующей патологии тромбоз полостей предсердий (в основном левого) зарегистрирован в 15 из 22 случаев (68,2%). Частота регистрации тромбоза полостей предсердий не зависела от формы фибрилляции предсердий и длительности аритмического анамнеза. В зависимости от наличия тромбов в полостях предсердий, обследованные были разделены на 2 группы: с внутрипредсердными тромбами (17 человек) и без них (14 больных). При сравнении данных групп больных по эхокардиографическим показателям статистически значимые более высокие значения конечного диастолического размера левого желудочка были установлены у пациентов с тромбозом полостей предсердий.

Выводы. 1. В результате проведённого исследования выявлена высокая частота внутри-предсердного тромбоза у больных с ФП неревматического генеза. 2. АГ у больных с ФП является значимым фактором риска внутрипредсердного тромбообразования. 3.Частота выявления тромбов в предсердиях не зависит от формы фибрилляции предсердий и длительности аритмического анамнеза.

091 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ, ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Бородина М.А., Обушенков С.Л., Бородина В.И.

ФГОУ ДПО ИПК ФМБА России, Москва, Россия

Цель работы: сопоставить выявляемость признаков гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) при комплексном

обследовании пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 200 пациентов, из них 130(65%) женщин и 70(35%) мужчин, страдающих эссенциальной АГ. Средний возраст пациентов составил 42,5±14,2 года. Длительность анамнеза АГ составила в среднем 7,2 года.

ЭКГ проводилась в 12 стандартных отведениях. Определялись индексы гипертрофии миокарда ЛЖ: индекс Соколова (Sv_1 + Rv_5 > 3,5 мВ), чувствительность 25-43%, специфичность 95%; индекс Льюиса (RI + SIII – RIII – SI > 1,7 мВ); индекс Корнелла (Ravl + Sv_3 > 35 мм); оценка по шкале Ромхилта-Эстеса: амплитуда R или S в отведениях от конечностей > 2,0 мВ, Sv_{1-3} > 2,5 Мв, Rv_4 –6>2,5 мВ; отклонение электрической оси сердца влево менее -30°; изменения сегмента ST; длительность QRS >0,09с, интервал внутреннего отклонения в V_{5-6} > 0,05 с.); дилатация левого предсердия (P "mitrale").

Эхокардиография проводилась на аппарате Acuson 2000 по стандартной методике из парастернального и апикального доступа. Гипертрофия стенок левого желудочка диагностировалась при толщине стенок более 11 мм.

Рентгенография органов грудной клетки проводилась в прямой и боковой проекции. Параметрами гипертрофии левого желудочка принимались при 1-й степени – расширение границ ЛЖ до грудного отдела позвоночника, при 2-й степени – "наложение" контура ЛЖ на грудной отдел позвоночника, при 3-й степени – контур ЛЖ выступает за границу грудного отдела позвоночника.

Результаты исследования.

У 145 (72,5%) пациентов с индексом Соколова на ЭКГ дополнительно выявлялись признаки гипертрофии ЛЖ при эхокардиографии (толщина стенок ЛЖ составила в среднем 16,5 мм) и при рентгенографии. В 58(40%) случаях из 145 регистрировалась дилатация левого предсердия. Лишь у 52(36%) из этих пациентов определялись индексы Льюиса и Корнелла. У 123(85%) пациентов определялась гиперфункция сердца (фракция выброса в среднем составила 72%) и признаки симпатикотонии.

В 40 (20%) случаях выявлялись индексы Льюиса и Корнелла на ЭКГ, изменения по шкале Ромхилта-Эстеса, но лишь у 35(17,5%) пациентов признаки гипертрофии ЛЖ подтверждались данными эхокардиографического и рентгенологического исследования. Фракция сердечного выброса в среднем составила 53%.

У 15 (7,5%) пациентов на ЭКГ отсутствовали признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, однако они регистрировались при эхокардиографическом и рентгенологическом исследованиях.

Выводы. Самым чутким диагностическим признаком гипертрофии миокарда ЛЖ при комплексном обследовании пациентов с артериальной гипертензией является индекс Соколова по ЭКГ, дополнительно подтвержденный данными эхокардиографии и рентгенографии.

092 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НОЛИПРЕЛОМ А И НОЛИПРЕЛОМ ФОРТЕ А У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫСОКИМ И СРЕДНИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

Цель исследования: изучение эффективности терапии препаратами нолипрел А и нолипрел форте А (Сервье), оценка динамики показателей тревоги, депрессии, качества жизни и фармакоэкономических показателей при лечении больных, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В исследование включено 50 пациентов с ГБ в возрасте от 30 до 70 лет (средний возраст 50,24±7,1) со средними цифрами артериального давления (АД) 163,8±10,3/97,4±5,5 мм рт.ст. Пациенты разделены на группы высокого и среднего риска сердечно-сосудистых осложнений. Всем пациентам проведены суточное мониторирование АД, ЭКГ, лабораторные тесты (по стандарту обследования), оценка качества жизни SF-36, психологическое тестирование (шкала депрессии Гамильтона (HDRS), опросник Спилберга-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности) до начала приёма препаратов, а также через 12 недель терапии.

Результаты. У 52,4% больных выявлены тревожно-депрессивные расстройства, регистрировались повышенные уровни личностной (54,8±3,6) и в большей степени реактивной тревоги (62,7±4,1). После 4 недель терапии нолипрелом А 29,6% больных достигли "целевого" уровня АД при "офисном" измерении. В структурном отношении 28,6% пациентов из группы высокого риска достигли "целевого" уровня АД <130 и 80 мм рт.ст., а в категории среднего риска АД<140 и 90 мм рт.ст. достигли 71,4% больных. У 58,7% больных отмечен ответ на комбинированную антигипертензивную терапию (снижение САД и ДАД на 10% по сравнению с исходными значениями). Для лечения этой подгруппы пациентов стал использоваться нолипрел форте А. Через 12 недель терапии 72,8% пациентов достигли "целевого" уровня АД при "офисном" измерении, наблюдалась нормализация суточного профиля АД. У 27,2% отмечен ответ на комбинированную антигипертензивную терапию. По данным СМАД отмечено достоверное снижение среднесуточного, среднедневного и средненочного САД и ДАД. Исходно индекс времени (ИВ) САД и ДАД был значительно повышенным; в результате лечения ИВ достоверно снизился у большинства больных практически до нормальных показателей, как в дневное, так и в ночное время суток. Динамика суточного индекса (СИ) в целом отсутствовала. Вместе с тем имело место увеличение числа пациентов с СИ "dipper". У всех пациентов зафиксировано улучшение показателей качества жизни. Отмечено уменьшение числа пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами на 24,8%. Снизилась степень выраженности депрессии по шкале HDRS, уменьшился уровень личностной и реактивной тревоги.

Выводы: Терапия препаратами нолипрел А и нолипрел форте А при гипертонической болезни позволяет в большинстве случаев достичь "целевого" уровня АД и сопровождается улучшением показателей качества жизни, уменьшением числа пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

093 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНАЦИИ С ИВАБРАДИНОМ (КОРАКСАНОМ) У БОЛЬНЫХ С ИБС

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

Цель исследования: Оценить антиангинальный и антиишемический эффект препарата ивабрадин (кораксан, Servier) в комбинации с β-адреноблокаторами (метопрололом) и монотерапию β-адреноблокаторами у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: В исследование включено 50 пациентов (средний возраст 56,2+8,4), с документально подтвержденным диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения II-III ФК, получающих терапию β-блокаторами, не позволяющую достичь снижения ЧСС и количества приступов стенокардии. Большинство больных имели стенокардию II функционального класса (ФК) – 78%, III ФК – 22%. Стаж ИБС 8+4,1 лет. На фоне стандартной терапии ИБС (β-адреноблокаторы, статины, аспирин, иАПФ, нитраты короткого действия для купирования приступов) первой группе пациентов назначался ивабрадин (кораксан) в дозе 5 мг 2 раза в день, с последую-

щей титрацией дозы до 7,5 мг 2 раза. Вторая группа получала терапию β-адреноблокаторами с титрацией дозы. Антиангинальную активность выбранных схем терапии оценивали по динамике приступов стенокардии и потребности в нитратах короткого действия (НКД) по дневникам пациентов исходно, через 3, 10 дней и 4, 8, 12 недель лечения. Антиишемическую активность препарата определяли с помощью суточного мониторирования ЭКГ по уменьшению/исчезновению эпизодов ишемической депрессии сегмента ST.

Результаты: На фоне включения в схему лечения препарата ивабрадин (кораксан) в средней дозе 10 мг/сут уже через 10 дней отмечалось урежение ЧСС, уменьшение количества приступов стенокардии в неделю и уменьшение потребности в НКД. Через 4 недели ивабрадин (кораксан) использовался в средней дозе 12,0 мг/сут на фоне метопролола в средней дозе 50 мг/сут, которые привели к достоверному уменьшению количества приступов стенокардии в неделю на 75% и уменьшение потребности в НКД на 75% таблеток в неделю. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ отмечено достоверное снижение средней ЧСС на 9,8%, максимальной ЧСС на 8,7% и минимальной ЧСС на 7,2%. Через 12 недель терапии отмечается стойкий антиангинальный и антиишемический эффект, контроль ЧСС. При использовании метопролола (средняя доза 55 мг/сут) также отмечается достоверное снижение ЧСС, но через 4 недели терапии, отмечается уменьшение количества приступов стенокардии в неделю на 40% и уменьшение потребности в НКД на 40% таблеток в неделю. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ отмечено достоверное снижение средней ЧСС на 6,8%, максимальной ЧСС на 5,9% и минимальной ЧСС на 4,8%.

Выводы: Дополнительное включение препарата кораксан в схему стандартной терапии ИБС позволяет быстро и достоверно уменьшать частоту приступов стенокардии и эпизодов ишемической депрессии сегмента ST по сравнению с терапией на основе одних β-адреноблокаторов.

094 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ФОРМИРОВАНИИ “НЕЗДОРОВЬЯ” ПОПУЛЯЦИИ (МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Бритов А.Н.[1], Елисеева Н.А.[1], Деев А.Д.[1], Мирошник Е.В.[2], Фишман Б.Б.[3], Сибирева В.В.[3], Дроздецкий С.И.[4], Боряк А.М.[4], Смирнова Н.Б.[4], Инарокова А.М.[5], Нечаева Г.И.[6], Веселков А.Ф.[2], Касимов Р.А.[7], Зайцева М.Н.[7]

ФГУ ГНИЦПМ МЗ и СР РФ[1], Москва, Россия; ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, ФМБА России[2], Москва, Россия; НГУ им. Ярослава Мудрого, центр медицинской профилактики[3], В. Новгород, Россия; МСЧ Авиационного завода “Сокол” [4], Н. Новгород, Россия; КБГУ[5], Нальчик, Россия; ОГМА[6], Омск, Россия; ГУЗ “Вологодский областной центр медицинской профилактики”[7], Волгоград, Россия

По определению ВОЗ – “здоровье это единство физического, психического и духовного состояний человека”. Нарушение любого из указанных компонентов – свидетельство “нездоровья”, индивидуального и/или общественного.

С целью разработки алгоритма интегральной оценки общественного здоровья нами были обследованы репрезентативные выборки в 5 регионах России. В 2009 – 2010 году в этих регионах был проведен скрининг на полноценных выборках организованной популяции (всего обследовано 2015 человек).

Методами для оценки здоровья служили опросники на выявление социально-экономического статуса, соматического и психологического состояния здоровья (индекс жизненного стиля, социальной адаптации, саногенной рефлексии, шкала психотизма Айзинка и нравственный потенциал развития личности, синдром эмоционального выгорания). Математическая, статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием статистических пакетов SAS.

Результаты. Ценными были данные по шкалам синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Низкие значения [0-1] СЭВ (характерно для эмоционально здоровой части популяции) отмечены у 47.6 и 58,7% наиболее молодых (25-34 года) мужчин и женщин. С возрастом этот процент снижается до 23,3 и 32,4% в 35-44 года и до 9,1 и 10,9% в 65-74 года. Зато возрастает частота менее благоприятных значений СЭВ [2-6], это касается лиц зрелого и особенно пожилого возраста. В 35-44 года такие значения СЭВ отмечены более чем в 60% наблюдений, а у пожилых более чем в 80%.

При анализе психологических тестов Р. Плутчика выявлено, что шкала “защитное отрицание” свойственна 63.57±4.91% мужчин и 56.55±1.71% женщин, наиболее выражена у мужчин 65-74 лет (70,5%±3,9) и у женщин – 55-64 лет (70.19±3.54%), что говорит об их не всегда адекватной реакции, завышенной самооценке. Шкала “защитной проекции” в негативном смысле выявлена у 76.69±1.75% мужчин и у 75.09±1.52 женщин. Эти лица склонны обвинять других для облегчения внутреннего состояния и снятия напряжения (неосознанная оптимизация внутреннего конфликта). По шкале “защитное замещение” видно, что “внутренняя агрессия” выражена у 45.01± 4.93 мужчин и у 40.46±1.74 женщин. По шкале “защитное подавление” видно, что данный механизм психологической защиты, означающий тенденцию к подавлению желаний и эмоций, что часто приводит к скрытой агрессии или равнодушию, свойственен 44.0±3.24% респондентов. У женщин данные по указанной шкале выглядят хуже (до 73% в старшей возрастной группе). По шкале “защитной интеллектуализации” видно, что мужчины во всех возрастах, но особенно в 35-44 года, не имеют склонности к словесному (вербальному) разбору ситуации и анализу, не дифференцируют ситуацию, не “дробят” проблему, у женщин эта психологическая защита выражена только в 55-64 г. (66,4%±7,0). По шкале “защитной регрессии” видно, что у мужчин проявление “инфантильного” поведения выявлено в 55,9±9,5% и 63,9%±10,3 случаев. Женщины ведут себя в этом плане более адекватно, инфантильная реакция в конфликтной ситуации проявляется у них лишь в 47,3±1,8%. Была проведена оценка теста на социальную адаптацию (поведение в конфликтной ситуации). По результатам исследования видно, что мужчины во всех возрастных группах склонны к проявлению агрессивного стиля поведения в сложных ситуациях (несдержанность в поведении на работе и дома) от 74.78±5.37% в возрасте 35-44 г. до 90,2±2,8% в возрасте 45-54 г. У женщин это еще чаще проявляется, чем у мужчин: 92,4%±2,2 в возрасте 35-64 г. Так же часто выявлялся очень высокий уровень замкнутости (изоляции) как поведенческой реакции в сложной ситуации, как среди мужчин, так и женщин (93.79±0.91 и 91.59±1.03%, соответственно). Пугает, что такой стиль поведения более свойственен относительно молодым респондентам. Анализ психотизма по Х.Ю. Айзинку также показал, очень высокую склонность к вербальной агрессии (89,9%).

Таким образом, выявлено высокое напряжение механизмов психологических защит (подавление, проекция, замещение); у респондентов слабо сформирован навык разрешать конфликтную ситуацию с учетом личной модели поведения в конфликте, наблюдается нереализованный нравственный потенциал, замечена тенденция к эгоцентризму. Для реального оздоровления населения требуется разработка мер, могущих улучшить психологический климат, в первую очередь, среди работающего населения.

095 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бродская А.А., Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Изучить гипотензивную эффективность бета-адреноблокаторов и блокаторов АТ1-рецепторов у больных АГ, перенесших АКШ.

Материал и методы. Включено 48 больных с ИБС и ГБ, перенесших АКШ (40 мужчин, 8 женщин), средний возраст

52,2±9,2 лет. Всем пациентам исходно и через 6 месяцев постоянной контролируемой гипотензивной терапии было выполнено клинико-лабораторное обследование, СМАД, нагрузочные велоэргометрические тесты. Бета-адреноблокатор метопролола сукцинат (Беталок-Зок, Astra Zeneka, Швеция) в дозе 100-150 мг был назначен после исходного обследования пациентов в индивидуально подобранной дозе. Пациентам, не достигшим целевого уровня АД через 3 месяца от начала терапии метопрололом, дополнительно назначался ирбесартан (Апровель, Sanofi Aventis, Франция).

Результаты. По результатам СМАД на фоне терапии метопрололом сукцинатом через 3 месяца терапии наблюдалось статистически значимое снижение среднедневного САД (147,7±12,1 и 136,9±10,8 мм рт.ст.; p=0,000), средненочного САД (137,4±17,0 и 123,0±12,2 мм рт.ст.; p=0,000) и ДАД (76,3±8,3 и 70,9±6,9 мм рт.ст.; p=0,027). Пациентам с отрицательной динамикой АД и отсутствием гипотензивного эффекта (N=6; 17%), а также с недостаточным гипотензивным эффектом (снижение АД от 0 до 10% от исходного уровня) (N=10; 29%) через 3 месяца дополнительно к терапии метопрололом сукцинатом был назначен ирбесартан. У пациентов, не достигших целевого уровня АД на фоне 3 месяцев приема метопролола, с добавлением ирбесартана спустя еще 3 месяца лечения достигнута нормализация уровня АД (среднесуточное САД 135,9±8,3 и 128,8±6,8 мм рт.ст.; p=0,001; средненочное САД 128,3±11,4 и 119,1±7,2 мм рт.ст.; p=0,002). Через 3 месяца гипотензивной терапии у пациентов, достигших целевого уровня АД, отмечалась выраженная положительная динамика со стороны показателей ВЭМ-пробы: статистически значимо ниже были показатели АД в покое (САД 131,5 ±6,1 и 151,1±5,2 мм рт.ст.; p=0,000; ДАД 73,6±5,5 и 80,6 ±5,3 мм рт.ст.; p=0,001) и на пике пробы (САД 154,6±10,8 и 175,1 ±6,5 мм рт.ст.; p=0,001; ДАД 85,6±4,0 и 91,1±4,9 мм рт. ст.; p=0,004), а также выше ТФН по сравнению с пациентами, не достигшими целевого уровня АД через 3 месяца лечения (100±9,6 и 75±6,2 Вт; p=0,001). На фоне длительного контролируемого лечения отмечалось улучшение со стороны суточного профиля АД, увеличился до нормальных значений СИ САД (5,8±10,5 и 10,2±7,1%; p=0,024) и ДАД (10±10,2 и 14,6±7,7%; p=0,036). Под влиянием терапии статистически значимо уменьшилось количество найт-пикеров (29 и 5,5%; p=0,000) и увеличилось количество дипперов (23 и 57%; p=0,001).

Выводы. У пациентов с ИБС, ассоциированной с артериальной гипертензией, после АКШ при эффективном контроле АД, в отличие от пациентов с неэффективным контролем АД, отмечается более высокая толерантность к физической нагрузке. На фоне эффективного контроля АД отмечается нормализация суточного профиля АД. Для эффективного контроля АД на этапе реабилитации после АКШ необходимо использование суточного мониторирования артериального давления.

096 СВЯЗЬ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Будаговская З.М., Искендеров Б.Г.

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи; ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: изучить корреляционные связи структурно-функциональных показателей сердца и фильтрационной функции почек у больных с гипертонической болезнью и хронической болезнью почек (ХБП), сочетающейся с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 30 больных (14 мужчин и 16 женщин), из них у 14 была гипертоническая болезнь I-II стадии (I группа) и у 16 – ХБП I-II стадии (II группа). Критериями исключения из исследования являлись: хроническая сердечная недостаточность выше II функционального класса; перенесенный инфаркт миокарда и/или мозговой инсульт в течение последних 6 месяцев; сахарный диабет; ХБП III-V стадии. Во II группе у 7 больных диагностировался хронический пиелонефрит; у 5 – хронический гломерулонефрит; у 2 – поликистоз; у 1 – геморрагический васкулит с поражением почек. Средний возраст больных в I группе составил 42±14 лет и во II группе – 51±12 лет. Давность АГ в I группе составила в среднем 5,3 года и во II группе – 5,6 лет. Кроме того, в I группе систолическое артериальное давление (САД) в среднем составляло 158±18 мм рт.ст. (p>0,05), а во II группе – 148±16 мм рт. ст. (p>0,05). Диастолическое артериальное давление (ДАД) составляло соответственно 95±9 и 97±7 мм рт.ст. (p>0,05). Больным проводилась эхокардиография, оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Кроме того, выполнялись клинические исследования мочи и крови.

Результаты. В I группе гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) диагностировалась чаще, чем во II группе: в 42,9 и 25,0% случаев соответственно. При этом величина индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в I группе составила 125,0±33,1 г/м^2 и во II группе – 118,8±39,7 г/м^2. В I группе выявлены следующие геометрические типы ЛЖ: нормальная геометрия (НГ) у 6 больных (42,9%); концентрическое ремоделирование ЛЖ (КР) – у 1 (7,1%); эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ) – у 4 (28,6%) и концентрическая (КГЛЖ) – у 3 (21,4%). Во II группе выявлено: НГ – у 8 больных (50%); КР – у 1 (6,3%); ЭГЛЖ – у 5 (31,2%) и КГЛЖ – у 2 (12,5%). Показатель фракции выброса (ФВ) ЛЖ в I группе составил 72,6±7,1%, а во II группе – 66,5±9,6%. Величина сердечного индекса (СИ) в I группе была достоверно выше, чем во II группе: 3,21±0,84 и 2,78±0,68 л/мин/м^2 соответственно (p<0,05). Показатели общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) и СКФ в сравниваемых группах достоверно не отличались (p>0,05): 1660,8±312,0 и 1812,9±844,3 дин·с·см$^{-5}$; 91,4±15,2 и 93,50±17,4 мл/мин соответственно. В обеих группах выявлена достоверная корреляция величин СКФ с показателями СИ, ФВ, САД и ДАД.

Выводы. На начальных стадиях развития гипертонической болезни (I и II стадии) и хронической болезни почек (I и II стадии) структурно-функциональные изменения сердца и почек достоверно не различаются.

097 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ И ПОЛИКЛИНИКЕ

Буданова И.В.[1], Смирнова Е.А.[2], Дьяченко Е.В.[1], Коротченко Е.В.[2], Белоножкина М.Н.[2], Гераськина Л.В.[2], Паркина Н.Ю.[2]

[1]ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России, Рязань, Россия; [2]Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия

Цель. Сравнительный анализ медикаментозной терапии ХСН, назначенной в кардиологическом стационаре с ведением больных в амбулаторных условиях на терапевтическом участке.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 102 историй болезни пациентов с признаками ХСН II (34,3%) и III ФК (65,7%), 59 мужчин и 43 женщин, выписанных из Рязанского областного клинического кардиологического диспансера (РОККД) в феврале 2011г. В это же время в поликлинике РОККД обследовано 50 больных (16 мужчин и 34 женщины) с ХСН II (42%) и III ФК (58%). Медикаментозная терапия, назначенная при выписке из стационара, сопоставлена с лечением пациентов ХСН в амбулаторных условиях.

Результаты. При одинаковом функциональном классе, амбулаторные пациенты с ХСН оказались в среднем на 10 лет старше тех, кто лечится в стационаре (средний возраст 70,8+1,7 против 58,8±1,0 лет, p<0,001). Наиболее частыми причинами развития ХСН явились сочетанное течение ИБС и АГ (84% в поликлинике и 70,6% в стационаре), 26% и 29,4% больных соответственно перенесли инфаркт миокарда, 6%

и 4% – ОНМК, 18% и 17,6% страдали сахарным диабетом, 8% и 12,7% – фибрилляцией предсердий. Среди амбулаторных больных чаще встречалась АГ (100% против 92,2%, p<0,01), реже – пороки сердца (2,0% против 9,8% в стационаре, p<0,05). Нарушения систолической функции ЛЖ при ЭхоКГ в стационаре выявлены у 20,6% больных, у 79,4% ФВ ЛЖ была сохранена. В поликлинике ЭхоКГ выполнена только у 22% пациентов, снижения ФВ ЛЖ не зарегистрировано. При выписке из стационара частота назначения препаратов, действующих на ренинангиотензиновую систему составила 94,1% (в 74% назначались ингибиторы АПФ (ИАПФ), в 26% – блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА-II)). Бета-адреноблокаторы (ББ) рекомендованы 79,4% пациентов, диуретики 35,3%, верошпирон 22,6%, сердечные гликозиды 8,8%. Комбинированная терапия ИАПФ+ББ назначена 56,9% больных, ИАПФ+диуретик 28,4%, ИАПФ+ББ+диуретик 22,5%. В амбулаторных условиях реже назначались препараты, действующие на ренинангиотензиновую систему (58%, p<0,001; в 46% – ингибиторы АПФ, в 12% – БРА-II), бета-адреноблокаторы (18%, p<0,001) и верошпирон (10%, p<0,05). Частота назначения диуретиков и сердечных гликозидов не различалась между стационаром и поликлиникой. Реже назначалась комбинированная терапия ИАПФ+ББ (28%, p<0,01), ИАПФ+ББ+диуретик (5,9%, p<0,001), чаще ИАПФ+диуретик (52,0%, p<0,01). Из дополнительных препаратов при ХСН ишемической этиологии в поликлинике реже назначались статины (54,8% против 83,6% в стационаре, p<0,001), варфарин при фибрилляции предсердий назначен 25% в поликлинике и 26,7% в стационаре.

Выводы: частота назначения препаратов основной группы (ИАПФ, ББ и верошпирона) и их комбинаций для лечения пациентов ХСН в амбулаторных условиях остается ниже по сравнению с рекомендациями кардиологов стационара.

098 β-АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ КЛЕТКИ И РИСК КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Булашова О.В., Малкова М.И.

ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ", Казань, Россия

Современные хирургические больные – пациенты пожилого или старческого возраста, нуждающиеся в хирургических вмешательствах в 4 раза чаще, чем другие возрастные группы. Большинство из них имеют сердечно – сосудистые заболевания (ССЗ): ишемическую болезнь сердца (ИБС), артериальную гипертонию (АГ), хроническую сердечную недостаточность (ХСН). Подобная тенденция привела к росту интра – и послеоперационных кардиальных осложнений. Хирургическая операция для организма– это не только боль, но, и стресс, которому подвергается организм пациента. Активация симпатоадреналовой системы (САС) на фоне болевого симптома приводит к дополнительной гиперсекреции катехоламинов.

Цель. Исследование показателя β-адренореактивности (β-АРМ) мембраны клетки и риска периоперационных кардиальных осложнений при внесердечной хирургии.

Методы. Исследовались 45 больных острым холециститом с сопутствующей кардиальной патологией в среднем 69 лет. Контрольную группу составили здоровые пациенты соответствующего возраста. Перед операцией проводился косвенный экспресс-метод оценки β-АРМ по Р.И. Стрюк и И.Г. Длусской (2003) и определялся риск развития кардиальных осложнений по индексу T.H. Lee (1999).

Результаты исследования и выводы. По характеру ССЗ преобладали больные АГ (93%), сочетание АГ с ИБС наблюдалось у 65% больных среднего и 100% высокого кардиального риска. Указания в анамнезе на перенесённый инфаркт миокарда имели 35% больных среднего и 50% высокого риска. У всех больных среднего и высокого кардиального риска ИБС сопровождалась ХСН. У пациентов без риска и с низким кардиальным риском ИБС, ХСН выявлены не были. Сахарный диабет сопутствовал 50% больных высокого, 13% среднего, 6% низкого риска. У 33% больных острым холециститом наблюдался нормальный уровень адренореактивности – 2-20 условных единиц (ЕД), у 33% – сниженный (20-40 ЕД) у 34% – низкий (>40 ЕД) уровень β-АРМ. В группе контроля показатель β–АРМ составил в среднем 21ЕД. В группе больных с сопутствующими ССЗ без кардиального по T.H. Lee риска (18%) определялся самый низкий уровень β-АРМ – 47ЕД; чуть выше у больных низкого (36%) – 31ЕД, среднего (37%) – 40ЕД, и высокого риска (9%) – 42ЕД. При изучении корреляционной зависимости между значениями β-АРМ и степенью риска кардиальных осложнений была выявлена положительная связь средней силы у пациентов без кардиального риска (r =0,547, p<0,05), низкого (r=0,408, p<0,05) и среднего риска (r=0,397, p<0,05).

099 АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ И СКОРОСТЬ NA+/LI+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА КАК КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Булашова О.В., Ослопов В.Н., Пегова Е.В., Долгова К.А., Газизянова В.М.

ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития", Казань, Россия

К настоящему времени сформировалось представление о неоднородности хронической сердечной недостаточности (ХСН) по патофизиологическим механизмам, клиническим вариантам течения и эффективности медикаментозной терапии. С позиции сердечно-сосудистого континуума патогенез сердечной недостаточности является многофакторным процессом, представляющим сочетание проявлений воздействия на сердечно-сосудистую систему этиологических составляющих и мобилизацию комплекса компенсаторных реакций, обусловленных и генетически заложенными механизмами функционирования клеточных мембран. Известно, что параллельно тяжести ХСН происходит увеличение уровня в крови катехоламинов, что может способствовать функциональной перестройке ионообменных процессов в мембране клетки.

Целью исследования была оценка β-адренореактивности (β -АРМ) во взаимосвязи с величинами скорости Na^+/Li^+-противотранспорта (ПТ) в мембране эритроцита у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. Под наблюдением находились 44 больных с ХСН на фоне артериальной гипертензии (АГ) обоего пола от 46 до 83 лет: функциональный класс (ФК) IV-16%, III- 41%, II-41%, I–2%. Контрольную группу составили здоровые мужчины и женщины соответствующего возраста. Активность симпатико-адреналовой системы (САС) определялась косвенным экспресс-методом оценки адренореактивности организма. Скорость Na^+/Li^+–ПТ в мембране эритроцита изучалась по методике M Canessa. (1980), результаты анализировали посредством квартильного анализа распределения величин скорости Na^+/Li^+- ПТ в пределах популяционных границ квартилей, определенных В.Н. Ослоповым.

Результаты исследования и выводы. Среди всех больных с ХСН и АГ большую часть составили носители величин III и IV КВ (34% и 32% соответственно), чуть меньше – II КВ (27%). Определение β-АРМ показало, что у 52% больных с ХСН и АГ наблюдался нормальный уровень β-АРМ – 2-20 условных единиц (ЕД), у 11% – сниженный (20-40 ЕД) и у 37% – низкий (более 40 ЕД). При изучении корреляционной зависимости между значениями β-АРМ и скорости Na^+/Li^+-ПТ была выявлена положительная корреляционная связь средней силы у носителей высоких величин скорости IV и III КВ (r=0,388, p<0,05; r=0,382, p<0,05 соответственно).

Таким образом, в исследовании обнаружена определенная вариабельность параметров β-АРМ. Наряду с нормальными величинами β-АРМ, наблюдаемыми, в основном, у больных с малыми величинами скорости Na^+/Li^+- ПТ, у пациентов с более высокими значениями ионного противотранспорта обнаруживается снижение адренореактивности организма.

100 ИМЕЮТСЯ ЛИ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В НАРУШЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ С ИБС И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ?

Булгучева З.З.[1], Дидигова Р.Т.[1], Угурчиева З.О.[1], Мамедов М.Н.[2]

[1]Ингушский государственный университет, Назрань, Россия; [2]Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель исследования: Оценка психосоматического статуса, включая состояние тревоги и депрессии, а также подверженности к хроническому стрессу мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения.

Материалы и методы. В исследование было включено 520 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III ст. (300 мужчин в среднем возрасте 54±0,4 лет и 230 женщин в среднем возрасте 55,7±0,5 лет, соответственно). Для оценки приверженности к хроническому стрессу использовался опросник Reeder, а для анализа степени тревоги и депрессии применялась госпитальная шкала HADS.

Результаты. Низкий стресс был выявлен только у 22% пациентов с ИБС, тогда как у 58,5% и 19,5% был обнаружен умеренный и выраженный стресс, соответственно. Выраженный стресс среди мужчин с ИБС (22,3%) отмечался несколько больше по сравнению с женщинами (15,7%). Однако это различие не имеет статистической значимости.

В целом, 82% мужчин и 79% женщин имели депрессию различной степени. Аналогичная картина была выявлена по выраженности тревоги (72% и 71%, соответственно). Клинически выраженную тревогу отмечали 38% пациентов. Клинически выраженная тревога определилась у 42% лиц с ИБС. Между мужчинами и женщинами статистически значимое различие по частоте депрессии и тревоги не выявлено.

Заключение. Таким образом, по данным анкетирования у большинства пациентов с ИБС психосоматический статус характеризуется приверженностью среднего и выраженного хронического стресса, а также субклинически и клинически выраженной тревогой и депрессией. Между мужчинами и женщинами с ИБС не были выявлены достоверные различия по частоте психосоматических нарушений. Каждый четвертый пациент с ИБС нуждался в профессиональной коррекции нарушений психосоматического статуса.

101 ГИПОТЕНЗИВНАЯ И НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОМБИНАЦИИ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ И БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бурмистрова Л.Ф., Рахматуллов Ф.К., Шибаева Т.М., Сисина О.Н.

Пензенский государственный университет, медицинский институт, Пенза, Россия; Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель: изучить гипотензивную и нефроптективную эффективность комбинированной терапии антагонистами кальция дигидропиридинового ряда и блокаторов рецепторов ангиотензина II у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы: обследованы 56 больных (32мужчины и 24 женщины) с АГ II-III стадии и II степени (средний возраст 53,6 года). Из них у 38 больных (67,9%) – гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Больным назначалась комбинированная терапия эскорди кором и валзом. До лечения и через 4 и 24 недели от начала терапии проводили суточное мониторирование АД, допплер-эхокардиографию, определяли скорость клубочковой фильтрации в почках (СКФ).

Результаты: через 4 недели после лечения полный гипотензивный эффект (АД ниже 140/90 мм рт.ст.) достигнут у 48 (85,7%) и частичный эффект (снижение ДАД на 10 мм рт.ст. и более, но не до 90 мм рт.ст.) – у 8 (14,3%). Количество больных-дипперов увеличилось в 1,5 раза (69,6%) за счет уменьшения типов нон-диппер (30,4%).

Также выявлено достоверное увеличение СКФ на фоне комбинированной терапии валзом и эскорди кором. СКФ увеличилась от 9,0 до 20 мл/мин, в среднем 14,0±3 мл/мин ($p<0,001$). На фоне 24-недельной терапии по сравнению с 4-недельной отмечено улучшение диастолической функции миокарда и регресс ГЛЖ. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) уменьшался от 19,0 до 35,0 г/м ($p<0,01$). Данный эффект объясняется как уменьшением толщины стенок ЛЖ, так и его конечным диастолическим размером (КДР). Также при комбинированной терапии данными препаратами улучшались показатели диастолической дисфункции ЛЖ: ВИР уменьшилось на 13,6% ($p<0,01$), соотношение Е/А увеличилось на 10,3% ($p<0,05$). Необходимо отметить, что при комбинированной терапии колебания ЧСС по сравнению с исходной величиной были незначительными 9,0-12,0 в 1 мин ($p>0,05$), что объясняется использованием меньших доз препаратов, чем при монотерапии. Частота побочных нежелательных эффектов, связанных с избыточной вазодилатацией уменьшилась в 2-3 раза только за счет снижения дозы препарата при комбинированной терапии. При длительной терапии гипотензивный эффект стабильно сохранялся и даже в некоторых случаях усиливался, что требовало уменьшения дозы препаратов.

Выводы. Комбинация эскорди кора и валза обладает высокой и стабильной гипотензивной, нефропротективной эффективностью и хорошей переносимостью у больных с артериальной гипертонией.

102 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДИЛТИАЗЕМА И РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бутина Е.К., Бочкарева Е.В., Позднякова Н.А., Кокурина Е.В.

ФГУ "ГНИЦ ПМ Минздравсоцразвития России", Москва, Россия

Цель: оценить антиишемическую эффективность сочетанного применения дилтиазема продленного действия (ДЛ) и нитратов у больных ИБС в зависимости от функционального класса (ФК) стенокардии (СН).

Материалы и методы. Исследование открытое, рандомизированное с контролем плацебо. Обследовано 30 мужчин в возрасте 58,8±7,5 лет, с ИБС, СН II ФК (n=11), III ФК (n=19) и артериальной гипертонией (АГ) 1-2 ст. (n=30). Препараты и режим дозирования: ДЛ 90-180 мг 2 раза в сутки, изосорбида 5-мононитрат 50 мг 1 раз в сутки (И5МН), и тринитролонг 2 мг (ТНЛ) 2-3 раза в сутки. ДЛ 180 мг назначали при неэффективности 90 мг и отсутствии противопоказаний к увеличению дозы. Эффективность регулярного приема препаратов определяли с помощью повторных тестов с физической нагрузкой (ТФН) на тредмиле по приросту продолжительности пороговой нагрузки (Т порог.). Препарат считали эффективным при увеличении Т порог. на 120 с и более по сравнению с исходным значением. Длительность каждого курса как монотерапии ДЛ, так и его комбинация с ТНЛ или И5МН составляла 4 нед.

Результаты. Больные СН III ФК имели достоверно большую длительность ИБС, АГ, частоту ангинозных приступов. Исходно Т порог. у больных СН III ФК составила – 249,8±23,4 с, что было ниже, чем у больных СН II ФК – 368,6±14,4 с (p=0,0001). Однократный прием ДЛ через 5 часов приводил к достоверному увеличению Т порог. в обеих группах до 387,3±37,5 с и 533,7±20,3 с, соответственно (p=0,001), при этом различия между группами сохранялись. При регулярном приеме ДЛ в качестве монотерапии в индивидуально подобранной дозе у больных СН III ФК наблюдался эффект кумуляции препарата – Т порог. увеличилась до 441,1±26,8 с, а у больных СН II ФК – переносимость физической нагрузок оставалась на прежнем уровне – 526,1±22,0 с. Добавление нитратов к терапии ДЛ в группе больных СН III ФК сопровождалось дальнейшим увеличением переносимости нагрузки, а у больных СН II ФК аддитивного эффекта не наблюдалось. Так, по сравнению с периодом монотерапии ДЛ у больных СН III ФК Т порог. выросла на 64,3 с (p=0,002), а в группе больных СН II ФК – лишь на 24,3 с. В результате этого на фоне комбинированного приема ДЛ и нитратов у больных СН III ФК был достигнут уровень переносимости нагрузки, не отличающийся от такового у больных СН II ФК. Показатели АД и ЧСС в обеих группах не различались.

Выводы. Аддитивный эффект нитратов у больных СН III ФК, возможно, связан с улучшением систолической функции и уменьшением внутримиокардиального напряжения левого желудочка. При СН II ФК недостаточный эффект от присоединения нитратов к ДЛ может быть объяснен наличием динамического стеноза коронарных артерий с вазоспастическим компонентом. В этом случае антагонисты кальция обладают наибольшей антиишемической эффективностью и комбинация с препаратами других групп не дает значимого дополнительного эффекта, что требует дальнейшего изучения.

103 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В III ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ

Бухонкина Ю.М., Стрюк Р.И., Чижова Г.В., Лойфман В.М., Соболев А.А.

ГОУ ВПО “МГМСУ”, Москва, Россия; ГОУ ДПО “ИПКСЗ” МЗ Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Цель исследования: проанализировать изменения эхокардиографических параметров у беременных с врожденными пороками сердца (ВПС) в III триместре гестации.

Материалы и методы: 149 беременных с ВПС наблюдались в специализированном кардиологическом отделении и отделении патологии беременности родильного дома ГКБ №67 г. Москва и ГУЗ “Перинатальный центр” г. Хабаровска. Группа корригированных ВПС (КВПС) – 88 пациенток, группа некорригированных ВПС (НВПС) – 61 женщина, группа контроля – 30 практически здоровых беременных. До беременности и в III триместре гестации проводилась эхокардиография – на аппарате Logic–400 методами двумерной и допплер-эхокардиографии с регистрацией в М- и В-импульсно-волновом и непрерывно-волновом режимах. Статистическая обработка результатов – пакет программ “Biostatistics, Version 4,03” с использованием стандартных методов вариационной статистики и критерия Стьюдента.

Результаты: Около 90% женщин в 1-й группе и более чем в 80% во 2-й имели 0 или I степень НК, что позволяло беременности и родам протекать физиологично. Соответственно у 9,8% и 14,8% НК прогрессировала до IIA степени. Ухудшение состояния происходило в период 28-32 недели гестации (период максимальной гемодинамической нагрузки).

В III триместре беременности у беременных с КВПС выявлено достоверное увеличение скорости кровотока в аорте (165,8±14,3 vs 259, 6±12,4, p<0,05), легочной артерии (ЛА) (151,6±19,2 vs 181,4±16,1, p<0,05) и градиента давления на аортальном клапане (ΔР на АК) (13,3+3,3 vs 23,7+ 2,4, p<0,05). Данная динамика объясняется гемодинамическими сдвигами, сопровождающими физиологическую гестацию (увеличение ОЦК, компенсаторная тахикардия). У беременных с КВПС к III триместру гестации за счет роста ОЦК достоверно увеличивались конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) (103,1±16,3 vs 126,2±14,4, p<0,05). На этом фоне учащение ЧСС было гемодинамически оправданным (76,5±9,6 vs 86,8±9,3). Вазодилатация обеспечивала снижение преднагрузки на миокард и уменьшение размеров правого желудочка (ПЖ) (28,1±2,3 vs 32,0±2,5). Последние два показателя к концу гестации достоверно изменялись (p<0,05).

В группе НВПС обнаружились более выраженные изменения: достоверно увеличился не только ΔР на АК, но и диаметр аорты (25,1±4,3 vs 30,0±4,6, p<0,05). В ответ на объемную нагрузку сформировалась достоверная гипертрофия миокарда, что проявилось утолщением межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) (p<0,05). Также увеличился конечный диастолический размер ЛЖ (КДР) (42,1±7,3 vs 55,2±4,7, p<0,05). Одновременно у больных НВПС увеличилась частота встречаемости митральной регургитации 3 и 4 ст. Несмотря на достоверное уменьшение размеров ПЖ (p<0,05), этого физиологического механизма не хватило, чтобы во 2-й группе предотвратить достоверный рост давления в ЛА (20,1±3,9 vs 31,2±4,4, p<0,05) и градиента давления на ее клапане (5,3±0,3 vs 10,9±0,6, p<0,05). Опосредованной реакцией на повышение давления в ЛА стало прогрессирование степени трикуспидальной регургитации в группе НВПС (p<0,05). Кроме того, у больных с НВПС к периоду максимальных гемодинамических нагрузок чаще прогрессировала аортальная регургитация, развивалась тахикардия, достоверно увеличивался ΔР на трикуспидальном клапане (p<0,05 во всех случаях).

Выводы: у беременных с КВПС в III триместре гестации изменения внутрисердечной гемодинамики остаются характерными для физиологически протекающей беременности и объясняются увеличением ОЦК, сердечного выброса и компенсаторным снижением периферического сопротивления сосудов. В группе НВПС эффективность адаптационных механизмов недостаточна, что проявляется в изменении параметров структур сердца и неадекватной реакцией скоростных показателей.

104 ПОТЕНЦИРОВАНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ИНГИБИТОРАМИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ

Бучнева Н.В., Кузьмин О.Б.

ГОУ ВПО “Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”, Оренбург, Россия

β-Адреноблокаторы и ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС), способные существенно изменять функциональное состояние почек, широко применяются для лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Однако фармакодинамическое взаимодействие этих препаратов в почках недостаточно изучено.

Цель исследования – оценка влияния β-адреноблокатора пропранолола на ионорегулирующую функцию почек крыс и его взаимодействия в почках с ингибитором АПФ эналаприлом и антагонистом AT_1-ангиотензиновых рецепторов лозартаном.

Работа выполнена на 30 белых беспородных крысах-самцах, наркотизированных тиопентал-натрием. В ходе эксперимента животных фиксировали на спине, вскрывали брюшную полость и в заднюю полую вену с постоянной скоростью 0,05 мл/мин вводили изотонический раствор хлорида натрия, содержавший 0,25% инулина. Одновременно из мочевого пузыря с помощью катетера в течение 90 мин собирали 10-минутные порции мочи. В образцах мочи и крови, периодически забираемой из хвостовой вены, определяли концентрацию инулина антроновым методом и содержание ионов натрия и калия методом пламенной фотометрии. Величину

диуреза, клиренса инулина, отражающего скорость клубочковой фильтрации (СКФ), и другие показатели ионорегулирующей функции почек рассчитывали по общепринятым формулам. Каждый опыт ставился на одном животном. Серия опытов включала 10 экспериментов.

Введение пропранолола (0,25 мг/кг, п/к) наркотизированным крысам, имеющим повышенную активность СНС, вызывало характерную диуретическую реакцию с максимальным приростом мочеотделения в 1,69 раза к 80 мин наблюдения. Одновременно наблюдалась выраженная натрийуретическая реакция, которая сопровождалась увеличением потери натрия с мочой с 0,138±0,014 до 0,223±0,027 мкмоль/мин/100 г ($P_т$ < 0,01). Диуретической и натрийуретической реакции сопутствовал значительный прирост экскреции калия с 0,179±0,027 до 0,306±0,030 мкмоль/мин/100 г ($P_т$ <0,01). Предварительное назначение животным ингибитора АПФ эналаприла (1 мг/кг внутрь, 7 дней) значительно усиливало диуретический и натрийуретический эффекты пропранолола. При совместном применении этих препаратов величина диуреза достоверно возросла в 2,33 раза, а потеря натрия с мочой увеличилась с 0,146±0,016 до 0,339±0,034 мкмоль/мин/100 г ($P_т$ <0,01), то есть в 2,32 раза, в то время как прирост натрийуреза в экспериментах с пропранололом составил всего 1,62 раза. В формировании натрийуретического эффекта, возникавшего при совместном действии на почки пропранолола и эналаприла, ведущее значение имело угнетение реабсорбции натрия, о чем свидетельствует почти двукратный прирост величины экскретируемой фракции этого иона. Потеря калия с мочой также значительно и достоверно возросла, но в меньшей степени, чем при введении одного β-адреноблокатора. Аналогичный, но несколько менее выраженный сдвиг в ионорегулирующей функции почек крыс развивался и при комбинации пропранолола с антагонистом AT_1-ангиотензиновых рецепторов лозартаном (1 мг/кг внутрь, 7 дней).

Сделан вывод, что угнетение РАС эналаприлом или лозартаном потенцирует у наркотизированных крыс диуретический и натрийуретический эффекты β-адреноблокатора пропранолола.

105 ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Бушкова Э.А., Климова Т.М., Федорова В.И., Балтахинова М.Е.
ФГНУ "Институт здоровья", Якутск, Россия

Цель исследования: оценить влияние медико-социальных факторов на приверженность антигипертензивной терапии на амбулаторном этапе.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 159 человек с артериальной гипертензией (пациенты 5 поликлиник г.Якутска), из них 117 женщин и 42 мужчины. Средний возраст обследованной выборки – 57,2±11,1 лет. Всем участникам исследования предлагалось заполнить анкету, содержащую вопросы о возрасте, половой принадлежности, уровне образования, характере труда, семейном статусе, стаже артериальной гипертензии (АГ) и ее лечении. Для оценки приверженности пациентов получаемой антигипертензивной терапии использовался опросник Мориски-Грина. Статистическая обработка материала проводилась в пакете программ STATISTICA 8.0. При сравнении групп по качественному признаку использовался критерий Пирсона χ^2. Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 5%.

Результаты исследования. Как показало исследование, 55% пациентов с АГ принимают антигипертензивные препараты каждый день; 41% – только при плохом самочувствии и повышении артериального давления (АД); 3% – не принимают препараты для снижения АД. Высокая приверженность антигипертензивной терапии отмечена лишь в 31% случаев, тогда как низкая – в 69% (p<0,0001). Статистически значимого влияния возраста, половой принадлежности и уровня образования пациентов с АГ на приверженность к приему препаратов для снижения АД выявлено не было. При анализе приверженности антигипертензивной терапии в зависимости от семейного статуса установлено, что наибольшая приверженность к приему препаратов отмечена у лиц, никогда не состоявших в браке (50%), а наименьшая – у разведенных (13%). Среди пенсионеров и работников умственного труда доля лиц с высокой приверженностью незначительно больше, чем среди работников физического труда и неработающих (38 и 34% против 16 и 14% соответственно). Статистически значимого влияния стажа АГ на приверженность к приему препаратов, снижающих АД, выявлено не было. Пациенты, информированные об осложнениях и возможностях современной терапии АГ, несколько чаще, нежели пациенты, не имеющие данной информации, имели высокую приверженность к лечению (36,6% против 22,8%, p>0,05).

Заключение. Таким образом, низкая приверженность пациентов антигипертензивной терапии остается одной из основных проблем в поликлиническом звене здравоохранения г. Якутска. Результаты исследования свидетельствуют о том, что осознанное участие пациента в процессе лечения, может способствовать повышению эффективности лечения АГ.

106 ДИНАМИКА СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ 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 динамику субклинического поражения органов-мишеней у больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста.

Методы исследования: обследовано 60 больных гипертонической болезнью трудоспособного возраста без признаков клинического поражения органов-мишеней. Средний возраст больных составил 44,3±6,6 года. Средний стаж гипертонии 1,9±1,1 лет. Субклиническое поражение артерий определялось по данным объемной сфигмоплетизмографии с помощью прибора VaSera VS-1000 (Fucuda Denshi, Япония). Оценка функционального состояния почек проводилась с помощью анализа мочи на микроальбуминурию (МАУ), определение уровня сывороточного креатинина и расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Для анализа субклинического поражения сердца была проведена оценка маркеров деградации коллагенового матрикса миокарда: тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ (hTIMP-1) и С-терминального теллопептида, образующегося при деградации коллагена I типа (CITP). В зависимости от выбора и тактики антигипертензивной терапии больные были разделены на две группы. Первая группа (n=30) 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=30) 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 субклинического поражения органов-мишеней, сопутствующей патологии, потребности в дополнительной антигипертензивной терапии.

Результаты: достоверных различий в динамике офисного АД между группами на фоне лечения не отмечено. Выявлена достоверная положительная динамика субклинического сосу-

дистого ремоделирования более выраженная в первой группе, чем во второй по показателям скорости пульсовой волны в каротидно-феморальном сегменте (PWV) и кардиально-лодыжечно-сосудистого индекса (CAVI1). Динамика снижения микроальбуминурии между группами достоверно не отличалась. Отмечено более выраженное увеличение СКФ в первой группе на 10,4±6,6% (95% CI 7,7-12,5) по сравнению со второй группой, в которой СКФ снизилась на 5,7±8,4% (95% CI -8,7-2,7). Выявлено достоверное снижение hTIMP-1 в первой группе на 16,5±22,8% (95% CI -24,7-8,3), во второй группе отмечен рост данного показателя на 1,7±7,5% (95% CI -1,0-4,4). Динамика CITP между группами достоверно не отличалась.

Выводы: регресс субклинического поражения почек по СКФ (MDRD), сердца по hTIMP-1 и сосудов по PWV и CAVI1 достоверно более выражен на фоне комбинированной фиксированной антигипертензивной терапии со старта независимо от уровня АД и сердечно-сосудистого риска, чем при использовании антигипертензивного лечения с учетом данных критериев, при отсутствии различий в динамике офисного АД.

107 КОРНИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАРАЗИТОЦЕНОЗА БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКИМ СЕПТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ И КРИЗИС ЭНДОБИОСФЕРЫ

Бушманова Г.М. [1], Бушманов А.И. [2], Терлецкий А.В. [3], Ахмерова Л.Г. [3]

[1]НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия; [2]ГОУ ВПО Новосибирский Государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия; [3]Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск, Россия

Эндогенный, биологически нецелесообразный воспалительный процесс, каковым является первично-хронический септический эндокардит (П-ХСЭ), не может не ассоциироваться с катастрофой глобального характера. Нарушение фундаментальных общебиологических законов эволюции на фоне бесконтрольного использования антибиотиков, как отмечает академик В.А. Черешнев, привело к переходу человека от состояния эволюционно выработанного бактерионосительства к более опасному для него состоянию вирусоносительства на фоне произошедшей утраты нормального бактериального микробиоценоза и естественных иммуностимуляторов. Многолетними исследованиями учёного определён и изучен вид главного иммуностимулирующего эндосимбионта – "загадочного" гемолитического стрептококка группы А с его уникальным комплексом энзимов, обеспечивавшим организму сохранение генетического постоянства внутренней среды. Широко распространённое бессимптомное носительство этого микроба в доантибиотиковую эру имело место на всех континентах. Появление реальной угрозы уничтожения микроба как вида привело к переходу его в α-форму. Последовавшая со временем реверсия патогена сопровождалась изменением его исходных биологических характеристик и появлением агрессивных свойств. После утраты защитных свойств эндосимбионтов в организме начал формироваться агрессивный паразитоценоз, состоящий из многочисленных вирусов, внутриклеточных патогенных микробов. К общеизвестным патогенам присоединяются недиагностируемые отечественной официальной медициной кровяные внутриклеточные протозойно-бактериальные инфекции, такие как бабезии, бартонеллы, риккетсии, анаплазмы, являющиеся зооантропонозными инфекциями. Паразитоценоз, сформированный в процессе интеграции различных представителей микробиоты, можно рассматривать как выражение эндобиосферного кризиса, прибегая к представлениям академика В.П. Казначеева. Следствием этого по мнению В.П. Казначеева и Ю.М. Левина явилось появление эндоэкологической болезни (ЭЭБ), сопровождаемой прогрессирующим эндоэкологическим отравлением популяции.

Результаты проведенного ранее сканирования крови больных П-ХСЭ методом фазово-контрастного резонанса позволили рассматривать П-ХСЭ как выражение ЭЭБ. Поселившись в организме человека, представители паразитоценоза в перспективе, видимо, не собираются покидать организм, реализуя далеко небезуспешно свои генетические программы. Несомненно, звучащие сквозь десятилетия пророческие слова великого Луи Пастера: "Господа, последнее слово за микробом!", в настоящее время, как никогда, современны, позволяя осознать, что время не ждёт, требуя скорейшего экологического прозрения и упреждающих мер в целях сохранения человечества как вида.

108 ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, QT ДИСПЕРСИЯ И МИКРОВОЛЬТНАЯ АЛЬТЕРНАЦИЯ Т-ЗУБЦА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ КАРДИОМИОПАТИЯМИ

Вайханская Т.Г., Фролов А.В., Гуль Л.М., Мельникова О.П., Воробьев А.П.

РНПЦ "Кардиология", Минск, Республика Беларусь

Изучение изменений на ЭКГ, сопряженных с электрической нестабильностью миокарда и желудочковой эктопией создает предпосылки для разработки новых риск-стратификационных маркеров.

Целью нашей работы явилось изучение микровольтной альтернации Т зубца (mTWA) у пациентов с первичными кардиомиопатиями (КМП), взаимосвязи mTWA с турбулентностью сердечного ритма (ТСР) и дисперсией корригированного интервала QTc (dispQTc).

Материал и методы. В исследование включено 49 пациентов с КМП без коронарной патологии (22 с ГКМП, 23 с ДКМП, 3 с АДПЖ, 1 с некомпактным миокардом ЛЖ, ср. возр. 46,9±12,3; 24,5% женщин), имеющих в анамнезе пароксизмы неустойчивой и устойчивой ЖТ. Контрольную группу (КГ) составили 35 пациентов, сопоставимые по полу и возрасту, не страдающих ССЗ. Всем пациентам проводилось суточное ХМ-исследование ЭКГ (OXFORD-Medilog Optima) и 7-минутная регистрация ЭКГ (Интекард-7), включающая 3 минуты физической нагрузки (ФН-25Ватт\мин). При ХМ анализировали желудочковую эктопию, ТСР с определением HRTO, HRTS и дисперсию QTc. Микровольтную TWA рассчитывали с помощью программного обеспечения Интекард-7 по методу модифицированной скользящей средней в 3 отведениях ЭКГ-12 на высоте ФН (средняя ЧСС 105 в 1 мин).

Результаты. При анализе ХМ пароксизмы неустойчивой ЖТ регистрировались у 39 больных, устойчивые ЖТ – у 5, полиморфная желудочковая эктопия (2931 [869;11784] ЖЭС\сут.) – у 5 б-х; патологическая ТСР выявлена у 29 б-х (HRTO≥0% у 25, HRTS< 2,5 ms/R-R у 14, HRTO+HRTS – у 10); патологическая dispQTc>70мс регистрировалась у 32 б-х, удлинение QTc>460мс – обнаружено у 13 б-х. Микровольтную TWA (>56мкв) в покое выявили у 4 пациентов, на высоте ФН – у 24 б-х. В контрольной группе HRTO≥0% выявлен у 2-х пациентов с незначимой желудочковой эктопией, dispQTc (71,3 ±1,25мс) – у 3-х и mTWA (57 мкВ)- у 1-го б-го при ФН. Больных КМП разделили на 2 группы: 1гр.-нуждающиеся по клиническим показаниям (классI\IIa) в ИКД (22 пациентам имплантировали ИКД, в т.ч. 5 – CRT-D) и 2гр. – без показаний к ИКД (27пациентов). При анализе результатов в 1-й группе больных выявлены все маркеры (mTWA, HRTOи\илиHRTS, dispQTc) в 90,9%, в т.ч. пат. mTWA определялась в 100%. Во 2-й группе пациентов пат. mTWA выявлена у 7-и (25,9%), пат. HRTOи\или HRTS – у 17 (62,9%), пат. dispQTc – у 10 (37%) исследуемых. Эти показатели достоверно различались в группах: 1HRTO 0,67±0,27мс против

2HRTO 0,21±0,13мс, p<0,001; 1HRTS 1,16±1,09 против 2HRTS 2,32±1,12, p=0,002. Дисперсия QTc и микровольтная TWA также (с достоверностью p<0,001) различались в группах (1dQTc 99±13,9мс против 2dQTc 73±12,2мс; 1mTWA 68,4±3,49мкВ в сравнении с 2mTWA 56,7±4,32мкВ).

Выводы. Полученные нами данные подтверждают возможность использования ЭКГ- критериев: TCP (HRTO, HRTS), mTWA и дисперсии QTc в качестве предикторов ВСС для своевременной стратификации риска фатальных аритмий и выбора лечебной тактики у пациентов с первичной кардиомиопатией.

109 ИССЛЕДОВАНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПРОБЫ

Варгина Т.С., Королева Т.В., Подзолков В.И.

ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: провести анализ локальной сократительной функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы: в исследование было включено 70 больных ИБС и СД 2 типа. В данной группе было 21 (30%) мужчин и 49 (70%) женщин. Средний возраст больных составил 62,7±8,6 лет. Все больные данной группы имели стабильную стенокардию I–IV ФК, у 11 (15,7%) пациентов был в анамнезе инфаркта миокарда, 21 (30%) пациент имели артериальную гипертонию, 62 (88,5%) пациента страдали ХСН I-IV ФК (NYHA). Длительность ИБС в среднем составила 8±3,6 лет, длительность СД – 6,95±5,8 лет. Изучение общей и локальной сократимости миокарда ЛЖ проводилось методом равновесной радионуклидной вентрикулографии (РРВГ). Сегменты с локальной фракцией выброса (ФВ) 1-25% рассматривались как акинетичные, с ФВ 25-50% – гипокинетичные, с ФВ от 0 и менее – дискинетичные, а с ФВ более 50% как обладающие нормальной сократимостью (нормокинетичные). Больным ИБС и СД 2 типа РРВГ проводилась в период компенсации углеводного обмена. После регистрации исходных показателей локальной сократимости миокарда ЛЖ проводилась повторная оценка показателей сократимости миокарда в условиях острой лекарственной пробы с нитроглицерином (через 30 мин. после сублингвального приема 0,5-1 мг нитроглицерина (НГ)).

Результаты: в условиях острой лекарственной пробы с НГ у больных ИБС и СД 2 типа было отмечено изменение показателей локальной сократимости миокарда ЛЖ. До пробы с НГ зоны нормокинезии выявлялись в 289 (51,6%) сегментах ЛЖ, после пробы с НГ количество зон нормокинезии достоверно возросло до 386 (65,7%) сегментов (p<0,05). Количество зон гипокинезии до пробы с НГ составило 230 (41,1%) сегментов ЛЖ, после пробы с НГ количество зон гипокинезии ЛЖ достоверно уменьшилось до 162 (28,9%) сегментов (p=0,02). До пробы с НГ зоны акинезии выявлялись в 41 (7,3%) сегментах ЛЖ, после пробы с НГ количество зон акинезии имело тенденцию к уменьшению до 30 (5,4%) сегментов. Зоны дискинезии до и после пробы с НГ в ЛЖ не выявлялись. Таким образом, у больных ИБС и СД 2 типа в миокарде ЛЖ в условиях острой лекарственной пробы с НГ на 14,1% увеличилось число нормокинетичных сегменов за счет снижения на 12,2% числа зон гипокинезии и на 1,9% числа зон акинезии.

Выводы: у больных ИБС и СД 2 типа в миокарде ЛЖ при РРВГ в условиях острой лекарственной пробы с НГ выявлялись участки обратимой локальной дисфункции, представленные жизнеспособным миокардом.

110 ВЗАИМОСВЯЗИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вардугина Н.Г., Пермякова Л.О.

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Челябинск, Россия

Общеизвестно, что ремоделирование сердца у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) во многом зависит от длительности болезни, степени и стадии АГ. Выявление дополнительных факторов, вызывающих структурные изменения сердечно-сосудистой системы, является достаточно актуальным, так как позволяет персонифицировать риски и проводить индивидуальную профилактику осложнений АГ.

Цель работы. Выявить ассоциативные взаимосвязи лабораторных показателей с эхокардиографическими параметрами сердца у больных АГ.

Материалы и методы. Обследован 131 пациент с АГ II стадии в возрасте от 35 до 59 лет. Из них мужчины составили 42 человека (средний возраст 50,6±5,3 лет), женщины – 89 человек (средний возраст 50,5± 6,4 лет). Длительность заболевания равнялась в среднем 10,2±8,9 лет. По данным эхокардиоскопии сердца (ЭхоКС) оценивались результаты размеров левого предсердия (ЛП) в мм, масса миокарда, размеры левого желудочка и толщина его стенок, фракция выброса, состояние стенок аорты и аортального клапана (АК). Из лабораторных анализов крови учитывались повышенный уровень С-реактивного белка (СРБ), определялись липидные фракции, фибриноген, ферменты печени (АСТ, АЛТ), электролиты крови. Для выявления взаимосвязей параметров ЭхоКС и показателей крови проводился корреляционный и дисперсионный анализы с помощью статистической программы SPSS Statistics 17.0.1.

Результаты работы. Среди мужчин (n=42) выявлена средней силы корреляционная связь между повышенным уровнем СРБ и размером ЛП: r=0,426 (p=0,007). У мужчин с повышенным уровнем СРБ (n=7) размер ЛП был больше в сравнении с лицами с нормальным уровнем СРБ: 42,6±8,2мм и 37,3±3,2мм (p=007). Уплотнение стенок аорты и аортального клапана (АК) выявлено у 6(14,3%) мужчин и было тесно связано с уровнем фибриногена: r=0,380 (p=0,019). У лиц с уплотнением стенок аорты и АК уровень фибриногена в сравнении с лицами без этих изменений был выше и составил соответственно 11,9±2,2мкмоль/л и 9,9±1,2 мкмоль/л (p=0,019).

Среди женщин связь между уровнем СРБ и размером ЛП была слабее: r=0,244 (p=0,025). Среди женщин с повышенным уровнем СРБ (n=15) размеры ЛП были выше в сравнении с женщинами без повышения СРБ – 37,5±3,5мм и 35,1±3,7мм (p=0,025). Уплотнение стенок аорты у женщин регистрировалось у 8(9,4%) человек. Среди этой группы лиц выявлена тенденция к повышению уровня фибриногена по сравнению с лицами без данных изменений: 11,2±0,6мкмоль/л и 10,2±1,5мкмоль/л (p=0,21). При сопоставлении других параметров ЭхоКС и лабораторных показателей крови взаимосвязей получено не было. Все исследуемые группы достоверно не различались по возрасту.

Выводы. При проведении профилактических мероприятий в группе лиц с АГ необходимо определение СРБ и фибриногена ввиду их возможно негативного влияния на ремоделирование сердца, что требует дальнейшего исследования.

111 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНВАЗИВНОГО И НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Васильева В.П., Кугаевская А.А., Бугаев Г.Д., Павлов Л.П., Колодезникова М.Е.

НЦМ, СВФУ, Мединститут, Якутск, Россия

Цель: изучение результатов коронарографии (КАГ) в сопоставлении с данными ЭКГ-мониторирования (ХМЭКГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ) у пациентов с ИБС.

Методы: обследовано 48 пациентов с ИБС, преимущественно лица мужского пола якутской (52%), русской (35%) национальностей (средний возраст 57 лет). Всем проводилась КАГ, ХМЭКГ, ЭхоКГ. Пациенты получали базисную терапию ИБС, часть из них – антигипертензивную.

Результаты исследования: у большинства больных доминировал болевой синдром. Чаще встречалась стенокардия III ФК (52,1%), среди них в 10,4% случаев был ПИКС. У большинства больных было несколько факторов риска и АГ (14,6%) без выраженной ХСН. По результатам КАГ наиболее часто встречалось 3-х сосудистое поражение (59%), 2-х сосудистое (29%), однососудистое (12,2%). Чаще поражалась ПМЖА, ПКА и ОА. Наиболее часто встречался гемодинамически значимый стеноз более 75% просвета артерии у 38,4% обследованных лиц, окклюзия сосуда у 23,2%, стенозирование более 50% в 19,1% случаев. У пациентов со стенокардией III ФК часто отмечалось 3-х сосудистое поражение с выраженным сужением артерии и окклюзией. Вместе с тем выраженное сужение 1-2 сосудов и даже окклюзия были выявлены у пациентов без клинических проявлений болезни. При этом нередко в пораженных сосудистых бассейнах отмечалось хорошо развитое коллатеральное кровообращение. При сопоставлении данных КАГ и ХМЭКГ значительное смещение сегмента ST чаще отмечалось при 3-х сосудистом поражении. При 2-х сосудистом – депрессия ST – интервала с 0,5 мВ и более отмечена в 25% случаев. Вместе с тем при окклюзии одного сосуда в 4,2% случаев и при поражении 3-х сосудов без гемодинамически значимого стеноза (8,3%) не отмечалось депрессии сегмента ST. При среднесуточном ЧСС 79-90 ударов в 1 мин.регистрировались частые желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) с эпизодами групповых Эс, неустойчивые мономорфные желудочковые тахикардии (ЖТ). Во время проведения КАГ у нескольких пациентов индуцирована ЖТ "пирует", купированная ЭИТ. При среднесуточном ЧСС 50-60 уд. в 1 мин. отмечены ЖЭС в непатологическом количестве, жизнеугрожаемых аритмий не было. По данным ЭхоКГ на фоне некоторого снижения ФВ (в среднем до 54%) в 20% случаев выявлены зоны гипо-акинеза-дискинеза ЛЖ, связанные не только с ПИКС, но и вероятно с гибернирующим миокардом.

Таким образом, коронароангиография является одним из основных методов верификации ИБС; – Эффективность метода возрастает при сопоставлении с данными неинвазивных методов исследования и позволяет помочь осуществлению мероприятий по профилактике ИБС.

112 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Секисова М.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Понимание важного значения микроциркуляторных (МЦ) процессов в жизнедеятельности организма всегда привлекало к ним внимание исследователей. В настоящее время очередной подъем интереса к МЦ, по-видимому, связан с разработкой и внедрением в исследовательскую деятельность метода лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ), основанного на регистрации скорости кровотока на уровне микрососудистого русла. При использовании ЛДФ выявлены значительные индивидуально-типологические разнообразия тканевого кровотока, как у здоровых лиц, так и у больных с различной патологией. По принятой классификации выделяют следующие гемодинамические типы МЦ (ГТМ): нормоциркуляторный (НГТМ), гиперемический (ГГТМ), спастический (СГТМ) и застойно-стазический (ЗГТМ). Исследования продемонстрировали, что описанные ГТМ имеют различное патологическое значение. Однако есть основания полагать, что выявленные однотипные ГТМ характеризуются своеобразием у здоровых – больных.

Целью исследования явилось проанализировать особенности идентичных ГТМ у практически здоровых лиц и больных артериальной гипертонией (АГ) 2-3 степени.

Исследовано 80 больных АГ 2-3 степени и 40 практически здоровых лиц.

У здоровых НГТМ выявлен в 41,6% случаев, ЗГТМ – у 17,2%. У больных с большей частотой обнаруживался ЗГТМ (33,7%), в то время как НГТМ выявлялся в 3 раза реже (10,4%). У здоровых лиц НГТМ характеризовался максимальной сбалансированностью процессов регуляции МЦ и в равной мере был представлен эндотелиальным, нейрогенным и миогенным компонентами. У больных АГ данный ГТМ также можно отнести к наиболее сбалансированному варианту МЦ процессов, которые, однако, достигались более напряженным функционированием механизмов регуляции МЦ. МЦ картина здоровых с ЗГТМ отличалась существенными изменениями: низким уровнем тканевой гемоперфузии, ограничением резервов капиллярного кровотока, вызванным компенсаторной активизацией вазолитических процессов уже в состоянии покоя, и, вероятно, уменьшением анатомической плотности микрососудистого русла. При этом наблюдалась выраженная интенсификация активных компонентов его контроля: эндотелиального, нейрогенного, миогенного. У больных АГ с ЗГТМ МЦ картина характеризовалась однонаправленными изменениями, отличающимися от группы здоровых большей выраженностью обнаруженных сдвигов при наклонности к вазоконстрикции. Последнее, вероятно, обусловлено дисфункцией эндотелия и неадекватностью его реагирования на метаболические запросы тканей. Следует подчеркнуть, что грубые изменения МЦ у больных АГ проявляются на фоне истощения механизмов ее контроля, прежде всего за счет активного компонента.

Таким образом, анализ МЦ картины с определением гемодинамических типов периферического кровотока методом ЛДФ позволяет выделить категорию практически здоровых лиц с высокой вероятностью развития заболеваний, а среди больных АГ – группу пациентов с высоким риском поражения органов-мишеней и плохим прогнозом.

113 НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Шевелёк А.Н., Кетинг Е.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель исследования – изучить роль наджелудочковой экстрасистолии в качестве возможного фактора риска рецидивов фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Обследованы 112 пациентов (76 мужчин и 36 женщин, средний возраст 58,7±10,5 лет) с ишемической болезнью сердца (ИБС) (стабильной стенокардией II-III функционального класса), мягкой или умеренной артериальной гипертензией (АГ) и компенсированной (не выше II функционального класса (NYHA)) хронической сердечной недостаточностью, имевших пароксизмы ФП в анамнезе. Все пациенты регулярно принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, статины, пероральные антикоагулянты, антитромбоцитарные и антиаритмические препараты III класса. Исходно больным проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) с помощью комплекса "Кардиотехника 4000" ("ИНКАРТ", Россия) с оценкой наджелудочковых нарушений ритма. В течение последующих 6 мес ежемесячно оценивалось наличие рецидивов ФП.

Результаты исследования. За период наблюдения у 70 (62%) пациентов (1-я группа) возникли рецидивы ФП, у остальных 42 (38%) (2-я группа) сохранялся синусовый ритм. Существенных различий по полу, возрасту и клиниче-

ской характеристике пациентов между группами не было. Одиночные суправентрикулярные экстрасистолы были зарегистрированы у 64 (89%) пациентов 1-й группы и лишь у 17 (43%) – 2-й (χ^2=14,63, p<0,001). Их количество за сутки было достоверно (p<0,05) выше в 1-й группе (524,0±28,6) по сравнению со 2-й (138,2±13,6). Парные суправентрикулярные экстрасистолы отмечались у 27 (37%) больных 1-й группы и у 4 (10%) – 2-й (χ^2=5,09, p=0,024), причем среди пациентов 1-й группы они регистрировались в большем количестве (12,4±3,6 и 4,8±3,2 соответственно, p<0,05). По результатам однофакторного логистического регрессионного анализа большое количество одиночных наджелудочковых экстрасистол (> 356 за сутки) ассоциировались с существенным (p<0,001) возрастанием риска развития рецидивов ФП (отношение шансов 1,14, 95% доверительный интервал 1,03-1,18).

Выводы. У пациентов со стабильной ИБС и АГ наджелудочковая экстрасистолия, выявляемая при суточном мониторировании ЭКГ, является достоверным фактором риска развития рецидивов ФП в ближайшие 6 мес.

114 СПОСОБ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Вебер В.Р., Дьяков А.С., Бондаренко В.С., Антонов Е.К., Евсеев М.Е.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: оценить изменение в течение дня функцию эндотелия у больных с впервые выявленным сахарным диабетом (СД) II типа, ее, а также влияние на функцию эндотелия холодового стресса.

Материал и методы. Обследовано 11 больных с впервые выявленным СД II типа в возрасте 40–60 лет (средний возраст 49,4±5,8). Контрольная группа включила 5 практически здоровых, не страдающих СД и другими заболеваниями, средний возраст 47,5±1,1 лет. Эндотелийзависимую вазодилатацию плечевой артерии (ПА) изучали по методу, предложенному D.S.Celermajer (1992) в модификации О.В. Ивановой (1997) (проба с реактивной гиперемией). Увеличение диаметра плечевой артерии через 60 секунд на фоне реактивной гиперемии на 10% и более считали нормальной реакцией.

Далее проводили пробу на фоне холодового стресса: первые 3 мин проводилась проба с реактивной гиперемией, далее присоединялась холодовая проба в течение 1 минуты. Через 60 секунд после окончания пробы измеряли внутренний диаметр ПА. Оценка эндотелиальной функции (ЭФ) пробой с реактивной гиперемией проводилась три раза в день (7.30, 14.00 и 20.00).

Результаты исследования выявили значительное снижение выраженности реакции ПА на проводимый тест с реактивной гиперемией в вечернее время у больных СД (ΔПА=+11,8% утром, ΔПА=+13,0% в обеденное время и ΔПА=+6,7% вечером). У практически здоровых лиц средние результаты теста с реактивной гиперемией значимо не менялись в течении дня (ΔПА +17,3% утром, +16,6% в обеденное время и +15,0% вечером).

Результаты теста с реактивной гиперемией на фоне холодовой пробы у больных СД выявили аналогичное снижение реакции ПА в вечернее время (с ΔПА=+12,8% утром и ΔПА=+12,8% в обеденное время до ΔПА=+6,4% вечером). В то время как у практически здоровых значимого изменения результатов “сочетанного” теста не было выявлено (ΔПА +15,6% утром, +15,6% в обеденное время и + 17,4% вечером).

Таким образом, у больных с впервые выявленным СД нарушение ЭФ выявлено впервые только в вечернее время. Исследования показали высокую степень воспроизводимости результатов манжеточной пробы у больных СД – стабильно регистрировались патологические изменения манжеточной пробы в вечерние часы у этих больных в последующие дни исследования. Утром показатели манжеточной пробы восстанавливались до нормальных значений.

Таким образом, функциональную эндотелиальную дисфункцию (ЭД) у больных СД можно выявить в вечерние часы, что, вероятно, связано с особенностями вегетативной регуляции сосудов. Данные манжеточной пробы в утренние и дневные часы не позволяют делать выводы об отсутствии ЭД у больных сахарным диабетом. Исследование эндотелиальной функции сосудов в течение дня у больных с впервые выявленным СД II типа позволяет выявить эндотелиальную дисфункцию на самых ранних этапах ее развития.

115 ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И РАЗВИТИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН

Велижанин С.И., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Ишемическая болезнь сердца влияет на качество жизни пациентов, в том числе и на их сексуальную активность.

Целью исследования было оценить взаимосвязь факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) и развитие сексуальной дисфункции (СД).

Материалы и методы. Было обследовано 147 мужчин в возрасте 32- 68 лет (средний возраст 51,8±0,6 года) с ИБС. Оценивали следующие факторы риска развития ИБС: гипертоническая болезнь, отягощенность семейного анамнеза по ИБС и ГБ, табакокурение, стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в сутки, индекс массы тела, общий холестерин (ммоль/л). Все больные были осмотрены врачом-сексологом: проводилось клиническое исследование и анкетированный опрос для оценки характера нарушений либидо, эрекции, эякуляции, оргазма.

Результаты. Проявления сексуальной дисфункции были выявлены у 81 (54,7%) пациента. Из них расстройство сексуального влечения было отмечено у 37(45,6%), сексуальное отвращение у 12 (14,8%), эректильное расстройство у 22 (27,2%) человек, расстройство эякуляции у 7(8,6%), и оргазмическая дисфункции у 3 (3,7%) больных. При анализе факторов риска ИБС у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца с СД, уровень общего холестерина был достоверно выше, чем аналогичный показатель в группе без СД. По таким факторам риска, как артериальная гипертония и отягощенная наследственность, достоверных отличий между группами выявлено не было. Пациенты не имели достоверных отличий по показателю индекса массы тела, также не выявлено значимых отличий по количеству пациентов, имеющих избыточную массу тела, как в группе, имеющих СД, так и в группе без СД. В указанных группах не было выявлено достоверных отличий по табакокурению, однако, в группе пациентов, имеющих СД, как стаж курения, так и ежедневное количество выкуриваемых сигарет были достоверно больше.

Выводы. Таким образом, сексологическое исследование больных ИБС позволило выявить различные варианты сексуальных дисфункций у 54,7% больных. В структуре сексуальных нарушений преобладали расстройства, характеризующиеся снижением сексуальной активности и отказом от нее, а также эректильным расстройством. Был выявлен достоверно больший уровень общего холестерина, стаж курения, и ежедневное количество выкуриваемых сигарет в группе пациентов, имеющих сексуальную дисфункцию, что можно оценивать как фактор риска возникновения сексуальных нарушений у больных ИБС. Полученные результаты подтверждают необходимость активного внимания со стороны кардиологов к этой стороне жизни пациентов и профилактике факторов риска ИБС.

116 АРИТМИИ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Веневцева Ю.Л., Мельников А.Х., Борисова О.Н., Казидаева Е.Н.

Медицинский институт Тульского государственного университета, Тула, Россия

В настоящее время в многочисленных исследованиях доказана взаимосвязь между синдромом апноэ-гипопноэ во сне (САС) и болезнями сердечно-сосудистой системы, однако только немногие авторы изучали особенности паттерна дыхания во время сна и нарушения ритма сердца у подростков и лиц молодого возраста (Лышова О.В., 2006-2010).

С целью изучения взаимосвязи между особенностями паттерна дыхания и данными мониторирования ЭКГ+АД было обследовано 47 юношей и молодых людей 16-29 лет (средний возраст, M±SD, 19,9±3,6 года, рост 180,0±7,7 см, вес 82,0±16,6 кг) с синдромом вегетативной дисфункции или прегипертензией 1-2 ст. (САД от 120 до 140 мм рт.ст.), а также 6 девушек (19,8±2,2 года, 165,5±4,8 см и 61,1±14,3 кг). Паттерны дыхания оценивали по реопневмограмме (Инкарт, СПб).

Феномены апноэ/гипопноэ (А/Г) во сне в количестве =>5 отмечены у 70,8% молодых людей. Никто из обследованных не жаловался на нарушения дыхания или храп. 15 юношей (31,2%) имели повышенную массу тела (ИТМ 25-29 кг/м2), у 9 (18,8%) ИМТ был равен или превышал 30 кг/м2 (ожирение). По числу зарегистрированных эпизодов А/Г были выделены 3 группы: 1 – до 5 эпизодов в час (норма для взрослых, среднее 3,15±1,0, n=13), 2 – с А/Г от 5 до 9 (6,9±1,3, n=23) и 3 – с 10-15 эпизодами в час (12,5±2,8, n=12). Следует отметить, что в педиатрической практике допускается только 1 эпизод А/Г в час, в то время как у взрослых число А/Г от 5 до 14 соответствует легкой степени САС, 15-29 эпизодов – средней степени и свыше 30 – тяжелой степени САС.

Рост был достоверно выше у юношей 1 группы (184,5±8,0 см), чем 2 (177,9±7,3 см, P<0,01) и 3 группы (179,1±7,0 см, P<0,05), в то время как вес был одинаковым (82,1±18,1, 82,3±18,5 и 81,4±12,0 кг).

Не найдено различий в ЧСС как днем (84, 86 и 84 уд/мин), так и ночью (60, 61 и 57,5/мин) во всех группах, так и в средней величине САД днем в 1 и 3 группе (136,2±12,9 и 137,2±8,7 мм рт.ст.), а также ночью (119,8±13,2 и 121,0±7,0 мм рт.ст.).

Однако показатели вариабельности сердечного ритма различались в ночное время, когда мощность волн диапазонов LF и HF была выше в 3 группе, чем в 1 (P<0,01). Подростки 2 группы по этим показателям занимали промежуточное положение. У 100% пациентов 3 группы в ночное время регистрировались паузы длительностью до 2 с (в 1 группе – в 84,6%), однако часто – альтернация волны Т (50 и 38,5%), но достоверно чаще – АВ-блокада 2 ст. 2 типа (16,7 и 0%) и СА-блокада (в 33,3 и 0%). Слабая, но достоверная обратная корреляция наблюдалась между длиной тела и ИАГ (r=- 0,30), но не весом, который был положительно связан с величиной САД (днем) и ДАД (как днем, так и ночью), а также отрицательно – с % снижения САД и мощностью волн VLF и LF в ночное время.

У девушек ИАГ был меньше (3,8±2,7 и 7,3±3,9, P<0,001) за счет снижения эпизодов Г, ниже мощность волн VLF ночью, выше нормализованная мощность волн HF как днем, так и ночью, а также ниже САД днем (P<0,02) при одинаковой ЧСС.

Таким образом, феномены А и Г во сне достаточно часто встречаются у лиц молодого возраста, особенно у юношей невысокого роста на фоне повышения мощности вазомоторных (LF) и дыхательных (HF) волн в ночное время.

117 КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Веневцева Ю.Л., Казидаева Е.Н., Мельников А.Х., Борисова О.Н., Гомова Т.А.

Медицинский институт Тульского государственного университета, Тула, Россия

Прегипертензия и кардиометаболический синдром, частота которых неуклонно возрастает, обсуждались на Международной конференции 24-27 февраля 2011 года в Вене, Австрия.

С целью выяснения особенностей функционального состояния лиц призывного возраста с разной массой тела (МТ) проанализированы данные 85 подростков и молодых людей 15-25 лет (средний возраст 17,9±0,2 года). АГ выявлена у 35,4%, нейроциркуляторная астения (НЦА) по смешанному типу – у 32,9% у остальных – НЦА по кардиальному типу.

Кроме ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, клинического и биохимического анализа крови (общий холестерин, креатинин, мочевина, глюкоза крови, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, общий белок), всем было выполнено холтеровское мониторирование ЭКГ и/или АД (Инкарт, СПб).

Подростки были разделены на 3 группы: с недостаточной (ИМТ 15,3-18,3 кг/м^2) – 37,7%, с нормальной (ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2) – 42,4% и с избыточной МТ и ожирением (ИМТ 25,5-40,1 кг/м^2) – 20%. Антропометрические показатели (рост и вес) и возраст в выделенных подгруппах составили 179 см, 55,1 кг, 17,2±0,3 года; 180 см, 66,8 кг, 17,8±0,4 года; 181,9 см, 95,8 кг и 19,5±0,6 года (p<0,001 и p<0,01 соответственно).

Анализ данных ЭхоКГ показал прогрессивное увеличение толщины ЗСЛЖ и МЖП с ростом МТ, составивших 7,6±0,2, 9,1±0,2 и 9,9±0,3 мм, при этом толщина МЖП была одинакова у лиц 1 и 2 группы (8,5±0,3 и 8,8±0,2 мм) и была достоверно выше в 3 группе (10,1±0,3 мм), как и размеры обоих желудочков и предсердий. Частота выявления изолированных ложных хорд на ЭхоКГ не зависела от ИМТ, составляя 13,9-17,7%, ПМК наблюдался в 5,6 – 12,5%, сочетание ПМК+хорда – в 15,6-25% случаев.

Общий холестерин был достоверно выше у юношей 3 группы (4,66±0,25 ммоль/л) по сравнению с 1 группой (3,9±0,1 ммоль/л; p<0,01), а показатель холестерина во 2 группе занимал промежуточное положение (4,2±0,13 ммоль/л). Величина АлАТ также была достоверно выше в 3 группе (44,5±5,3 Ед/л), чем в 1 (28,3±1,5 Ед), как и величина САД и ДАД.

У юношей с нормальной МТ обнаружены прямые корреляции между средней величиной ЧСС днем и общим количеством лейкоцитов (Л, r=0,66), а также циркадианным индексом ЧСС и числом палочкоядерных Л (r=0,68). Показатель средней ЧСС ночью был отрицательно связан с количеством эозинофилов (r= -0,86), числом лимфоцитов (r= -0,76), с показателем индекса стресса (отношение л/сн, r= -0,79) и положительно – с количеством сегментоядерных Л (r=0,77).

В 3 группе выявлены корреляции мощности волн симпатоадреналового звена регуляции – VLFд, LFд и VLFн с общим количеством эритроцитов (r= -0,70; r= -0,64 и r= -0,71); также, как и в 1 группе, средних величин ЧСС днем и ночью с числом Л (r=0,69 и r=0,67) и, кроме того, числа эозинофилов с мощностью дыхательных волн HFн (r=0,67) и симпатовагальным балансом – LF/HFн (r=-0,64). Только в 3 группе наблюдалась корреляция между показателем% ночного снижения САД и числом лимфоцитов (r=-0,78), что указывает на напряженность адаптации.

Полученные данные свидетельствуют о четком влиянии МТ на функциональное состояние лиц молодого возраста, подтверждая системный характер и напряженность адаптации при ее повышении.

118 СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА: КОРРИГИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Вершинина А.М., Гапон Л.И., Бусарова Е.С., Третьякова Н.В., Реут Ю.С., Молотилова С.А., Попова С.Н., Плюснин А.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель работы: оценить особенности сосудистого ремоделирования путем исследования состояния жесткости артерий и толщины сосудистой стенки у больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС); показать влияние комбинированной антигипертензивной терапии на состояние жесткости артерий при данной патологии.

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов (48 больных АГ 1-111 степени с признаками МС, нарушениями липидного (по уровню ОХС и ТГ) и углеводного обмена и 20 пациентов контрольной группы). Контрольная группа представлена пациентами АГ без метаболических нарушений. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ, уровню офисного АД. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ, PWV) на каротидно – феморальном участке проводили с помощью сфигмографической приставки АПК "Полиспектр – 12" (Россия), лодыжечно–плечевого индекса, сфимограф Vasera VS – 1000 Series (Fukuda Denshi, Япония). Исследование толщины интима – медия (ТИМ) сонных артерий проводили на аппарате GE "Virid 4" с использованием мультичастотного линейного датчика. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили на аппарате АВРМ-04 "Meditech", Венгрия. Пациенты АГ при МС случайным методом были разделены на 2 группы (26 и 22 пациента): 1 группа получала комбинированную терапию фозиноприлом 10-20 мг/с в сочетании с гидрохлортиазидом (ГХТ) 12,5 мг/с; 2 группа – монотерапию фозиноприлом 10-20 мг/с; длительность терапии составила 16 недель.

Результаты исследования: Выявлено повышение показателей жесткости артерий у больных АГ на фоне МС по сравнению с контрольной группой (увеличение параметров СРПВ ($p<0,05$) и снижения лодыжечно – плечевого индекса, ($p<0,05$). Отмечена тенденция к увеличению ТИМ у больных обеих групп ($p>0,05$), более выраженная в основной группе. Увеличение жесткости сосудистой стенки (PWV, CAVI) положительно коррелировало с систолическим и диастолическим АД ($p<0,001$; $p<0,05$, соответственно). Отмечена положительная корреляционная зависимость жесткости сосудистой стенки (PWV, CAVI) с толщиной ТИМ ($p<0,05$). Параметры жесткости артерий положительно взаимосвязаны с ИМТ, показателями гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), уровнем ОХС и ТГ крови ($p<0,05$). На фоне комбинированной терапии у пациентов 1 группы отмечено достоверное снижение CAVI с 7,68±0,22 до 7,18±0,20 ($p<0,05$) и PWV с 13, 18±0,33 м/с до 12,46±0,28 м/с ($p<0,05$). Во 2 группе на фоне монотерапии так же регистрировались достоверные изменения данных показателей, однако в несколько меньшей степени, в сравнении с 1 группой. Наиболее показательная динамика CAVI отмечена у пациентов АГ 11 степени, а PWV – при АГ 111 степени – на фоне комбинированной терапии.

Заключение. У пациентов АГ на фоне МС наблюдается повышение жесткости артерий в сравнении с пациентами АГ без МС. Состояние жесткости артерий ассоциируется с уровнем АД; отмечена ее взаимосвязь с поражением других органов – мишеней, рядом метаболических факторов. Комбинированная терапия ИАПФ фозиноприла в сочетании с ГХТ оказывает благоприятное влияние на показатели жесткости артерий и процессы сосудистого ремоделирования при АГ на фоне МС.

119 КОМПЬЮТЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Вершинина Т.В., Воробьёва Е.Н., Лещенко В.А., Левкин И.В.
КГУЗ "Диагностический центр Алтайского края", ГОУ ВПО АГМУ, Барнаул, Россия

Задачей настоящего исследования явилась разработка компьютерной программы выявления вероятности развития сахарного диабета.

Методы исследования. Было обследовано 2300 лиц из организованной популяции городских жителей из них – 912 мужчин (средний возраст 40,53±12,39 лет) и 1388 женщин (средний возраст 40,79±13,28 лет) на базе КГУЗ "Диагностический центр Алтайского края". У всех пациентов проводили анкетирование для выявления традиционных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (возраст, наличие курения, семейный анамнез), антропометрию (масса тела, рост с расчетом индекса массы тела (ИМТ), окружность талии – ОТ и бедер – ОБ с расчетом индекса ОТ/ОБ), клиническое исследование (измерение артериального давления), ЭКГ. Выполняли лабораторные исследования сыворотки крови – липиды и липопротеиды, глюкозу. Исследовали венозную кровь, взятую после 12-14 часового голодания утром, натощак.

Кроме того, проводили специальное анкетирование по исследованию уровня ежедневной физической нагрузки, частоты употребления овощей и фруктов, приема антигипертензивных препаратов, о наличии СД у родственников, что учитывается в финской шкале риска развития СД (FINnish Diabetes Risk SCore – FINDRISC), рекомендованной Европейским обществом кардиологов (2007) "Сахарный диабет, преддиабет и сердечно-сосудистые заболевания".

Полученные результаты. На основе FINDRISC была разработана компьютерная программа с применением искусственных нейронных сетей, осуществляющая прогнозирование риска развития СД. Информационная система состоит из ряда независимых подпрограмм и реализует все процедуры, связанные с созданием исходных массивов показателей, позволяет формировать регистр пациентов с выявленными отклонениями, проводить статистическую обработку данных с использованием элементов многомерного статистического анализа. У пациентов различных возрастных групп были выявлены увеличение ИМТ, ОТ, индекса ОТ/ОБ, нарушения липидного обмена, гипергликемия и другие факторы риска. Анализ данных и использование их при апробации программы выявило, что среди обследованных пациентов – 7% имеют очень высокий риск развития СД (>20 баллов).

Выводы. Разработанная оригинальная компьютерная программа позволяет выявлять угрожаемых по риску развития СД пациентов и проводить раннюю профилактику в группах высокого и очень высокого риска.

120 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Веселовская Н.Г.
Алтайский краевой кардиологический диспансер, Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Пациенты с метаболическим синдромом (МС) относятся к категории высокого сердечно-сосудистого риска. Поэтому определение ранних маркеров сердечно-сосудистых осложнений у данной категории пациентов является актуальной проблемой современной кардиологии. Важную роль в прогрессировании сердечно-сосудистых осложнений играет эпикардиальный жир (ЭЖ), который в силу тесных анатомических и функциональных связей с миокардом, оказывает непосредственное влияние на коронарный кровоток и сердечную мышцу.

Целью работы явилось изучение взаимосвязи толщины ЭЖ (тЭЖ) с метаболическими факторами риска, нейрогуморальной активностью висцеральной жировой ткани и степенью атеросклеротического поражения коронарного русла у пациентов с МС.

Материалы и методы. Обследованы 96 мужчин с МС (ВНОК, 2007) в возрасте 33-70 лет, средний возраст 56,94±0,97 лет. Все пациенты имели ИБС: стенокардию напряжения II-III функционального класса. Группу 1 составили пациенты с тЭЖ≥7 мм (n=46), группу 2 пациенты с тЭЖ<7 мм (n=50). Средние показатели ОТ в группах составили 102,3±3,1 см и 100,8±2,1 см соответственно и достоверно не отличались. Всем пациентам проводились лабораторные исследования сыворотки крови с определением глюкозы, СРБ, липидного спектра, уровня лептина, адипонектина и резистина. ЭЖ оценивался с помощью ЭхоКГ в В-режиме.

Всем пациентам проводилась диагностическая коронароангиография.

Результаты. В группе 1 средние показатели тЭЖ составили 8,6 ±1,2 мм, в группе 2 – 5,3 ±0,9 мм (p=0,029). Средние показатели глюкозы крови в группе 1 были 6,9 ±0,9 ммоль/л, в группе 2 – 4,2±0,8 ммоль/л (p=0,027). Анализ показателей липидного спектра крови выявил достоверные различия средних значений ОХС, ТГ и ХСЛПНП между группами. При изучении степени нейрогуморальной активности висцеральной жировой ткани было выявлено, что в группе 1 средние показатели лептина и резистина составили 25,6±3,2 нг/мл и 14,5±1,7 нг/мл, в группе 2 – 16,1±1,4 нг/мл (p=0,006) и 10,2±1,1 нг/мл (p=0,034) соответственно. Средние показатели тЭЖ в группе с 3-х сосудистым поражением составили 9,3±1,1 мм и были выше, чем в группах с 2-х сосудистым и 1-сосудистым поражением, соответственно, 4,5±0,8 мм (с группой 1 p=0,001) и 4,3±0,7 мм (с группой 1 p =0,005). Кроме того, было выявлено, что в группе 1, обследуемых с тЭЖ ≥7 мм, 3-х сосудистое поражение коронарного русла было выявлено у 60% пациентов (n=28), в группе 2 (тЭЖ<7 мм) множественные стенозы коронарных артерий обнаружено только у 27% пациентов (n=14) (p<0,05).

Выводы: Определение тЭЖ может служить скрининговым методом выявления ранних сердечно-сосудистых осложнений, формирования группы риска наличия доклинических стенозов коронарных артерий, у пациентов с ожирением и МС для своевременного назначения соответствующего комплекса профилактических и лечебных мероприятий.

121 ДИНАМИКА ЦИРКАДИАННЫХ РИТМОВ АД И ЧСС НА ФОНЕ ГОДИЧНОЙ ХРОНОТЕРАПИИ β-БЛОКАТОРОМ (БИСОПРОЛОЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

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

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия; Филиал МСЧ ООО "ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ", поселок Ямбург, Россия; ГОУ Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Цель: изучить изменения хронобиологических параметров циркадианных ритмов АД на фоне хронотерапии β-блокатором (бисопролол) у больных с АГ 2 стадии, 2 степени (АГ2 ст.) в условиях заполярной вахты.

Методы исследования: обследовано 307 пациентов, мужского пола с АГ 2 ст. (средний возраст – 48,6±6,1 лет, северный стаж – 17,5±6,8 лет, работа вахтой – 12,5±4,7 лет). Диагноз верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008–2010гг). Всем обследованным выполнено СМАД на "чистом" фоне или на 3-4 день отмены гипотензивных препаратов. Кроме стандартного был проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипа АД. Монотерапия бисопрололом в дозе 5 мг\с в течение года проведена у 97 человек: 65 человек были пролечены в режиме "хронотерапии" (группа 1), 32 пациента в режиме обычного лечения (группа 2).

Результаты: по данным первичного СМАД среднесуточное АД у больных АГ составило 138,0±9,3/92,2±7,4 мм рт.ст. Суточный профиль по САД "dipper" регистрировался у 35,2%, "non dipper" у 50,5%, "over dipper" – у 2,9%, "night peaker" – у 11,4%. На основании хронобиологических нормативных коридоров (хронодезмов) у пациентов с АГ были выделены следующие хронотипы АД: "нормотензия" – 29,3%, "аллонормотензия" – 11,8%, "изонормотензия" – 3,6%, "МЕЗОР – гипертензия" – 33,6%, "апериодическая гипертензия" – 1,95%, "фазовая реверсивная МЕЗОР – гипертензия" – 16,3%, "амплитудная гипертензия" – 3,3%, "амплитудно–фазовая (реверсивная) гипертензия" 0,33%. В группе 1 отмечено значимое снижение суточных, дневных и ночных значений САД и ДАД, ночной вариабельности ВСАДн и ВДАДн, суточной ВДАД, выявлено увеличение СИСАД (с 7,0±6,4 до 9,9±4.8, P = 0,0077), СИДАД (с 7,3±7,3 до 11,6±6,5, P=0,0012). В гр.2 определена тенденция к уменьшению значений суточных индексов АД (СИСАД – с 8,0±6,5 до 6,1±4.0, P = 0,2282 СИДАД – с 8,3±6,8 до 6,8±3.8, P=0,3530). В гр.1 в процессе лечения имело место увеличение числа пациентов с нормальным хронотипом (с 24,6% до 58,6%, P = 0,0003). В гр.2 на фоне снижения АД увеличилось число лиц с изонормотензией (с 6,25% до 25,0%, P = 0,0557). Применение β-блокатора привело к десинхронозу ритмов АД и ЧСС в обеих группах за счет выравнивания дневных и ночных значений и уменьшения значений циркадных индексов с 14,1±5,4 до 11,3±5,7, P = 0, 0082 в гр.1, и с 13,7±7.3 до 8.9±5,9, P = 0, 0047 в гр.2. В группе 1 не отмечено лучшей клинической переносимости приема препарата.

Выводы. В условиях заполярной вахты течение АГ характеризуется выраженным нарушением суточных ритмов АД. Хронокоррекция терапии бета-блокатором (бисопролол) у больных АГ 2 ст. улучшает характеристики суточных ритмов АД, но ведет к появлению десинхроноза ритмов ЧСС и АД, что влияет на клиническую переносимость препарата.

122 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С БРАДИСИСТОЛИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Видишева О.Н., Тюкалова Л.И., Вершинина Е.О., Попов С.В.

ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития, кафедра поликлинической терапии, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить влияние постоянной электрокардиостимуляции (ЭКС) на свертывающую систему у пациентов с брадиаритмиями.

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 в учреждении НИИ кардиологии СО РАМН г. Томска с июня 2007г по июнь 2009г. Показания для имплантации постоянного ЭКС соответствовали общепринятым при брадиаритмиях: у 22 больных имела место АВ блокада II–III ст., у 27-СССУ I-II типов, у 3-бинодальная болезнь, у 6-эпизоды брадисистолии при ХФФП. У 15 пациентов ЭКС был установлен перед радиочастотной аблацией АВ соединения по поводу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. У 48 (66%) пациентов в качестве основного заболевания была ишемическая болезнь сердца у 15 (21%) – гипертоническая болезнь, у 4 (6%)–хронический миокардит, 2 (3%)-страдали ревматизмом, у 4 (6%)–другие заболевания. У 41 пациентов (56%) проводилась стимуляция в режиме VVI/VVIR, у 2 (3%)–AAIR, у 30 (41%)–в режиме DDDR. Всем пациентам исходно, на 1, 3, 7 сутки, через 1, 6 и 15 месяцев проводилось исследование показателей коагуляционного гемостаза; исходно, на 7 сутки, через 1 и 6 месяцев углублённое изучение ряда маркёров отдельных звеньев свёртывающей системы (Д-димер, интерлейкин (ИЛ-1В), ингибитор активатора плазминогена (PAI), тканевой активатор плазминогена (t-PA), фактор Виллебранда (ФВ), фактор некроза опухоли (ФНО- α)).

Результаты. В ходе исследования мы наблюдали активацию свёртывающей системы и фибринолиза в течение первого месяца после операции имплантации ЭКС в виде достоверного увеличение (p≤0,05 по сравнению с исходным значением) в крови уровня общего фибриногена (с 3,71±1,05 до 4,35±1,29 г/л), РФМК (с 6,6±3,43 до 9,09±4,75 мг%) и D-димера (294,0±508,2 до 891,7±847,1 ng/ml). Через 6 и 15 месяцев

средние значения этих показателей вернулись к исходным. Кроме того, через полгода после имплантации ЭКС анализ показал достоверное снижение (p≤0,05) уровня ФНО-α (с 46,9±42,7 до 27,6±16,5 пкг/мл) и ФВ (138,4±42,3 до 113,3±40,4 u/ml), имелась так же тенденция к снижению (p≤0,1) уровня PAI-1 (с 83,9±38,1 до 70,8±30,8 нг/мл).

Выводы: Таким образом, нами не выявлено усиления процессов воспаления и активации гемостаза в отдалённый период после имплантации ЭКС. Изменения гемостаза в течение первого месяца могут быть связаны с хирургической травмой и ранними осложнениями. Достоверное снижение уровня ФНО-α, ФВ, PAI-1 через 6 мес в наблюдаемой группе больных можно трактовать на наш взгляд следующим образом: имплантация ЭКС привела к уменьшению проявлений сердечной недостаточности вследствие устранения брадиаритмий и нормализации сердечного ритма.

123 НАГРУЗКА НА ОРГАНЫ-МИШЕНИ ПОВЫШЕННЫМ И ПОНИЖЕННЫМ АД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТОПРОЛОЛА

Виноградов А.И., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Кулик Н.А.
Институт медицинского образования Новгородского Государственного университета имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования: исследовать нагрузку повышенным и пониженным АД на органы-мишени у больных артериальной гипертензией (АГ) мужчин и женщин на фоне лечения метопрололом при достижении клинического целевого уровня АД в течение месяца.

Материал и методы исследования: обследовано 2 группы больных АГ II ст. (ESC/ESH 2007): в первую группу вошли 5 женщин, возраст 40-59 лет; вторую группу составили 6 мужчин. Группы были сопоставимы по возрасту.

Всем больным проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью портативного носимого аппарата BP Lab (“Петр Телегин”, Н.Новгород); интервал между измерениями составлял 15 минут/днем и 30 минут/ночью. По итогам СМАД рассчитывались среднедневные и средненочные значения АД, показатели суточного ритма АД, показатели вариабельности АД в дневные и ночные часы, значения утреннего подъема АД. Особое внимание было уделено индексу времени (ИВ) повышенным и пониженным давлением в дневные и ночные часы. Обследование больных проводилось до начала лечения и через 30 дней терапии метопрололом тартрат в суточной дозе 50 мг. В исследование включены только больные, у которых был достигнут целевой уровень клинического АД (офисного АД и АД по данным дневника самоконтроля).

Результаты исследования показали, что на фоне терапии метопрололом достоверно снизился индекс времени (ИВ) повышенным САД в дневные часы. До лечения отмечался повышенный ИВ гипертензии САД днем у 82,1% больных, а через месяц лечения метопрололом ИВ повышенным САД наблюдался у 27,3% больных (ХИ-квадрат = 4,499; p = 0,034). Изменения повышенным САД ночью, повышенным ДАД ночью и днем у обследуемых больных не были статистически достоверными.

ИВ пониженным САД днем до лечения наблюдался у 27,3% больных, а через 30 дней после начала лечения метопрололом отмечался у 81,8% больных (ХИ-квадрат = 4,499; p=0,034).

ИВ пониженным САД ночью до лечения также отмечался у 27,3% больных, а через месяц после начала терапии метопрололом ИВ пониженным САД ночью наблюдался у 91,0% (ХИ-квадрат = 5,593; p=0,018). Другие показатели нагрузки повышенным и пониженным АД на органы-мишени значительных изменений не претерпевали.

Таким образом, на фоне терапии метопрололом отмечался достоверный прирост показателя ИВ повышенным САД в дневные часы, показатели ИВ повышенным ДАД практически не менялись в течение суток, что способствовало увеличению пульсового АД (ПД) в дневные часы. Показатели нагрузки пониженным САД значительно увеличились как в дневные, так и в ночные часы, что вело к значимому снижению пульсового АД в данные временные интервалы. Избыточное увеличение ПД также как и избыточное снижение ПД являются неблагоприятными гемодинамическими сдвигами, повышающими риск развития острых сердечно-сосудистых эпизодов.

124 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЖЕСТКОСТИ И ТОНУСА СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Винокурова И.Г., Давидович И.М., Поскребышев В.П.
ГУЗ “Консультативно-диагностический центр “Вивея”, ГОУ ВПО “Дальневосточный государственный медицинский университет”, Хабаровск, Россия

Цель: оценка гендерных особенностей ауторегуляции сосудистого тонуса и жесткости артерий у пациентов молодого возраста с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследовано 76 пациентов (средний возраст 38,4±2,7 года), 52 мужчины и 24 женщины. АГ 1-ой степени – у 41 (53,9%), 2-ой степени – у 35 (46,1%), гипертоническая болезнь I стадии – у 47(61,8%), II стадии – у 29 (38,2%) больных. Контроль – 38 здоровых лиц соответствующего возраста и пола. Оценивали скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), индекс аугментации (AI) и лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) и толщину комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии на аппарате “VaSera-1000” (Fukuda Denshi, Япония). Ауторегуляцию тонуса среднемозговой артерии (СМА) – методом транскраниального дуплексного сканирования на аппарате VIVID I (GE, Германия) с функциональными тестами метаболической и миогенной направленности с расчетом индекса реактивности (ИР) отражающего реакцию кровотока на проводимую стимуляцию системы ауторегуляции тонуса сосудов. СМАД проводили автоматической амбулаторной системой суточного мониторирования BPLab МнСДП-2 (ООО “Петр Телегин”, Россия) с определением профиля и параметров АД. Статистическая обработка результатов с помощью программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение: в целом показатели КИМ не отличались от контроля и не выходили за пределы нормальных значений, как у мужчин, так и у женщин. У мужчин со 2-ой степенью АГ толщина КИМ была больше, чем с 1-ой степенью АГ и лиц без АГ (0,7±0,04 мм, 0,51±0,02, p_1=0,001, 0,55±0,04, p=0,011 справа и 0,71±0,03 мм, 0,57±0,03, p_1=0,002,0,54±0,05, p=0,004 слева). СРПВ, AI и ЛПИ справа и слева у мужчин и женщин молодого возраста с АГ практически не отличались между собой и группы контроля. В тесте миогенной направленности у пациентов с ГБ было достоверно более слабое расширение СМА как у мужчин (1,14±0,03 и 1,31±0,07, p=0,012), так и у женщин (1,12±0,05 и 1,31±0,07, p=0,044), чем в контроле. При ГБ в 63,6% случаев (p=0,001). наблюдался отрицательный тип реакций кровотока. Расчет ОШ показал, что у лиц молодого возраста с АГ, в отличие от их сверстников с нормальным АД, вероятность возникновения нарушенной ауторегуляции тонуса СМА при проведении миогенной пробы возрастала в 4 раза (95% ДИ 0,42 – 5,39). Оценка реакции на метаболическую стимуляцию показала, что у мужчин и женщин молодого возраста с ГБ она была достоверно ниже, чем у лиц с нормальным АД. При этом среди больных с ГБ процент пациентов с отрицательным типом реакции кровотока был в 4 раза больше, чем среди нормотоников (68,2% и 24,5%, p=0,001). Расчет ОШ установил, что наличие повышенного АД, в отличие от лиц с нормальным АД, увеличивало вероятность нарушения ауторегуляции тонуса СМА в пробе с задержкой дыхания в 5,6 раза (95% ДИ 0,41 – 6,5). Корреляционный анализ показал, что у женщин на нарушение ауторегуляции тонуса СМА в боль-

шей степени оказывают влияние средние дневные и ночные значения САД и ДАД, у мужчин – "нагрузка" давлением (индексы времени и площади гипертонии).

Выводы. Нарушение ауторегуляции тонуса СМА у женщин и мужчин молодого возраста с артериальной гипертензией 1-2 степени носят однонаправленный характер и обусловлены в первую очередь наличием повышенного АД. Вместе с тем, на показатели ауторегуляции тонуса СМА у мужчин и женщин влияют различные параметры СМАД.

125 АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ И АУТОРЕГУЛЯЦИЯ ТОНУСА СОСУДОВ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КУРЕНИЯ

Винокурова И.Г., Хорук Л.Г., Давидович И.М.

ГУЗ "Консультативно-диагностический центр "Вивея", ГОУ ВПО "Дальневосточный государственный медицинский университет", Хабаровск, Россия

Цель исследования: изучить влияние на показатели жёсткости сосудистой стенки и ауторегуляции сосудистого тонуса уровня артериального давления и курения у людей молодого возраста.

Материал и методы: обследовано 68 человек в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст 27,6±4,1 года), у которых впервые зарегистрированы эпизоды повышения АД. Всем было проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) на аппарате BpLab ("Петр Телегин", Россия). Оценка жёсткости сосудистой стенки проводилась методом объёмной сфигмографии на аппарате VaSera – 1000 ("Furuda Denshi", Япония). Оценивали – скорость распространения пульсовой волны (PWV) и индекс жёсткости (CAVI). Состояние ауторегуляции тонуса средней мозговой артерии (СМА) определяли методом транскраниального дуплексного сканирования на аппарате VIVID I (GE, Германия). В качестве функциональных нагрузочных тестов миогенной и метаболической направленности применяли пробу с сублингвальным приёмом нитроглицерина и пробу с задержкой дыхания. Определяли усреднённую по времени максимальную скорость кровотока (TAMX) в СМА с двух сторон с расчётом индекса реактивности (ИР), отражающего реакцию кровотока на проводимую стимуляцию системы ауторегуляции тонуса сосудов. Статистическая обработка результатов с помощью программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение: по данным СМАД пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли лица с АГ пограничного уровня и уровня 1 степени. Во 2 группу – с таким же уровнем АД и курящие. Контрольную группу составили некурящие пациенты с нормальными среднесуточными показателями уровня и профиля АД. В 1-ой группе были выявлены более высокие показатели индекса жёсткости CAVI (6,6±0,22) по сравнению с контрольной группой (5,7±0,32, $p<0,05$). Во 2 группе – индекс жёсткости CAVI был достоверно выше как по сравнению с группой гипертоников-некурильщиков, так и с группой контроля (7,2±0,46 ($p<0,01$). Достоверной динамики PWV у пациентов 1 и 2 группы по сравнению с группой контроля выявлено не было. При оценке ауторегуляции тонуса СМА установлено, что реакция на метаболическую стимуляцию (проба с задержкой дыхания) у пациентов с АГ была достоверно ниже, чем у лиц с нормальным уровнем АД. При проведении теста миогенной направленности установлено, что у пациентов с АГ, в отличие от молодых людей с нормальным уровнем АД, в ответ на сублингвальный приём нитроглицерина наблюдалось достоверно более слабое расширение СМА. При этом средние значения ИР были достоверно ниже (1,13+0,03), чем у нормотоников (1,31+0,07, $p=0,012$). Достоверного отличия реакции у курящих и некурящих пациентов выявлено не было.

Выводы: изменение эластических свойств артерий выявляются уже у пациентов с артериальной гипертонией 1 степени. Курение усугубляет изменение жёсткости сосудистой стенки у молодых пациентов с артериальной гипертонией. Нарушение ауторегуляции тонуса СМА обусловлено в первую очередь наличием повышенного АД.

126 ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТЕТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА И АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Водопьянова М. А., Гридасова Р. А., Водопьянов А. С., Водопьянов С. О.

РостГМУ, РостНИПЧИ Роспотребнадзора, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность заболеваний сердечно-сосудистой системы в настоящее время остается неоспоримо высокой во всем мире. Уже идентифицировано около 250 генов-кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые могут вносить вклад в развитие ИБС. Среди них немаловажную роль играют гены синтетаз оксида азота (NOS), белков ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Этим объясняется интерес к изучению генов эндотелиальной синтетазы оксида азота (NO-синтетаза 3-го типа, NOS3), а также ангиотензин превращающего фермента (АПФ). Перечисленные факторы играют ключевую роль в регуляции тонуса кровеносных сосудов, в работе гладкой мускулатуры сосудистой стенки и процессах тромбообразования.

Цель настоящего исследования состояла в изучении распространенности точечной мутации T/C (786) NOS3 и исерционно-делеционного (I/D) полиморфизма АПФ у больных с ОИМ.

Материалы и методы. В исследование были включены 61 пациент в возрасте от 33 до 88 лет (в среднем 66.2 года). Клиническую группу составили 45 пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Данная группа была подразделена на две подгруппы: 26 человек с острым крупноочаговым инфарктом миокарда (ОИМQ+) и 19 человек с острым мелкоочаговым инфарктом миокарда (ОИМQ-). Группу сравнения составили 16 человек с ИБС. Для исследования брали соскоб эпителиальных клеток со слизистой щеки. Анализ точечной мутации T/C (786) NOS3 проводили методом ПЦР на базе Испытательного лабораторного центра РостНИПЧИ Роспотребнадзора. Полученные результаты анализировали путем расчета отношения шансов (ОШ) и доверительных интервалов (ДИ) для 95% уровня значимости.

Результаты. В нашем исследовании не выявлено достоверной разницы в распределении генотипов I/D полиморфизма АПФ и NOS3 по точечной мутации T/C (786) у больных ОИМ и больных с ИБС (отношение шансов 1.09, доверительный интервал 0.29-4.04 и отношение шансов 1.33, доверительный интервал 0.41-4.30 соответственно). Однако, при сравнении пациентов с ОИМ (Q+) и ОИМ (Q-) у носителей генотипа DD АПФ выявлено более частое в 5,31 раза развитие ОИМ (Q+) (доверительный интервал 1.01-28,07). Помимо этого, при сравнении пациентов с ОИМ (Q+) и ОИМ (Q-) у носителей генотипа CC NOS3 выявлено более частое в 3.86 раза развитие ОИМ (Q-) (доверительный интервал 1.11-13.46).

Выводы. Таким образом, установлено, что наличие генотипа DD гена АПФ, равно как и генотипа CC гена NOS3 не увеличивает риск развития ОИМ у пациентов с ИБС. Однако, при развитии ОИМ у носителей DD полиморфизма гена АПФ более часто возникает крупноочаговый процесс в миокарде. При этом носители CC полиморфизма NOS3 являются кандидатами на развитие мелкоочагового инфаркта сердечной мышцы.

127 К ВОПРОСУ О НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Волков В.П.

Областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. М. П. Литвинова, Тверь, Россия

Данные литературы свидетельствуют, что патофизиологические эффекты, вызываемые антипсихотическими препаратами, могут обусловить такие анатомо-физиологические изменения сердца, которые укладываются в клинико-морфологическую картину вторичной дилатационной кардиомиопатии (ДКМП).

С цель углубленного статистического изучения этиологической роли нейролептиков в развитии ДКМП проанализированы архивные истории болезни и протоколы вскрытий Тверской областной психиатрической больницы № 1 им. М. П. Литвинова за 20 лет (за 20 лет (1988–2007гг). Так как применение аминазина в больнице началось в 1956 году, собран также материал за 1952–55 гг. ("донейролептический" период), 1963–67гг и 1975–80гг. Для обработки данных применялся пакет прикладных программ "Statistica 6.0" ("Statsoft Inc.", USA, 1999).

За изученные 20 лет (1988–2007 гг.) ДКМП встретилась в валовом секционном материале в 65 случаях, что составляет 2,0% всех вскрытий и существенно выше, чем данные непсихиатрических прозектур (0,8%). При шизофрении число страдавших ДКМП значительно больше (11,4%), причем частота развития заболевания достоверно нарастает с удлинением сроков психофармакологической терапии.

Масса сердца умерших больных шизофренией при наличии у них ДКМП заметно увеличена. Однако она далеко не достигает значений, характерных для ДКМП, развившейся у психически здоровых лиц, что изначально обусловлено определенной степенью гипоплазии сердечно-сосудистой системы при шизофрении. Обнаружена также выраженная и статистически достоверная положительная корреляция между сроками лечения нейролептиками и массой сердца.

Таким образом, данные нашего исследования позволяют достаточно четко выявить роль нейролептических препаратов как весомого этиологического фактора в развитии ДКМП при психофармакологической терапии шизофрении. Описанную патологию сердца целесообразно и вполне логично рассматривать как отдельную самостоятельную нозологическую единицу, принадлежащую к группе вторичных ДКМП, и обозначить как "нейролептическая кардиомиопатия" (НКМП).

128 ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Волков В.П.

Областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. М. П. Литвинова, Тверь, Россия

Изучены данные 339 электрокардиографических исследований, проведенных в динамике за многие годы психофармакологической терапии 65 больных шизофренией, у которых в ходе лечения развилась нейролептическая кардиомиопатия. Мужчин было 46, женщин 19. Преобладающий возраст пациентов (63,1% случаев) – от 41 до 60 лет. Изменения электрокардиограммы ранжировались в зависимости от длительности приема нейролептиков. Для обработки данных применялся пакет прикладных программ "Statistica 6.0" ("Statsoft Inc.", USA, 1999).

Наиболее характерные изменения электрокардиограммы, связанные с побочным кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов, ведущим к развитию нейролептической кардиомиопатии, следующие: 1) различные виды аритмии – 70,5%, 2) удлинение интервала QT – 46,1%; 3) нарушения проводимости – 27,4%; 4) диффузные мышечные изменения – 26,3%.

Патологические сдвиги на электрокардиограмме, прослеженные при нейролептической терапии шизофрении, отражают глубокие тканевые изменения миокарда дистрофически-дегенеративного, склеротического и компенсаторно-приспособительного характера, развертывающиеся в процессе ремоделирования сердца по мере формирования клинико-морфологической картины нейролептической кардиомиопатии.

Наши данные согласуются с имеющимися в литературе сведениями об электрокардиографических находках при идиопатической дилатационной кардиомиопатии. Этот факт еще раз подчеркивает сходство протекающих в миокарде патологических процессов при обоих заболеваниях, что служит ещё одним весомым аргументом в пользу серьезной роли нейролептиков в генезе указанной патологии сердца у больных шизофренией.

Риск возникновения нейролептической кардиомиопатии всегда следует иметь в виду в ходе психофармакологического лечения больных шизофренией. Необходимы более частые и регулярные электрокардиографические исследования у подобных больных с целью выявления ранних признаков поражения миокарда, заставляющих заподозрить развитие нейролептической кардиомиопатии и начать проведение профилактических мероприятий.

129 ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Волков В.С., Поселюгина О.Б., Романова Н.П.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития, Тверь, Россия

Цель. Изучить потребление поваренной соли (ПС) больными артериальной гипертонией (АГ) и сопоставить полученные данные с клинико-функциональным проявлениями заболевания.

Материал и методы. Обследовано 356 больных АГ. Оценивался порог вкусовой чувствительности к ПС (ПВЧПС), определялась суточная экскреция натрия и калия с мочой, проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД), эхокардиографическое исследование (Эхо-КГ), определялась реакция АД на психоэмоциональный стресс. Контрольная группа – 80 здоровых лиц.

Результаты. Здоровые в среднем потребляли в сутки 10 г ПС, больные АГ – 14 г ($p<0,01$). Экскреция NaCl с мочой была прямо связана с ПВЧПС ($r<0,4$; $p<0,01$). При высоком ПВЧПС (>0,16% NaCl) потребление ПС у больных АГ составило в среднем 17,5 г, уменьшилась экскреция K, повышалось до 7,7 соотношение Na+/K+. С нарастанием потребления ПС (с 10 г до 17,5 г) у больных АГ закономерно увеличивалось количество жалоб, частота гипертонических кризов, снижался возраст развития болезни ($p<0,05$-$0,01$), нарастали величины офисного АД, ухудшалась регуляция АД с увеличением числа нондипперов (с 17% до 30%; $p < 0,05$) и найт-пикеров (с 0 до 7%), существенно ухудшались результаты лечения. При высоком потреблении ПС по сравнению с относительно небольшим на ЭхоКГ у больных АГ выявлялось увеличение конечного диастолического объема (соответственно 107±5,5 и 147±5 мл; $p<0,05$), массы миокарда левого желудочка (172±5,0 и 190±4,0 г/м^2; $p<0,01$), снижение фракции выброса (55±0,5 и 52±0,4; $p<0,01$), свидетельствуя о наличии гиперволемии у первых и о соответствующем ремоделировании миокарда левого желудочка сердца. На психоэмоциональный стресс больные АГ с большим потреблением ПС реагировали не адекватно, что проявлялось в основном в чрезмерном повышении диастолического АД и медленном его снижении (все $p<0,05$) в периоде реституции.

Выводы. Больных АГ, потребляющих большое количество ПС, можно выделить в особую клиническую группу, поскольку заболевание у них имеет характерные черты, отличается особой тяжестью и ригидностью к проводимой терапии. Они требуют особого подхода при планировании лечебно-профилактических мероприятий.

130 АССОЦИАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПАРАМЕТРАМИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Волчкова Е.А[1]., Затейщикова А.А[2]., Кисилев Д.Г[1]., Шаврин И.В.[2], Затейщиков Д.А[1].

[1]ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ, Москва, Россия; [2]ГУЗ "Городская клиническая больница №51", Москва, Россия

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) изучалась у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), однако различий у больных с разной степенью тяжести этого заболевания не получено. Развитие легочной гипертонии (ЛГ) значимо ухудшает прогноз у этих больных. Нарушения ритма сердца и изменения ВСР у больных ХОБЛ остаются до конца неизученной проблемой и требуют дальнейшего исследования.

Цель исследования: оценка показателей ВСР у больных с ХОБЛ в зависимости от наличия легочной гипертензии.

Материалы и методы: обследовано 24 больных (22 мужчины), средний возраст 69,04 ± 2,466 года, возраст дебюта ХОБЛ составил 50,8± 3,34 года. В среднем ОФВ1 составил 47,5±3,78% от должного, у 11 больных – ОФВ1 <50%. При катетеризации правых отделов регистрировали давление в правом предсердии, систолическое, диастолическое и среднее в правом желудочке, легочной артерии, давление заклинивания, и измеряли сердечный выброс методом непрерывной термодилюции. Параметры ВСР, турбулентности сердечного ритма (ТСР), дисперсии интервала QT (дQT) регистрировали не позднее чем через 48 часов при суточном мониторировании ЭКГ. Использовали непараметрический тест Mann-Whitney, и корреляционный анализ Пирсона. Достоверными считали различия при p< 0,05.

Результаты: Среди обследованных больных ЛГ (ср.ДЛГ > 25 мм рт.ст.), выявлена у 11 больных. Данная группа была сопоставима по возрасту, полу, времени дебюта ХОБЛ, стадии ХОБЛ с группой больных без ЛГ. Связи между давлением в легочной артерии, параметрами ВСР, ТСР и дQT и тяжестью ХОБЛ не выявлено. У больных ХОБЛ с ЛГ выявлено снижение SDNN (83,2±8,70 против 114,5±13,33, p = 0,047), и тенденция к более низким показателям SDANN (72,55±8,37 против103,38±12,71, p=0,063). Параметры ТСР и дQT не различались. Выявлена положительная корреляция между фракцией выброса правого желудочка (ФВПЖ) и некоторыми показателями частотного спектра ВСР у больных ХОБЛ: VLF (r=0,483, p=0,05); LF (r=0,500, p=0,041); WSF (r=0,496, p=0,043); L/H (r=0,502, p=0,040).

Заключение. У больных ХОБЛ с ЛГ отмечается изменение параметров ВСР в сторону формирования регидного ритма. Оценка параметров ВСР может быть использована в группе больных ХОБЛ в качестве вспомогательного критерия для выявления ЛГ в данной группе больных.

131 НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У МУЖЧИН С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМТ

Воробьева Ю.А., Дымова Д.М.

КГУЗ "Алтайский краевой кардиологический диспансер", Барнаул, Россия

Цель. Изучить показатели углеводного обмена и показатели внутрисердечной гемодинамики у мужчин с систолической ХСН в зависимости от ИМТ.

Материал и методы. Обследовано 82 мужчины с систолической хронической сердечной недостаточностью II-III ФК по NYHA, которые были разделены на две группы. В первую группу вошли 44 больных с ожирением (ИМТ≥30 кг/м^2), средний возраст которых составил 55,0±1,2 лет. Вторую группу составили 38 пациентов с нормальным весом (ИМТ=18-24,9 кг/м^2), средний возраст-56,6±0,9 лет. Всем больным проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с определением уровня инсулина и С-пептида (методом ИФА) натощак и через 2 часа после приема 75 мг глюкозы; определялся уровень гликированного гемоглобина. Инсулинорезистентность оценивали по индексу HOMA. Всем пациентам проводилась трансторакальная ЭхоКГ с определением ФВ ЛЖ по Тейхольцу. Признаком нарушения систолической функции ЛЖ считалось снижение ФВ по Teichholz ≤ 45%. Для определения ФК ХСН проводился тест с 6-минутной ходьбой.

Результаты. Длительность симптомной сердечной недостаточности в обеих группах больных достоверных различий не имела. Дистанция 6-минутной ходьбы в 1-ой группе больных была достоверно ниже (270,5±11,2 м против 321,4±11,4 м, p<0,01). Достоверные различия между группами отмечены в отношении содержания в крови уровня инсулина натощак (12,1±0,5 mlU/ml в 1-ой группе и 6,7±0,3 mlU/ml во 2-ой, p<0,001) и после приема глюкозы (30,5±5,0 mlU/ml и 14,0±1,2 mlU/ml, соответственно, p<0,01). Уровень С-пептида натощак и после приема глюкозы у пациентов обеих групп достоверно не различался. У мужчин с ожирением индекс HOMA был 2,7±0,1, а у мужчин с нормальным весом 1,4±0,1, p<0,001. Достоверно выше в 1-ой группе был уровень гликированного гемоглобина (5,5±0,1% против 4,5±0,1%, p<0,001). Абсолютные значения глюкозы крови натощак и через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы в обеих группах достоверно не отличались. При сравнении показателей, полученных при проведении ЭхоКГ, обнаружены достоверные различия в КСР ЛЖ у пациентов 1-ой группы (66,0±1,26 мм и 55,7±1,4 мм, соответственно, p<0,001), КДР ЛЖ (80,58±1,2 мм и 67,1±1,3 мм, соответственно, p<0,001). ФВ ЛЖ по Teichholz в 1-ой группе была 29,7±0,8%, во 2-ой группе – 33,9±1,4%, p<0,05). Размеры левого предсердия, толщина ЗСЛЖ и толщина МЖП достоверных различий не имели. ММЛЖ (296,0±9,7 и 249,7±9,8, соответственно, p<0,01). КСО в 1-ой группе составил 329,1±10,0 мл, во второй – 215,2±11,0, различия достоверны (p<0,001). КДО в 1-ой группе 446,8±11,6 мл, во 2-ой 310,3±11,6 мл, p<0,001.

Выводы. Мужчины с систолической ХСН на фоне ожирения имеют более выраженные нарушения углеводного обмена в сравнении с мужчинами с систолической ХСН и нормальным весом. Так же, наличие ожирения усугубляет течение ХСН, неблагоприятно отражается на параметрах внутрисердечной гемодинамики.

132 КОМПЬЮТЕРНАЯ РИСКОМЕТРИЯ КОРОНАРНОГО РИСКА

Воробьев Р.И

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, КГУЗ Диагностический центр Алтайского края, Барнаул, Россия

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

Методы исследования. Было обследовано 5228 лиц из организованной популяции городских жителей – 1351 мужчин (средний возраст 40,53±12,39 лет) и 3877 женщин (средний возраст 40,79±13,28 лет) на базе КГУЗ "Диагностический центр Алтайского края". Все обследованные были разделены на несколько групп в зависимости от возраста. Первую группу составили лица возрастом от 20 до 29 лет, вторую группу обследованные в возрасте 30-39 лет, в 3-ью – 40-49 лет, в 4-ую – 50-59 лет, 5-ую – старше 60 лет. Кроме того, во всех возрастных группах пациенты были разделены по полу. Проводили анкетирование для выявления традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (возраст, наличие курения), антропометрическое (рост, масса тела с расчетом индекса массы тела – ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер – ОБ с расчетом индекса ОТ/ОБ), клиническое обследование (измерение артериального давления). Лабораторное исследование вклю-

чало определение общего холестерина (ОХС) сыворотки крови стандартным набором реагентов на биохимическом анализаторе. У пациентов был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой, написанной на языке программирования Object Pascal в среде разработки Borland Delphi 6.0. База данных разработана средствами Microsoft Access 2000.

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

Выводы. Показано, что количественно риск SCORE у мужчин выше во всех возрастных группах выше, чем у женщин. Кроме того, риск с возрастом прогрессивно повышается в обеих половых группах. Определение уровня риска конкретного пациента, достигнутое с помощью клинических, лабораторных и других данных позволяет индивидуализировать и своевременно рекомендовать не- и медикаментозные профилактические мероприятия.

133 ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕОРИЯ АРИТМОГЕНЕЗА ПРИ ДИСФУНКЦИИ СИНУСНОГО УЗЛА

Вустина В.В.
ГОУ ВПО “Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера”, Пермь, Россия

Цель исследования. Изучить уровень фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина-4 и интерлейкина-6 у пациентов с дисфункцией синусного узла и определить возможное их предикторное значение в аритмогенезе.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента с дисфункцией синусного узла (ДСУ) в возрасте от 18 до 54 лет. Средний возраст пациентов составил 36,00 ± 18,37 лет. Из них 6 пациентов страдало синдромом слабости синусного узла III тип (СССУ III тип брадикардии-тахикардии), 7 – синдромом слабости синусного узла I и II типы (СССУ I и II типы) и 9 – с вегетативной дисфункцией синусного узла (ВДСУ). Группу сравнения составили 12 практически здоровых лиц. Проведено общеклиническое обследование больных, 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). Уровень фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) определялся методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартной тест-системы фирмы “Biosource” (Бельгия). Концентрация интерлейкина-4 (ИЛ-4) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) определялась иммуноферментным анализом с использованием тест-систем фирмы “Вектор-Бест” (Россия). Полученные результаты обрабатывали статистически с помощью программы Statistica 6,0.

Результаты. Уровень ФНО-альфа при развитие ДСУ значимо выше 12,45±6,7 пг/мл, чем у пациентов с нормальной функцией синусного узла 1,12±0,58 пг/мл (p=0,005). Максимальная концентрация цитокина наблюдалась у пациентов с синдромом брадикардии-тахикардии 19,6±1,15 пг/мл. Величина ФНО-альфа существенно не отличается у больных с СССУ III тип 19,6±1,15 пг/мл и у пациентов с ВДСУ 13,78±8,6 пг/мл (p>0,05). Повышение уровня интерлейкина-4 (2,23±1,11 пг/мл) и интерлейкина-6 (12,38±17,09пг/мл) наблюдалось в группе с ВДСУ. У пациентов с СССУ I и II типы концентрация ИЛ-6 (3,13±1,1 пг/мл) достоверно ниже, чем у практически здоровых 6,46±6,67 пг/мл (p=0,027).

Выводы. 1. Дисфункция синусного узла ассоциируется с высокой концентрацией фактора некроза опухоли альфа. 2. Наибольшее значение ФНО-альфа у больных с синдромом слабости синусного узла тип брадикардии-тахикардии. 3. Повышение концентрации интерлейкина-4 наблюдается в группах с вегетативной дисфункцией синусного узла и при синдроме брадикардии-тахикардии. 5. Уровень интерлейкина-6 значимо выше у пациентов с вегетативной дисфункцией синусного узла и достоверно ниже при синдроме слабости синусного узла I и II типы.

134 ЗНАЧЕНИЕ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА В ДОЛГОСРОЧНОМ ПРОГНОЗИРОНИИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST

Вялкина Ю.А.
ГОУ ВПО “Тюменская государственная медицинская академия” Минздравсоцразвития России, Тюмень, Россия

Цель исследования. Изучить прогностическое значение клиренса креатинина у больных острым коронарным синдромом без стойких подъемов сегмента ST.

Материалы и методы. В исследование было включено 149 пациентов с верифицированным диагнозом ОКС без подъемов сегмента ST, из них 103 (69%) мужчины и 46 (31%) женщины (p=0,02), в возрасте от 33 до 85 лет (средний возраст 61±9,8 год). Всем пациентам для оценки функции почек проводили определение креатинина сыворотки, клиренса креатинина (ClCr), оценку экскреции альбумина с мочой, расчет клиренса креатинина по формуле Кокрофта – Гаулта. Медиана наблюдения составила 18 месяцев. В процессе проспективного наблюдения регистрировали комбинированную “конечную точку”: случаи сердечной смерти и нефатального инфаркта миокарда. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием статистических пакетов программ “SPSS Statistics 17.0” и STATISTICA (версия 6.0).

Результаты. 139 пациентов из 149 (93,3%) достигли временного интервала наблюдения 6 месяцев. 10 пациентов умерло в течение полугода с момента включения в наблюдение, у 8 из которых сердечная смерть наступила в результате ИМ, у 2 – внезапно. У 31 пациента зафиксировано наступление комбинированной “конечной точки”. Выявлено, что уровень креатинина в группе пациентов с наступлением комбинированной “конечной точки” в течение 6 месяцев наблюдения статистически значимо был выше (p<0,001), как и значения ClCr (p<0,001). Через год с момента включения у 14 (9,4%) из 149 больных наступил летальный исход, среди них – у 11 пациентов смерть в результате инфаркта миокарда, у 3 –случаи внезапной смерти, у 35 больных (23,5%) зарегистрирована комбинированная “конечная точка”. Анализируя взаимосвязь наличия или отсутствия почечной дисфункции и возникновения “конечных точек”, выявлено, что при ClCr менее 60 мл/мин значительно возрастает частота наступления комбинированной “конечной точки” в течение первых 6 месяцев и года наблюдения (p<0,001). Проанализирован относительный риск наступления комбинированной “конечной точки” в течение 6 месяцев и года наблюдения в зависимости от наличия или отсутствия дисфункции почек, при клиренсе креатинина менее 60мл/мин увеличивает-

ся относительный риск наступления комбинированной "конечной точки" в течение полугода в 13 раз (13,394; 4,743-37,822; p<0,001) и в 19 раз увеличивается относительный риск наступления комбинированной "конечной точки" течение 12 месяцев наблюдения (13,394; 4,743-37,822; p<0,001).

Выводы. Снижение уровня клиренса креатинина менее 60 мл/мин ассоциируется с многократным увеличением риска развития инфаркта миокарда, как в течение полугода, так и года наблюдения и неблагоприятным прогностическим признаком в плане наступления летального исхода в течение года наблюдения.

135 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ТРОПОНИНА Т ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Вятчинина С.В., Шалаев С.В., Арутюнян Л.А., Сафиуллина З.М.

Областной кардиологический диспансер ГЛПУ "Тюменская областная клиническая больница", Тюмень, Россия; ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия", кафедра кардиологии ФПК и ППС, Тюмень, Россия

Цель: оценить прогностическое значение повышения тропонина Т у больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование

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 мужчинами, 16 (13,33%) – женщинами. Инфаркт миокарда в анамнезе был выявлен у 89 (74,2%) пациентов. Постинфарктная аневризма сформировалась у 13 (14,6%) больных. 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, окклюзии аорты – 51,4±18,22 минуты. В среднем ИВЛ продолжалось 17,7±1,92 часов. Всем пациентам полуколичественным иммунохимическим методом определялся уровень ТнТ через 24, 48 и 72 часа после операции. Нами учитывалось повышение ТнТ, превышающее 99-й персентиль верхнего референсного уровня более чем в 5 раз. Дальнейшее наблюдение продолжалось не менее 3-х лет.

Результаты. В процессе проспективного 3-летнего наблюдения сердечно-сосудистые осложнения (фатальные и нефатальные ИМ, инсульты, эпизоды нестабильной стенокардии с потребностью в госпитализации, случаи сердечно-сосудистой смерти, повторные реваскуляризации миокарда) были зафиксированы у 54 пациентов (45%) из 120. Анализ методом бинарной логистической регрессии показал, что у больных, имеющих 5-кратное превышение ТнТ через 24 ч после операции, летальные исходы развивались в 2,2 раз чаще, все кардиоваскулярные события – в 1,5 раза чаще (p<0,05). У пациентов с 5-кратным превышением ТнТ через 48 ч после завершения операции отмечается повышение летальности в 5,6 раза и сердечно-сосудистых осложнений в 1,4 раза (p<0,05). У больных с сохраняющимся повышением ТнТ спустя 72 ч после операции летальные исходы наступали в 7,6 раза чаще, все сердечно-сосудистые осложнения – в 3 раза чаще (p<0,05).

Вывод. Таким образом, повышение ТнТ более чем в 5 раз у больных через 24, 48 и 72 часа после коронарного шунтирования в сравнении с пациентами, у которых не отмечалось превышения данных маркеров некроза миокарда более чем в 5 раз, ассоциируется с достоверно более частым развитием фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение трёхлетнего наблюдения. Повышенные уровни ТнТ в раннем послеоперационном периоде являются независимым предиктором отдаленных летальных исходов.

136 АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНУТРИСТЕНТОВЫХ РЕСТЕНОЗОВ ПРИ ПРОТЯЖЕННОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Габинский Я.Л., Фрейдлин М.С., Гофман Е.А., Яковлева С.В., Ослина В.П., Перминов М.Г., Кузнецова Н.В.

ГБУЗ СО "Уральский институт кардиологии", Екатеринбург, Россия

Цель. Выявить основные причины возникновения рестенозов при имплантации барометаллических стентов протяженностью более 20 мм.

Материалы и методы. В исследование включены 106 пациентов (женщин -14%, мужчин – 86%) с перенесенным в анамнезе инфарктом миокарда и имплантированными барометаллическими стентами. Один стент был установлен 61% обследуемых, два – 27%, три – 12%. Протяженность стентированных сегментов варьировала от 20 до 66 мм. В течение года плавикс принимали 44 (41%) пациента, зилт – 62 (59%). Средний возраст обследуемых составил 55,5±19,5 лет. Стенокардия в течение года появилась у 61 (58%) пациента, от 1,1 до 5 лет у 45 (42%). Возобновление коронарной недостаточности чаще наблюдалось через 4-6 месяцев (44%). Все пациенты с возникновением стенокардии были госпитализированы и подвергнуты коронароангиографии (КАГ). Сопутствующие заболевания (сахарный диабет -1,9%, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей -1,9%, ожирение 2 степени – 2,8%) встречались редко, поэтому их влияние на развитие рестеноза не оценивалось. Агрегационная активность тромбоцитов анализировалась на анализаторе "АЛАт2-Биола, модель 230 LA" с 20мкМ АДФ. Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) определялись ортофенантролиновым методом, фибриноген – хронометрическим методом по Клаусу на коагулометре "CD-4" (DiaMed, Швейцария). КАГ проводилась на аппарате Siemens AXIOM ARTIS (Германия). Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы КВАЗАР-ПЭВМ УрО РАН.

Результаты. По данным КАГ рестеноз в стенте более 50% диаметра артерии был у 26 (24%) пациентов, менее 50% – у 43 (40%). Отсутствие рестеноза отмечено у 37 (35%). Показатель агрегации тромбоцитов на АДФ колебался от 7 до 65%, фибриногена от 2,47 до 6,47 г/л, РФМК от 45 до 220, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХсЛППНП) от 1,3 до 6,76 ммоль/л. Проведен многофакторный корреляционный и регрессионный анализ по данным: возраст, пол, курение, локализация и количество стентов, протяженность стентированного участка, агрегация тромбоцитов на АДФ, фибриноген, РФМК, ХсЛППНП, принимаемый препарат (плавикс или зилт). Получена невысокая зависимость развития внутристентового рестеноза от показателей агрегации тромбоцитов на АДФ (r=0,374), уровня фибриногена (r=0,460) и РФМК (r=0,460). При многофакторном регрессионном анализе получено уравнение регрессии: рестеноз зависит от уровня ХсЛППНП: (-0,0069 • ХсЛППНП+ 0,4113).

Выводы. 1. Развитие рестеноза в стенте более 20 мм по данным многофакторного регрессионного анализа зависит от величины холестерина липопротеинов низкой плотности. 2. При стентировании стенозов коронарных артерий более 20 мм дальнейшее увеличение длины стента уже не оказывает влияния на возникновение рестеноза.

137 ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Габинский Я.Л., Никифорова О.В.

ГБУЗ СО "Уральский институт кардиологии", Екатеринбург, Россия

Цель: изучить роль эндотелиальной дисфункции в диагностике кардиалгии и ишемической болезни сердца у жен-

щин фертильного возраста и выявить сопряженные связи с основными показателями клиники, эрготропной функции сердца и коронарного кровотока.

Методы: Объектом исследования явились 17 молодых женщин 38-50 лет, обратившихся в Уральский институт кардиологии в период 12/2010-03/2011гг с клиническими проявлениями сердечно – болевого синдрома в области левой половины грудной клетки, с сохраненной менструальной функцией, без эндокринной патологии. 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 WPW, выраженная гипертрофия миокарда. Оценка эндотелиальной дисфункции проводилась на системе EndoPat 2000, с помощью которого оценивали индекс реактивной гиперемии RHI, нормальные показатели которого выше 1,67. Всем пациенткам проведено ВЭП и 24 часовое ХМ ЭКГ, КАГ, определение уровня общего холестерина.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что болевой синдром у 15 человек носил типичный для ишемической болезни сердца характер, у 2 женщин атипичный. У 12 человек с типичным сердечно-болевым синдромом выявлена эндотелиальная дисфункция (показатели RHI<1,67). У 9 из них повышен уровень ОХС>5ммоль/л, 1 из них курит. При проведении КАГ, атеросклеротического поражения коронарных артерий у всех женщин не обнаружено. У 1 женщины выявлен мышечный мостик. У пациенток с атипичным болевым синдромом (2 человека) и у пациентки с мышечным мостиком данных за наличие эндотелиальной функции не получено.

При проведении ВЭП положительная у 5 пациенток, у 3 отрицательная, у 4 пациенток – сомнительная, у 5 прервана из-за усталости. ХМ ЭКГ выявило достоверное ишемическое смещение сегмента ST у 9 человек. При ХМ ЭКГ регистрировались нарушения ритма в виде единичных наджелудочковых и желудочковых экстрасистол. У пациентки с мышечным мостиком ВЭП прервана, при ХМ ЭКГ выявлены достоверные признаки ишемии миокарда.

Выводы. В распознавании причины сердечно-болевого синдрома у молодых женщин без атеросклеротического поражения коронарных артерий важную роль играет оценка эндотелиальной функции, и при значениях RHI<1,67 (показатель для аппарата EndoPat 2000), можно предполагать спровоцированность периферических отделов коронарного русла.

138 НЕРАСПОЗНАННЫЕ ПРИ ЖИЗНИ ПОВТОРНЫЕ ИНФАРКТЫ МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПИВШИХ В “УРАЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ КАРДИОЛОГИИ”

Габинский Я.Л., Фрейдлина М.С., Рункова О.М., Золотарева Е.В., Хамитова В.М.

ГБУЗ СО “Уральский институт кардиологии”, Екатеринбург, Россия

Цель. Изучить частоту встречаемости повторного инфаркта по данным аутопсии, не диагностированного при жизни, у больных с острым инфарктом миокарда и причины, затрудняющие уточнение диагноза.

Материал и методы. Исследованы истории болезни умерших больных на базе ГБУЗ СО “Уральский институт Кардиологии” с острым инфарктом миокарда за период с января 2009 по декабрь 2010гг, которые были направлены на патологоанатомическое исследование с диагнозом: первичный инфаркт миокарда.

Всего проанализировано 155 историй болезни умерших пациентов, из них женщин 93 (60%), мужчин 62 (40%). Диагноз был поставлен после сбора анамнеза, получения данных обследования (ЭКГ, ЭхоКГ, КАГ).

Результаты. У 42 пациентов (в 27% случаев) при патологоанатомическом исследовании был выявлен перенесенный ранее инфаркт миокарда.

Преобладает нераспознанный инфаркт миокарда среди женщин (62%) и среди старших возрастных групп – более половины пациентов (61,9%) старше 70 лет.

Большинство пациентов (71%) умерли в течение первых суток пребывания в стационаре. При этом значительная доля – 66.7% умерли в первые 12 часов.

На ЭКГ в 24% случаев регистрировались признаки блокады ножек пучка Гиса, что затрудняло диагностику повторного инфаркта.

При анализе локализации обращает внимание абсолютное преимущество неустановленного при жизни ПИКС по задней стенке левого желудочка 60% (22 пациента), в сравнении с ПИКС по передней стенке левого желудочка 24%(9 пациентов) и ПИКС циркулярного характера 16% (6 пациентов).

Коронароангиография была проведена 18 пациентам, среди которых у 89% было выявлено многососудистое поражение. При этом у 6 пациентов (33.3%) еще при жизни была обнаружена окклюзия 2-х и более коронарных артерий.

Сахарным диабетом страдали 39% пациентов, а гипергликемия более 11 ммоль/л при поступлении отмечалась у 51% пациентов

Выводы. 1. У умерших больных, направленных на вскрытие с диагнозом первичный острый инфаркт миокарда в 27% случаев обнаруживается перенесенный инфаркт миокарда с утерянным анамнезом.

2. Чаще встречается нераспознанный при жизни перенесенный инфаркт миокарда среди женщин – почти в 2 раза, и среди пациентов старше 70 лет (61,9%).

3. По данным коронароангиографии у трети пациентов (33%) было указание на окклюзию двух и более артерий.

4. Первосуточная летальность у больных с острым инфарктом миокарда должна насторожить о возможном повторном инфаркте миокарда.

5. Всем пациентам с сахарным диабетом необходимо активно и своевременно выявлять возможную патологию коронарных сосудов, используя нагрузочные методы и компьютерную томографию коронарных сосудов с контрастированием.

139 СВЯЗЬ ω-3-ИНДЕКСА ЭРИТРОЦИТОВ С СОДЕРЖАНИЕМ ω-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КАРДИОМИОЦИТАХ И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО ПРЕПАРАТА ОМАКОР У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Гавва Е.М., Царегородцев Д.А., Мамедов И.С., Стоногин А.В., Лысенко А.В., Сулимов В.А.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии, Москва, Россия

Для оценки риска сердечно-сосудистых событий предложено оценивать ω-3-индекс эритроцитов. Соответствие ω-3-индекса эритроцитов и кардиомиоцитов было продемонстрировано у пациентов, подвергшихся трансплантации сердца. Однако у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) подобное соответствие до сих пор не доказано.

Цель: изучить значение ω-3 индекса у больных ИБС и возможность влияния на него с помощью препарата ω-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) Омакор.

Материалы и методы. Первая группа включала 10 пациентов, у которых во время аортокоронарного шунтирования одновременно проводили забор крови и биопсию ушка правого предсердия. Уровень ω-3 ПНЖК в кардиомиоцитах и эритроцитах оценивался методом газовой хроматографии. ω-3 индекс рассчитывался как процент эйкозапентаеновой и докозагексаеновой кислот от общего содержания жирных

кислот. Во второй группе 46 пациентам, страдающим ИБС и желудочковыми аритмиями, проводили суточное мониторирование ЭКГ с оценкой турбулентности (ТРС) и вариабельности ритма сердца (ВРС), определяли ω-3 индекс эритроцитов (у 25 пациентов). Всем больным в дополнение к стандартной терапии назначался Омакор в дозе 1 г в сутки. Контрольное обследование проводилось через 6 месяцев.

Результаты: в первой группе ω-3 индекс эритроцитов в среднем составил 4,33±1,3%, в ткани сердца- 4,23±1,26%. Выявлена сильная корреляционная связь между значениями ω-3 индекса (rs=0,976, p<0,0001) эритроцитов и кардиомиоцитов. Во второй группе выявлена корреляционная связь ω-3 индекса с числом желудочковых экстрасистол за сутки (rs=0,471, p=0,0017), показателем ВРС – pNN50 (rs=0,403, p=0,046). Через 6 месяцев приема Омакора отмечено достоверное увеличение ω-3 индекса эритроцитов с 3,7 (2,0-4,4)% до 5,2 (4,3-6,2)% (p<0,0001), улучшение показателей ТРС (снижение TO с 0 (-0,01-0) до – 0,02 (-0,03-(-0,01)), p<0,001; увеличение TS с 3,01 (1,35-4,87) мс/RR до 6,13 (3,45-8,79), p=0,001), ВРС (увеличением SDNN с 99,5 (87,8-120) до 159,0 (130,3-170,8), p<0,001, pNN50 с 4 (2-6) до 5,5 (3,4-9,0), p=0,015); уменьшением числа желудочковых экстрасистол за сутки с 451 (278-1051) до 20 (5-64), p<0,0001. С 67,5% до 22,5% уменьшилась доля пациентов с неустойчивыми пароксизмами желудочковой тахикардии (p<0,0001).

Выводы: ω-3-индекс эритроцитов отражает содержание ω-3 ПНЖК в биомембранах кардиомиоцитов у больных с ИБС. ω-3 индекс эритроцитов статистически достоверно коррелирует с числом желудочковых экстрасистол за сутки и показателем ВРС – pNN50. Приём препарата Омакор в дозе 1 г/сутки в течение 6 месяцев увеличивает процентное содержание ω-3 ПНЖК в эритроцитах, улучшает показатели ТРС и ВРС, усиливает эффект стандартной антиаритмической терапии у больных ИБС.

140 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ПОДВЕРГШИХСЯ АНГИОПЛАСТИКЕ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ

Гагаркина Л.С., Царенок С.Ю., Горбунов В.В.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Показано, что центральное аортальное давление и индекс аугментации коррелируют со степенью ремоделирования крупных артерий и скоростью распространения пульсовой волны, как классического показателя жесткости сосудистой стенки. Целью нашей работы явилось изучение показателей центрального аортального давления и сосудистой жесткости у больных с хронической коронарной недостаточностью, подвергшихся ангиопластике со стентированием.

Методы исследования. Обследовано 19 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса, подвергшихся ангиопластике со стентированием, получающих стандартную терапию. Средний возраст пациентов составил 55,5±8,6 лет. В качестве группы сравнения исследовали пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса (13 человек), сопоставимых по полу и возрасту. Показатели центрального аортального давления определялись на приборе SphygmoCor с помощью системы SphygmoCor Px (Австралия).

Результаты. У 21% пациентов, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам, выявлено повышение центрального систолического и диастолического давления, в 31% случаев выявлено снижение центрального пульсового давления. Достоверных отличий по уровню центрального систолического и диастолического артериального давления с группой сравнения не выявлено. Все показатели, характеризующие жесткость сосудистой стенки в обеих исследуемых группах были повышены, однако были хуже у больных, получающих только консервативную терапию, что, возможно, объясняется меньшей приверженностью к терапии в данной группе. Скорость распространения пульсовой волны в основной группе составила 7,9±1,8 м/с; в группе сравнения – 8,6±2,0 м/с. Давление аугментации в основной группе составило 11,1±7,3 мм рт.ст.; в группе сравнения – 17,6±7,2 мм рт.ст. Индекс аугментации в основной группе составил 21,3±17,2; в группе сравнения – 35,3±9,1. Продолжительность систолы (ED) в основной группе больных составила 273,8±30,2 мс, что достоверно ниже, чем в группе сравнения (297±33,3 мс, p<0,03). Индекс Buckberg (отношение диастолической площади к систолической площади аортальной пульсовой волны), характеризующий субэндокардиальный кровоток и потребности миокарда в кислороде, в основной группе составил 158,2±25,2%, что достоверно ниже, чем в группе сравнения (190,8±42%, p>0,01). Данные показатели, вероятно, свидетельствуют о более выраженной коронарной недостаточности в группе больных с чрескожными коронарными вмешательствами в анамнезе.

Заключение. У больных с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам, наблюдается повышение показателей, характеризующих сосудистую жесткость, выявлена систолическая дисфункция и снижение субэндокардиального кровотока.

141 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ КАРДИОТОНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Гаджиев Г.Г., Самедов Р.И., Самедов Р.Р., Худиева Г.М.
НИИ кардиологии им. акад. Д.М. Абдуллаева МЗ, Баку, Азербайджан

С целью оценки эффективности комбинированной кардиотонической терапии у больных выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа, осложненным мерцательной аритмией, на базе отделения сердечной недостаточности НИИ кардиологии им. акад. Д.М. Абдуллаева было отобрано 60 пациентов – 49 мужчин (81,6%) и 11 женщин (18,3%) в возрасте от 42 до 82 года с хронической сердечной недостаточностью по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца, явившейся следствием ишемической болезни сердца с фракцией выброса левого желудочка < 30% и мерцательной тахиаритмией. Длительность заболевания составила от 1 до 2,5 лет. Срок исследования составил 6 месяцев с момента рандомизации до окончания исследования. Больным было проведено электрокардиографическое (ЭКГ) исследование на фоне, на 10-е сутки и спустя 1-3 месяца после лечения антиаритмическим препаратом амиодароном и сердечным гликозидом дигоксином.

В зависимости от проводимого лечения были сформированы 3 группы наблюдения. Каждая группа составила 20 больных.

I группа больных – принимали дигоксин в суточной дозе 0,25мг/через день.

II группа больных – принимали амиодарон в суточной дозе 200мг/через день.

III группа больных – принимали дигоксин 0,25%мг/ сутки и амиодарон 200 мг/ сутки, путем чередования.

При анализе полученных результатов было выявлено, что: в 1-й группе на фоне проводимой антиаритмической терапии у 3 больных через 1 месяц лечения была отмечена нормосистолия; у 2 больных через 3 месяца восстановился синусовый ритм, у 6 больных была отмечена нормосистолия, у 3-х

екстрасистолия, у 3-х отмечалась гликозидная интоксикация, у 3-х потребовалась отмена лечения;

2-й группе через 1 месяц была отмечена нормосистолия у 13 больных, отмена у 1-го больного; у 2-х больных через 3 месяца восстановился синусовый ритм, у 2-х больных была отмечена брадисистолия, 2-е больных отказались от лечения;

3-й группе через 10 суток была отмечена у 4-х больных нормосистолия; через 1 месяц 5 больных была отмечена нормосистолия, у 1-го больного отмечалась гликозидная интоксикасия, через 3 месяца у 9 больных была отмечена нормосистолия, у 1-го больного отмечалась гликозидная интоксикация.

Таким образом, в результате исследования выяснилось, что у больных с ХСН и сопутствующим СД 2 типа на фоне мерцательной аритмии наиболее эффективной является комбинированная кардиотоническая терапия (амиодарон 200мг/сут + дигоксин 0,25 мг/сут, путем чередования).

142 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КСИМЕДОНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Газизов Р.М., Ацель Е.А., Климова Н.А., Садыкова А.К., Крохина Е.Ю.

ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, Отделенческая клиническая больница ОАО "РЖД", Казань, Россия

Цель: изучение состояния иммунитета у больных хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) пожилого возраста на отдаленных сроках после первоначального и повторного курсов лечения отечественным лекарственным препаратом с иммуномодулирующим действием ксимедоном.

Материалы и методы: 18 больным ХРБС в возрасте от 65 до 74 лет через 6 мес после окончания курса комплексного лечения с применением ксимедона проведен повторный 3-х недельный курс лечения ксимедоном. До начала повторного курса лечения, после его окончания и через 6 мес определялись количество CD3+-, 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. У больных ХРБС пожилого возраста, получивших комплексное лечение с включением ксимедона (I курс) через 6 мес наблюдалось снижение количества CD3+, CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов, повышение иммунорегуляторного индекса. Одновременно наблюдалось снижение супрессорной активности лимфоцитов и функциональной активности лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, повышение уровней IgA и IgM и понижение уровня IgG. Через 6 мес после окончания лечения количество CD3+-, CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов у больных ХРБС пожилого возраста, получивших комплексное лечение с включением ксимедона, оставалось достоверно выше показателей до начала лечения, индексы супрессии и стимуляции– достоверно ниже показателей до начала лечения, уровни IgA и IgM – недостоверно ниже, а уровень IgG – недостоверно выше показателей до начала лечения. Результаты повторного курса лечения больных ХРБС пожилого возраста ксимедоном по всем исследуемым показателям превышали результаты I курса. Через 6 мес после повторного курса лечения ксимедоном количество CD3+-, CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов у них достоверно превышало показатели до начала I курса лечения и недостоверно превышало показатели через 6 мес после I курса лечения. Индексы супрессии и 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 пожилого возраста после повторного курса было более выраженным, чем после I курса. Остаточный иммунокоррегирующий эффект ксимедона через 6 мес после повторного курса практически по всем параметрам был несколько выше остаточного эффекта комплексной терапии с включением ксимедона (Iкурс).

143 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Газизов Р.М., Ацель Е.А., Климова Н.А., Волчкова Н.С., Сайфутдинова Т.В.

ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Цель работы. Сравнительная оценка эффективности отечественных оригинальных лекарственных средств (ЛС) с иммунокоррегирующим действием ксимедона и димефосфона и озонированного физиологического раствора (ОФР) при хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) у больных пожилого возраста.

Материалы и методы. Наблюдалось 66 больных ХРБС в возрасте от 65 до 74 лет. 16 больных I группы в течение трех недель получали традиционную терапию (ТТ); 24 больных II группы на фоне ТТ получали ксимедон; 16 больных III группы на фоне ТТ получали димефосфон; 10 больным IV группы на фоне ТТ внутривенно капельно вводился озонированный физиологический раствор. Для оценки эффективности лечения еженедельно в динамике определялись количество CD3+-, CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов и их соотношение методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов в НСТ-тесте; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

Полученные результаты. Комплексная терапия с включением ксимедона и димефосфона у больных ХРБС пожилого возраста в отличие от ТТ увеличивала сниженное количество CD3+-, CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов и восстанавливала до нормальных величин супрессорную активность лимфоцитов; стимулировала функциональную активность лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности в НСТ-тесте и уровней сывороточных иммуноглобулинов. Исследование влияния ОФР на показатели иммунной системы не выявило значительной иммуностимулирующей активности. Содержание CD3+- и CD4+-Т- лимфоцитов несколько увеличилось у больных IV группы и превосходило показатели I группы; однако, уровня доноров эти показатели не достигли. Существенно не менялось количество CD8+-Т-лимфоцитов и соотношение CD4+/CD8+. Изучение функциональной активности Т-лимфоцитов в тесте РБТЛ с ФГА и функциональной активности супрессорных клеток в тесте КонА индуцированной супрессии при лечении ОФР не обнаружило достоверной динамики индекса стимуляции. На фоне комплексной терапии с применением ОФР по сравнению с больными, получавшими ТТ, наблюдалась достоверная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности нейтрофилов. У больных ХРБС пожилого возраста, получавших ОФР, выявлено медленное снижение уровней IgA и IgM при отсутствии динамики уровня IgG; к концу лечения различие между больными, получавшими ОФР и ТТ, стало недостоверным.

Выводы. В комплексном лечении больных ХРБС пожилого возраста рекомендуется применять отечественные ориги-

нальные лекарственные препараты ксимедон и димефосфон. Озонированные растворы кристаллоидов, обладающие менее выраженным по сравнению с ЛС иммуномокоррегирующим действием, могут применяться в дополнение к иммуномодуляторам.

144 АНТИТРОМБОГЕННАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Гайдукова И.З., Ребров А.П.
ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России", Саратов, Россия

Смертность больных ПсА превышает популяционную на 65% у мужчин и 59% у женщин. Летальность больных ПсА обусловлена в первую очередь поражением сердечно-сосудистой системы. Известно, что основной причиной неблагоприятных событий является тромбоз коронарных артерий, а изменение антитромбогенной функции эндотелия в условиях системного воспаления способствует атеротромбозу.

Цель исследования – изучить состояние антитромбогенной активности эндотелия у больных псориатическим артритом.

Материалы и методы. В исследование включены 85 пациентов с установленным диагнозом ПсА (возраст 43,64±12,1 года) и 40 здоровых добровольцев (возраст 46,7±12,45 лет) без сердечно-сосудистых заболеваний. Активности ПсА изучали с определением числа болезненных и припухших суставов (ЧБС и ЧПС), индекса DAS4, лабораторных параметров (СОЭ, СРБ). Антитромбогенные свойства сосудистой стенки (антикоагулянтный и фибринолитический компоненты) оценивали при проведении модифицированной манжеточной пробы, методика которой предложена В.П. Балудой с соавт. (1987). Выполнялось определение активности антитромбина III плазмы и времени фибринолиза до и после 5-ти минутной окклюзии плечевой артерии (АТ III_0 и АТIII, $ФЛ_0$ и ФЛ). Рассчитывали антикоагулянтный индекс (АКИ) по формуле: АКИ = (АТIII – $АТIII_0$)´100%/АТ III. Фибринолитический индекс (ФЛИ) определяли по формуле: ФЛИ = ($ФЛ_0$–ФЛ)´100%/$ФЛ_0$. Положительные значения АКИ и ФЛИ свидетельствуют об увеличении антикоагулянтной и фибринолитической активности плазмы при проведении манжеточной пробы, нулевое значение – об отсутствии реакции, отрицательные – о снижении активности. Полученные результаты обрабатывали с использованием ППП Statistica6.0 Statsoft^{inc}.

Результаты. У больных ПсА по сравнению с контролем отмечено снижение антитромбогенной активности эндотелия. АКИ при ПсА составил 2,93±7,55%, у здоровых – 3,19±5,47%, ФЛИ при ПсА = 6,67 [-14,28; 20,0], у здоровых – 14,28 [0; 20,0]%. У здоровых людей в ответ на изменение скорости кровотока эндотелиальные клетки выделяют в кровь плазминоген тканевого типа, АТ III, простациклин и другие факторы, обеспечивающие непродолжительную гипокоагуляцию с увеличением активности АТIII и уменьшением ФЛ. Отсутствие нормальной реакции эндотелия на кратковременную ишемию в виде уменьшения антикоагулянтной и фибринолитической способности сыворотки крови после выполнения манжеточной пробы у больных ПсА встречалась достоверно чаще, чем у здоровых лиц. Отрицательные значения АКИ выявлены у 28 больных ПсА и одного человека группы контроля (χ^2 = 5,67, p<0,05), отрицательные значения ФЛИ – у 31 больного ПсА и у 1 здорового (χ^2 = 3,83, p<0,05). При этом различий между исходными значениями АТ III и ФЛ у больных ПсА и здоровых лиц не выявлено. Установлены связи АКИ и ЧБС (r Спирмена = 0,4), АКИ и ЧПС (r = 0,34), АКИ и DAS4 (r = 0,34), p<0,05 для всех показателей, что указывает на влияние воспаления при ПсА на нарушение функции эндотелия.

Заключение. Активность системного воспаления при ПсА связана с нарушением антитромбогенной функции эндотелия, что способствует повышению риска атеротробоза у больных псориатическим артритом.

145 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ КАРОТИДНОГО И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

*Гайсёнок О.В., Марцевич С.Ю.**
ФГУ "Объединенная больница с поликлиникой" Управления Делами Президента РФ*, Москва, Россия; ФГУ "ГНИЦПМ" Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель работы: определить вероятность выявления атеросклеротического поражения коронарных артерий при коронарографии (КАГ) в зависимости от наличия или отсутствия атеросклеротического поражения сонных артерий по данным дуплексного сканирования (ДС).

Методы: для ретроспективного анализа были отобраны пациенты, госпитализированные в отделение общей кардиологии ОБП в период с 2000 по 2004гг с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения. Число госпитализированных в отделение по данному поводу в этот период составило 635 человек, всем из них была назначено необходимое обследование и оптимальная медикаментозная терапия в соответствии с существующими стандартами. 65 пациентам была выполнена КАГ, которая назначалась пациентам с подтвержденным диагнозом ИБС с целью определения дальнейшей тактики лечения либо с целью верификации диагноза ИБС у пациентов со спорным диагнозом. Критерием исключения являлось отсутствие в плане обследования ДС сонных артерий. У пациентов, у которых КАГ в течение указанного срока выполнялась повторно, анализировались данные только первой госпитализации.

Результаты: отобрано 60 пациентов. Критерием наличия каротидного атеросклероза по данным ДС считалось утолщение ТИМ более (или равное) 1,2мм или наличие стенозов, описываемых в % от площади просвета. Критерием наличия коронарного атеросклероза по данным КАГ считалось наличие стенозов в коронарных артериях равное и более 50%. Из 60 обследованных каротидный атеросклероз при ДС выявлен у 46 пациентов, и у 40 из них подтверждено наличие коронарного атеросклероза при КАГ. Коронарный атеросклероз при КАГ был выявлен у 43 пациентов: среди них при ДС каротидный атеросклероз был выявлен у 40, отсутствовал у 3 пациентов; ТФН расценен как положительный – у 18, сомнительный – у 6, отрицательный – у 3, неинформативный – у 1, ТФН не был проведен у 15 пациентов. Патологии коронарных артерий при проведении КАГ не было выявлено у 17 пациентов: среди них при ДС каротидный атеросклероз был выявлен у 6, отсутствовал у 11 пациентов; ТФН расценен как положительный – у 6, сомнительный – у 1, отрицательный – у 4, ТФН не был проведен у 6 пациентов. У 87% пациентов с каротидным атеросклерозом по данным ДС был выявлен коронарный атеросклероз при КАГ. У 93% пациентов с подтвержденным при КАГ стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий имело место атеросклеротическое поражение сонных артерий по данным ДС. Шансы выявления коронарного атеросклероза при выявлении атеросклероза при ДС СА 40/3=13,33. Шансы выявления коронарного атеросклероза при отсутствии атеросклероза при ДС СА 6/11=0,54. Отношение шансов (ОШ) 13,33/0,54=24,44.

Выводы: Шансы выявления коронарного атеросклероза у пациентов, имеющих признаки атеросклероза сонных артерий при проведении ДС в 24,4 раза больше, чем при его отсутствии по данным ДС.

146 ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА, ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ТЮМЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Гакова Е.И., Акимова Е.В., Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск, 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 одного из округов 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; анонимное анкетирование на выявление вредных привычек; антропометрию с определение индекса Кетле (ИК); трехкратное измерение артериального давления (АД); подсчет пульса; ЭКГ.

В результате исследования избыточную массу тела (ИМТ) имели чуть больше 9% школьников: мальчиков – 9,3% и девочек – 9,2%. У девочек наблюдалось увеличение лиц с ИМТ с возрастом, ($p<0,05$). Распространенность повышенного АД в популяции школьников с нормальной массой тела среди девочек составила 8,8%, в популяции мальчиков – 12,4%. В группе школьников с ИМТ встречаемость повышенного АД отмечена у 33,9% мальчиков и у 22,8% девочек, что почти в 2,7 раза чаще, чем в группе с нормальной массой тела ($p<0,001$).

Относительный риск развития артериальной гипертензии (АГ) при наличии ИМТ у ребенка при рождении был выше у девочек – 4,20 ±0,04 (ДИ 95% 3,88 – 4,55), у мальчиков он составил 1,93±0,04 (ДИ 95% 1,80 – 2,07), ($p<0,05$).

Относительный риск развития АГ при наличии ИМТ в школьном возрасте составил у девочек 2,94±0,19 (ДИ 95%1 2,02 – 4,28), у мальчиков – 3,17±0,18 (ДИ 95% 2,21 – 4,53).

Корреляционный анализ показал прямую статистически достоверную умеренно выраженную связь уровней систолического и диастолического АД с массой тела и ИК ($p<0,05$).

Таким образом, в результате эпидемиологического исследования тюменской популяции школьников установлена высокая распространенность артериальной гипертензии; влияние ИМТ при рождении ребенка, а также наличие ИМТ в процессе роста и развития ребенка в школьный период на риск развития АГ, что указывает на необходимость проведения целенаправленных профилактических мероприятий уже с раннего детства.

147 СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Галеева З.М., Андреичев Н.А.

ГОУ ВПО “Казанский государственный медицинский университет Росздрава”, кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казань, Россия

Частота стенокардии напряжения (СН) резко увеличивается с возрастом: у женщин с 0,1-1% в возрасте 45-54 лет до 10-15% в возрасте 65-74 лет и у мужчин с 2-5% в возрасте 45-54 лет до 10-20% в возрасте 65-74 лет. Смертность от болезней системы кровообращения в РФ составила в 2006 г. 56,5% смертности от всех причин. Ишемия при СН приводит: к нарушению функционирования митохондрий, недостатку кислорода, нарушению синтеза АТФ аэробным путем и активации анаэробного гликолиза, что сопровождается увеличением продукции лактата и снижением внутриклеточного pH, приводящих к систолической и диастолической дисфункциям, сердечной недостаточности. Фармакотерапия ИБС должна убирать дисбаланс между потребностью в кислороде и его поступлением не только путем воздействия на гемодинамику, но и корректируя метаболические последствия ишемии. Предуктал МВ переключает энергетический метаболизм миокарда с окисления жирных кислот на окисление глюкозы за счет ингибирования ацетил-КоА-ацилтрансферазы, ключевого фермента окисления жирных кислот в митохондриях. Предуктал МВ эффективен при монотерапии и усиливает действие β-адреноблокаторов, антагонистов кальция, не влияя на АД и ЧСС при СН.

Цель исследования. Исследование эффективности и переносимости предуктала МВ при лечении СН II функционального класса (ФК).

Материалы и методы. Наблюдались 83 пациента, из них мужчин – 33,7% (28 чел.), женщин – 66,3% (55 чел.). Средний возраст – 56,8 лет. Средний индекс массы тела – 29,6. Артериальная гипертензия – 72,3%. Сахарный диабет 2 типа – 7,2%. Пациенты получали стандартную терапию + предуктал МВ 35 мг 2 раза/сут. 8 недель терапии предуктало МВ привели к статистически достоверному ($p<0,05$) снижению частоты ангинозных приступов в неделю с 22,8±3,5 (ДИ [15,9; 29,8]) до 11,4±1,9 раз (ДИ [7,5; 15,2]), т. е. на 50,5% или в 2 раза. Терапия предуктало МВ вызвала достоверное ($p<0,05$) уменьшение потребления короткодействующих нитратов в неделю с 17,4±2,9 (ДИ [11,5; 23,2]) до 7,6±1,5 (ДИ [4,6; 10,6]) таблеток, т. е. на 56,3% или в 2,3 раза. В 95,2% всех случаев врачи и 94% всех случаев пациенты оценили эффективность терапии предуктало МВ как отличную и хорошую. Переносимость препарата предуктал МВ оценили как отличную и хорошую в общей сложности 95,2% врачей (80 чел.) и 95,2% пациентов (80 чел.). После 8 недельной терапии желание продолжить лечение предуктало МВ изъявили 90,4% (75 чел) пациентов. В ходе терапии у 3,6% пациентов (3 чел.) зафиксированы побочные эффекты. 1,2% – один пациент отказался лечения 3,6% (3 чел.) больных вынуждены были отказаться от продолжения терапии из-за финансовых проблем. Изменения в терапии: более чем у половины пациентов (55,9%) изменений в антиангинальной терапии не было, у 13,1% больных дозы были уменьшены, у 11,9% – увеличены, у 4,8% пациентов имело место отмены препаратов, у 5,9% – производилась замена препаратов в пределах одной фармакологической группы, 8,4% больных была назначена другая антиангинальная терапия.

Выводы. Предуктал МВ может служить препаратом выбора при лечении СН ФК II.

148 DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, ТОПОКАРТЫ DAZZ И ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Галеева З. М., Андреичев Н. А.

ГОУ ВПО “Казанский государственный медицинский университет Росздрава”, кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казань, Россия

Цель исследования. Изучить Departure Index (DI), Departure Area (DA), комбинированные топокарты DAZZ и Zero Zone (ZZ) при нижнебоковом 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 нижнебоковом ИМ – 6 чел. (5 муж. и 1 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 значе-

ния 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 анализе КГ с нормальным положением электрической оси сердца (ЭОС) и нижнебокового ИМ выявлена DA> 2SD по электропозитивности (ЭП) по I-II уровню регистрации (УР) спереди и сзади (6 точек) с max в точке I-10 равным 6,85. å DA= 24,35 (реципрокная область отражения потенциалов от нижней стенки, нижнезаднесептальной части МЖП). По ЭП DA<-2SD нет. Max DI находятся в точках V-2 (отражение поражения нижней стенки) и в точке VI-12 (отражение нижнезадней части боковой стенки) и составляют соответственно – -1,45 и -1,51. Эти точки и, расположенные рядом с точкой VI-12 свидетельствуют о максимальном снижении з. r при нижнебоковом ИМ.. По электронегативности (ЭН) DA<-2SD не выявлены. Максимальное отрицательное значение DI находится в точке II-2 и равно -1,62 (з. S). По ЭН DA>2SD не выявлена. Максимальное положительное значение DI находится в точке VI-14 и равно 1,05 (з. q). На карте з. T выявлена DA< -2SD (8 точек) слева сзади по нижним УР с max в точке VI-13 равным -2,93. åDA=-23,02. Выявлена DA>2SD (15 точек) справа сверху спереди и частично сзади по I-II УР с max в точке I-12 равным 5,25. å DA>2SD= 49,18.

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

149 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АВТОМАТИЧЕСКОГО И РУЧНОГО МЕТОДОВ РАСЧЁТА ОБЪЁМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ 64-СРЕЗОВОЙ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Галявич А. С., Рафиков А. Ю.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия; Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель: сравнение данных автоматического и ручного методов расчета конечного диастолического объема (КДО) левого желудочка по данным 64-срезовой спиральной компьютерной томографии.

Методы исследования. Обследованы 12 человек в возрасте от 45 до 75 лет (60±10 лет; 6 женщин и 6 мужчин). Анализ КДО левого желудочка проводился в ходе проведения неинвазивной коронарографии на 64-срезовом компьютерном томографе Aquillon 64 (Toshiba, Japan). У 6 человек из данной группы, по данным 64-МСКТ не было выявлено значимого (более 50%) стенозирования коронарных артерий; у 1 человека было определено однососудистое поражение, у 1 пациента – двухсосудистое поражение, у двух пациентов трехсосудистое стенозирование; и два пациента проходили обследование с целью оценки проходимости аортокоронарных и маммарокоронарных шунтов. Неинвазивная коронарография проводилась с использованием ретроспективного метода реконструкции при сканировании с толщиной среза 0,5 мм, и шаге реконструкции 0,3 мм, с введением контрастного вещества Омнипак-350 или Оптирей-350 в количестве 100 мл со скоростью 5,0-5,5 мл/сек. Для расчета объема и фракции выброса левого желудочка, ретроспективно, создавалась серия реконструкции сердечного цикла от 0 до 90% R-R интервала с шагом в 10%, с толщиной среза 2 мм и шагом реконструкции 1 мм. Из исследования исключались пациенты с нарушением ритма и аритмией R-R интервала более 10%. Средняя частота сердечных сокращений во время исследования составила 56±7 уд/мин (от 43 до 67 уд/мин). Расчет КДО левого желудочка по данным 64-МСКТ проводился на рабочей стации Vitrea 4.0 с использованием двух методов. Первый метод ("автоматический") – расчет КДО с использованием программного обеспечения для автоматической трассировки эндокардиального контура левого желудочка с возможностью врачебной коррекции данных. Второй метод ("ручной") – трассировка эндокардиального контура вручную по аксиальным срезам, с последующим расчетом объема левого желудочка.

Полученные результаты. КДО левого желудочка при расчете "автоматическим" методом по данным 64-МСКТ составил 131±38 мл; при расчете в "ручном" режиме 150±46 мл. Отмечалась статистически достоверная ($p<0,05$) разница в оценке КДО при использовании разных методов.

Выводы. Существуют достоверные различия показателей КДО левого желудочка при использовании ручной и автоматической трассировки эндокардиального контура, с наличием более высоких показателей КДО при использовании ручной трассировки.

150 ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРА 2б/3а РЕЦЕПТОРОВ ТРОМБОЦИТОВ И ЧАСТОТА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Галявич А.С., Махиянова Э.И., Миннетдинов Р.Ш., Галяви Р.А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия; Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель. Оценить частоту госпитализаций, связанных с прогрессированием хронической сердечной недостаточности (ХСН) на сроке 6, 12 месяцев у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъёмом сегмента ST (СПcST), стентированных в острую стадию ИМ с применением блокатора 2б/3а ингибитора.

Методы исследования. В исследование включено 218 больных острым ИМ СПcST, разделенных на 2 группы. Первая группа –106 пациентов (34 женщины, 72 мужчин), которым коронарное стентирование выполняли с введением блокатора 2б/3а рецепторов тромбоцитов. Вторую группу составили 112 пациентов (30-женщин, 82-мужчин), которым стентирование проводили без применения данного препарата. Средний возраст больных в группе применения блокатора 2б/3а рецепторов тромбоцитов составил 61,24±2,3 года, в группе контроля – 58±2,1 лет. Тяжелые нарушения ритма и острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН), наблюдавшиеся в течение госпитализации, в ходе которой было проведено коронарное стентирование, в группе применения блокатора 2б/3а рецепторов тромбоцитов имели место у 34 пациентов (31,48%), тогда как в группе контроля у 17 пациентов (15,17%).

Полученные результаты. На сроке 6 месяцев в группе применения блокатора 2б/3а рецепторов тромбоцитов у 11,3% больных имели место госпитализации, связанные с прогрессированием ХСН. На сроке 12 месяцев госпитализации, связанные с прогрессированием ХСН, отмечены у 15,1% больных. На сроке 6 месяцев в группе контроля у 3,6% больных отмечены госпитализации, связанные с прогрессированием ХСН. На сроке 12 месяцев госпитализации, связанные с прогрессированием ХСН отмечены у 7,1% больных.

Выводы. Частота госпитализаций, связанных с прогрессированием ХСН, выше в группе применения блокатора 2б/3а рецепторов тромбоцитов, что, вероятно, связано с более высокой степенью тяжести состояния больных этой группы.

151 ГЕНОТИПИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Галявич А.С., Валеева Д.Д., Миннетдинов Р.Ш., Ахметов И.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия; Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель: изучение у пациентов с острым коронарным синдромом генетических особенностей, в связи с тем, что полиморфизм в гене CYP2C19 (аллель CYP2C19*2) ассоциируется со снижением преобразования клопидогреля в его активный метаболит.

Методы исследования. В исследование было включено 67 человек (51 мужчина, 16 женщин) с острым коронарным синдромом (ОКС), получавших клопидогрель. ДНК пациентов выделяли из венозной крови. Генотипирование CYP2C19 осуществляли с помощью полимеразной цепной реакции и электрофореза продуктов рестрикции.

Полученные результаты. Частота генотипов CYP2C19 GA и AA (носительство CYP2C19*2 аллеля) среди пациентов с ОКС составила 21%. Не было выявлено различий по полу больных.

Выводы. Больным ОКС в 21% случаев нецелесообразно принимать клопидогрель в связи со снижением его преобразования в активный метаболит.

152 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Галявич А.С., Галяви Р.А., Миннетдинов Р.Ш., Махиянова Э.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия; Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель исследования. Сравнить клинико-инструментальные особенности при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST у больных с гипертонической болезнью (ГБ) и атеросклерозом сонных артерий.

Методы исследования. В исследование было включено 103 пациента с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (группа пациентов с ГБ – 61 чел., группа с атеросклерозом сонных артерий – 42 чел.). Всем больным проводилась реперфузионная терапия (фармакологическая или механическая). В работе использовали лабораторные и клинико-инструментальные методы исследования (общий и биохимический анализы крови, измерение АД, эхокардиография). Для сравнения показателей использовали метод Манн-Уитни с применением критерия Фишера. Для выявления взаимосвязей применяли метод линейного корреляционного анализа по Спирману.

Полученные результаты. Группы между собой были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, уровням гемоглобина, общего холестерина, липопротеинов высокой и низкой плотности, количеству эритроцитов и тромбоцитов. Достоверно группы отличались между собой по уровням систолического (135,7±22,3 мм рт.ст. и 114,6±15,8 мм рт.ст.; p=0,0001) и диастолического (83,3±13,9 мм рт.ст. и 72,6±9,5 мм рт.ст.; p=0,0001) артериального давления; толщине межжелудочковой перегородки (1,11±0,19 см и 1,02±0,17 см; p=0,002) и толщине задней стенки левого желудочка (1,04±0,12 см и 0,98±0,17 см; p=0,007; уровню триглицеридов (2,02±1,3 ммоль/л и 1,44±0,6 ммоль/л; p=0,05) и фракции выброса левого желудочка (52,6±7,4% и 49,4±7,7%; p=0,05). В процентом отношении в группе больных с атеросклерозом сонных артерий возникло больше осложнений (52,4%), чем у пациентов с ГБ (37,7%). Была выявлена достоверная положительная корреляция между сократимостью левого желудочка после перенесенного инфаркта миокарда и гипертрофией левого желудочка (r=0,26; p=0,03).

Выводы. У больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST с наличием ГБ имеется меньше осложнений в остром периоде заболевания, в сравнении с больными, имеющими атеросклероз сонных артерий.

153 ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Галявич А.С., Галяви Р.А., Миннетдинов Р.Ш., Якупов И.Ф., Махиянова Э.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия; Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель. Сравнение ряда показателей периферической крови (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты) у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на момент поступления в стационар и перед выпиской.

Методы исследования. В исследование были включены 215 пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Всем больным проводилась реперфузионная терапия (фармакологическая или механическая), антиагрегантная терапия с применением ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля. Анализ крови проводился в первые часы с момента поступления и за один день до выписки из стационара. Для оценки динамики показателей периферической крови использовали парный параметрический метод анализа. Для выявления взаимосвязей применяли метод корреляционного анализа по Пирсону.

Полученные результаты. Сравнительный анализ исследуемых показателей выявил достоверно более низкие уровни гемоглобина у больных к моменту выписки из стационара (139,3±16,2 и 133,9±22,6; p=0,0001). При этом количество эритроцитов достоверно не изменилось (4,44±0,61 и 4,48±0,54; p=n.s.). Количество тромбоцитов к моменту выписки из стационара оказалось достоверно выше (205,2±52,7 и 272,9±87; p<0,0001). Кроме того, была выявлена достоверная отрицательная связь между уровнем гемоглобина и количеством тромбоцитов у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (r= -0,21; p<0,0001).

Выводы. Лечение больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST с применением антиагрегантов сопровождается к моменту выписки из стационара небольшим, но достоверным увеличением количества тромбоцитов.

154 ВЛИЯНИЕ ЭРГОТИОНЕИНА НА СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Галяутдинов Г.С.

ГОУ ВПО “Казанский государственный медицинский университет”, Казань, Россия

Целью работы явилось исследование влияния эрготионеина на кислородсвязывающую способность гемоглобина крови у больных с хронической сердечной недостаточностью.

У 15 здоровых лиц и 27 больных с хронической сердечной недостаточностью I-IV ФК выделялся гемоглобин из гемолизированных эритроцитов при pH 7,6 с использованием сефадекса G-25-medium. В десатураторе, совмещенном с спектрофотометрической кюветой, определялась динамика концентрации оксигемоглобина при поступлении отдельных порций воздуха. Напряжение кислорода, при котором насыщение гемоглобина происходило на 50%, количественно отражало сродство гемоглобина к кислороду и выражалось величиной P50. После добавления в буферный раствор гемолизата 10^{-3} М эрготионеина величина P50 определялась повторно.

Выявлено, что при хронической сердечной недостаточности повышается сродство гемоглобина к кислороду до 0,139±0,0044 мм рт.ст. при контрольных значениях 0,290±0,0034 мм рт. ст. (p<0,05). Смешивание буферного раствора гемолизата с эрготионеином приводит к достоверному увеличению величины P50 до 0,184±0,0023 мм рт.ст.

Полученные данные свидетельствуют о возможности снижения сродства к кислороду гемоглобина крови больных с хронической сердечной недостаточностью в присутствии эрготионеина, обладающего сильными восстановительными свойствами.

155 ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Григорян Ц.А., Выгодин В.А.
ФГУ ГНИЦ Профилактической медицины Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Цель исследования – изучение особенностей лечения табакокурения и раннего выявления и профилактики болезней, связанных с курением, в практике врача поликлиники.

Методы. Лечение табакокурения проводилось у 60 регулярных курящих – 34 мужчин и 26 женщин – посетителей одной из поликлиник г. Москвы. У 30 курильщиков лечение проводилось методом поведенческого консультирования в сочетании с никотин заместительной терапией (НЗТ) – группа вмешательства, у остальных 30-и – применялось только поведенческое консультирование – группа сравнения. Лечение и наблюдение в обеих группах проводились по стандартной схеме – в течение 10 недель с контрольным наблюдением на 4-ой неделе. Степень никотиновой зависимости оценивалась по вопроснику Фагестрема, уровень стресса – по вопроснику Ридера, состояние тревоги и депрессии – по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Отказ от курения оценивался со слов пациентов и по результатам измерения СО в выдыхаемом воздухе.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 49,02±11,49, группы вмешательства и сравнения достоверно не отличались по полу, возрасту, уровню образования и семейному положению, а также по статусу курения, количеству и типу выкуриваемых сигарет и по степени никотиновой зависимости. У 75,9% пациентов в анамнезе была артериальная гипертония, у 27,6% – инфаркт миокарда, 31% страдали стенокардией, 45% – повышенным холестерином и у 45% – в анамнезе звучал диагноз хронический бронхит, бронхиальная астма или хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). При первом осмотре у 77,6% пациентов был выявлен высокий уровень холестерина; у 51% гиперхолестеринемия была выявлена впервые. Также у 94,8% пациентов была выявлена ХОБЛ второй и третей степени, при этом – у 58,2% – впервые ($p<0,05$).

К концу лечения процент отказавшихся от курения составил в группе вмешательства 46,4%, а группе сравнения – 3,3%($p<0,001$). Еще 46,6% в группе вмешательства и только 26,7% в группе сравнения сменили свой статус регулярного курения на нерегулярное. Мы не выявили достоверных связей отказа от курения с уровнем образования, семейным статусом, степенью никотиновой зависимости, стажем и интенсивностью курения. Выявлена достоверная связь с исходной готовностью бросить курить и исходным состоянием тревоги и депрессии – среди лиц с исходными признаками клинической тревоги и депрессии 58% оставались регулярными курящими по окончании лечения. Выявлено снижение уровня стресса у 32% в группе вмешательства по сравнению с 20% в группе сравнения ($p=0,07$); среди бросивших курить уровень стресса не изменился у половины и снизился у 35,7%.

Заключение. Большинство посетителей поликлиники – курильщики со сформировавшимися болезнями, не диагностированными ранее. Активное выявление и лечение табакокурения, и профилактика болезней, связанных с курением важнейшая задача первичного звена. НЗТ в сочетании с поведенческим консультированием – эффективный способ лечения табакокурения и может способствовать профилактике болезней связанных с курением.

156 КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Гапонова Н.И., Терещенко С.Н., Абдрахманов В.Р., Бараташвили В.Л.
Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Москва, Россия; Московский государственный медико-стоматологический университет Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: изучение эффективности и безопасности внутривенного применения бета – адреноблокаторов эсмолола и метопролола у пациентов с осложненными гипертоническими кризами (ГК) в условиях скорой помощи.

Материал и методы. В исследование включено 46 пациентов с ГК, осложненными острым коронарным синдромом и острыми нарушениями ритма -суправентрикулярная тахикардия, фибрилляция предсердий. Мужчин – 20, женщин – 26, средний возраст – 64,5±16,0 года. Эсмолол вводился внутривенно в течение 1 мин в дозе 0,5 мг/кг, далее по 0,05 -0,3 мг/кг/мин; метопролол – струйно в течение 2-3 мин в дозе 5 мг, спустя 5 мин оценивался эффект и, при необходимости, с интервалом 5 мин вводились 2-я и 3-я дозы препарата. Проводился динамический контроль АД, пульса, ЭКГ.

Результаты. Наблюдалось достоверное снижение систолического АД (САД), при введении эсмолола в среднем с 183,0±26,3 до 142,5±18,3 мм рт. ст. (-22,1%), метопролола – с 164,7±32,5 до 134,4±22,0 (-17,3%), диастолическое АД (ДАД) в группе эсмолола с 101,4±16,1 до 81,9±7,5 мм рт. ст (-19,2%), в группе метопролола – с 90,9±19,4 до 79,1±28,0 мм рт. ст. (-13,0%). ЧСС на фоне лечения эсмололом уредилась с 97,3±22,4 до 72,9±13,4 уд/мин, в группе метопролола – с 110,8±30,8 до 83,6±18,6 уд/мин. Терапевтический эффект эсмолола развивался через 2-3 мин от введения, достигая максимума к 20 мин, в то время как, при введении метопролола улучшение состояния пациентов и гемодинамических параметров отмечалось спустя 30-60 мин. У пациентов с ОКС отмечалось уменьшение выраженности элевации или депрессии сегмента ST. Отмечено полное купирование или существенное уменьшение болевого синдрома. Подтвердилось антиаритмическое действие препаратов: У 8 пациентов купировалась суправентрикулярная тахикардия, у 2-х пациентов с фибрилляцией предсердий восстановился синусовый ритм, у 5 – тахиаритмия сменилась нормосистолией. Не было случаев брадикардии, а также ухудшения A-V проводимости или удлинения интервала QT.

Выводы:

1. Внутривенное введение эсмолола и метопролола пациентам с осложненными ГК наряду с антигипертензивным эффектом сопровождается антиишемическим и антиаритмическим действием.

2. Применение внутривенных кардиоселективных бета – адреноблокаторов должно проводиться в режиме индивидуального дозирования, эффективность и безопасность терапии должны оцениваться под динамическим контролем АД, ЧСС и ЭКГ.

157 ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМ

Гарганеева А.А., Багреева С.М.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: оценить влияние 12-недельной терапии ингибитором If-каналов ивабрадином на клиническое течение и качество жизни у больных ИБС, ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. В исследование включено 39 пациентов (из них 23 мужчины) со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК и хронической обструктивной болезнью легких 1-3 стадии. Длительность заболевания составила в среднем 5,8±1,7 года. Возраст пациентов колебался от 52 до 67 лет (в среднем – 59,6±6,9 г.). Гипертоническая болезнь сопутствовала основному заболеванию у 20 пациентов (51,3%). Оценивались результаты 12-недельной терапии ингибитором If-каналов – ивабрадином (Кораксан фирмы Servier, Франция) в дозе 10-15 мг/сут. Наряду с общеклиническим обследованием выполнялись нагрузочные тесты (вело-

эргометрический тест и тест 6-минутной ходьбы), однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{99m}Tc-технетрилом, спирография, оценка качества жизни по данным опросника SF-36 и психоэмоциональной сферы с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты и их обсуждение. У пациентов в исходном состоянии частота приступов стенокардии по своим средним значениям составила 3,5±0,7 в неделю, потребность в нитроглицерине – 2,4±0,5 таблетки. При этом частота сердечных сокращений по своим средним значениям имела тенденцию к повышению до 86,2±6,5 уд/мин. По результатам ВЭМ-пробы и теста 6-минутной ходьбы клиническим проявлениям коронарной недостаточности соответствовало существенное снижение показателей физической работоспособности.

В результате проводимой терапии отмечена редукция клинических проявлений коронарной недостаточности в виде уменьшения эпизодов стенокардии (на 51,1%; p=0,0001) и суточной потребности в нитроглицерине (на 50,7%; p=0,001). Положительная динамика отмечена и по данным нагрузочных тестов в виде существенного прироста физической толерантности в среднем на 24,6% (±5,3) (p=0,007) по данным ВЭМ-пробы и на 17,9% (±6,2) (p=0,03) – по данным 6-минутного теста ходьбы. По данным опросника SF-36 отмечено положительное влияние проводимой терапии на показатели качества жизни, что проявилось достоверным улучшением по шкале ролевые ограничения вследствие физических проблем (p=0,02), а также тенденцией к росту большинства показателей. В результате лечения выявлено уменьшение как клинической, так и субклинической тревоги на 70% и на 14,3%, соответственно, а также клинической депрессии на 50%.

Впервые по результатам однофотонной эмиссионной компьютерной томографии с ^{99m}Tc-технетрилом нами установлено уменьшение преходящего дефекта перфузии миокарда на фоне терапии ивабрадином в среднем с 7,54% до 5,14% (p=0,02).

Важным представляется и то, что у пациентов не отмечено нежелательных явлений или побочных эффектов на фоне терапии ивабрадином ни по клиническим проявлениям ассоциированной бронхолегочной патологии, ни по данным спирографического исследования.

Заключение. Установлено положительное влияние ингибитора If-каналов – ивабрадина на клинические проявления коронарной недостаточности, миокардиальную перфузию, что позитивно отразилось на показателях физической работоспособности и качества жизни у больных со стабильной стенокардией напряжения, ассоциированной с ХОБЛ. Впервые установлено положительное влияние ивабрадина на миокардиальную перфузию у данной категории больных.

158 ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ТОМСКЕ. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Гарганеева А.А., Округин С.А.

Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: на основании анализа случаев внезапной смерти (ВС) больных от острых коронарных катастроф (ОКК) на догоспитальном этапе (ДЭ), зарегистрированных в Томске в 2008 году, оценить состояние медицинской помощи больным сердечно сосудистыми заболеваниями (ССЗ) на амбулаторном этапе.

Материал и методы. По данным "Регистра острого инфаркта миокарда" в 2008г было отмечено 173 случая гибели больных от ОКК на ДЭ. В структуре этих случаев 45,1% эпизодов были расценены как ВС от ОКК. Внезапной считалась смерть, наступившая в первые 6 часов от начала симптомов заболевания.

Результаты исследования. Из числа внезапно умерших 71,2% страдали при жизни различными ССЗ, в т.ч. 25,6% перенесли ранее ОИМ, причем в 18,8% случаев инфаркт послуживший причиной смерти был повторным, т. е. развился в течение 12 месяцев после предыдущего. Нуждались при жизни в регулярном лечении по поводу этих заболеваний 71,2%. Фактически получали его только 57,7%. Из числа больных, перенесших ранее ОИМ, систематически наблюдались в поликлиниках города 88,6%, однако, преимущественно в первые 1-2 года после коронарного события. В дальнейшем число наблюдений резко снижалась. За последние 6 месяцев до гибели лечебные учреждения посещали только единицы. Визит больных с ССЗ к врачу, кроме осмотра, ограничивался в лучшем случае регистрацией ЭКГ. Такие виды исследования как ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ назначались в единичных случаях. Никто из погибших больных с ССЗ, в том числе лица, перенесшие ОИМ, не посещали школы здоровья, действующие на базе кардиологического диспансера.

Заключение. Таким образом, состояние медицинской помощи больным с ССЗ, включая ОИМ, на амбулаторном этапе не может считаться удовлетворительным. Необходимо восстановление диспансеризации и реабилитации данной категории больных в полном объеме с использованием при этом, имеющихся национальных рекомендаций и стандартов по ведению и лечению больных со стабильной стенокардией напряжения, перенесенным ОИМ и артериальной гипертонией.

159 Д.Д. ПЛЕТНЕВ О "ПСИХИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ В КАРТИНЕ ЧИСТО СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ" УРОКИ ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Гарганеева Н.П.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

На уровне диагностических и доказательных возможностей своего времени в первой трети XX века выдающийся отечественный терапевт Д.Д.Плетнев выдвигает научные положения, которые в настоящее время изучаются в аспекте коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний и тревожно-депрессивных расстройств. Д.Д. Плетнев одним из первых клиницистов обратил внимание на трудности дифференциально-диагностической оценки состояния сердечно-сосудистой системы у больных, имеющих психоэмоциональные нарушения "депрессивные аффекты и невроз страха". Работы, посвященные изучению "психической симптоматике в картине чисто соматических заболеваний", в современной медицине интерпретируемые как проявления невротических и аффективных расстройств при заболеваниях внутренних органов, остаются актуальными и с точки зрения клиники, и методологии исследования их патогенетической общности, и подходов к диагностике и лечению, и дополнительному образованию врачей. "Всякий врач должен быть хорошо знаком с так называемой малой психиатрией. Это знакомство необходимо не только в видах понимания семиотики больного, но и как элемент в установке предсказания и лечения". Плетнев сформулировал концепцию о функциональном единстве организма в психофизиологической целостности "со всей его сложной психосоматической установкой". Проблему "сближения общих вегетоневрозов с психоневрозами" он рассматривал как "путь к пониманию сложной патологии болеющего человека через сочетанное изучение корреляций живого организма". Исчерпывающее обоснование интегративной позиции и синтетического понимания медицины изложено в научной методологии к исследованиям: "клиницист должен изучить функции различных органов, связанных между собой; провести физиологический эксперимент; найти внутреннюю связь отдельных симптомов методами анализа и синтеза; детально искать изменения морфологи-

ческого субстрата; изучать клинические симптомы в динамическом разрезе". Идея Плетнева заключалась в биологическом (фундаментальном) подходе к изучению взаимосвязи соматических и психических симптомов, являющихся "общими патогенетическими механизмами", в "материальном и духовном единстве биологии и медицины", однако в 30-е годы его не поддержали, обвинив в приверженности к буржуазной идеологии. Приоритетные научные изыскания ученого в области психосоматической медицины получили признание спустя многие годы. Впервые описанные Плетневым общие симптомокомплексы психических и сердечно-сосудистых расстройств (психогенные и соматические симптомы) "соматической циклотимии", лишь через 50 лет получили определение "маскированной депрессии". Изучая проблему сердечно-сосудистых неврозов, при которых боль как основной симптом "грудной жабы" и эмоционально-аффективных нарушений может быть не только сосудистого, но и психогенного происхождения "невроза страха", ученый отметил: "необходима крайняя осторожность, нет четкой грани между нервными и органическими заболеваниями сердца и сосудов". Современно звучат слова Д.Д. Плетнева о том, что сложности, возникающие на стыке наук, "не позволяют делать из отдела сердечно-сосудистых заболеваний замкнутой главы, она требует дальнейшей работы и подлежит неоднократному пересмотру".

Наши современники В.Д. Тополянский, В.И. Бородулин, Н.Р. Палеев, возвращая России имя "самого знаменитого профессора терапевта", имя русского ученого, клинициста, философа, напишут в свой книге (1989): "Трудно сказать, во что обошлось нашей медицине забвение работ Д.Д. Плетнева".

160 ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Гарганеева Н.П.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Длительно наблюдаемая фобическая тревога или паническое состояние ассоциируется с риском развития острого коронарного синдрома (ОКС). В этом аспекте рассмотрен клинический случай ИБС, впервые диагностированной в отделении пограничных состояний, у больного 43 лет с повторяющимися пароксизмами панического расстройства, послужившего причиной его обращения к психиатру. Пароксизмальные состояния возникали в позднее время суток перед сном или ночью с тревожным ожиданием вечера и повторения приступа. На высоте ночных пароксизмов тревоги появлялись кардиалгии вне связи с физической активностью, возникающие вслед за приступом страха смерти, не купирующиеся нитратами. На ЭКГ, снятых в момент и после приступа, регистрировалась синусовая тахикардия, по данным ЭхоКГ морфопатологии не обнаружено, что давало основание врачу терапевту интерпретировать тревогу как проявление вегето-сосудистых кризов.

За период пребывания больного в отделении пограничных состояний был проведен ряд специальных исследований. Клинико-динамическое наблюдение позволило выявить значимые факторы риска коронарной болезни, клиническая картина которой перекрывалась доминирующим тревожно-фобическим и танатофобическим синдромами. Установлены: АГ 3 степени; атерогенная дислипидемия, гипоальфахолестеринемия 0,82 ммоль/л; нарушение толерантности к глюкозе через 2 часа – 7,9 ммоль/л. Результаты ЧПС и СМ ЭКГ свидетельствовали о бинодальной болезни сердца и нарушениях функции проводимости: эпизоды синоатриальной (СА) блокады II типа, СА-блокады с выскальзывающим парным наджелудочковым комплексом, атриовентрикулярной (АВ) блокады I степени и II степени типа (Мобитц II); синдром слабости синусового узла I типа. Наиболее информативным методом исследования явилась однофотоновая эмиссионная компьютерная томография сердца с 199 TL (Таллий-хлорид): на серии томографических срезов на пике аденозиновой пробы выявлена гипоперфузия (12%) передне-боковой и задне-перегородочной области ЛЖ. Клиническую картину определяли характерологические особенности больного, детерминированные истерическими и возбудимыми чертами личности. Психический статус квалифицировался тревожно-фобическим синдромом в рамках панического расстройства. Больному проведена комплексная терапия антидепрессантами и другими психотропными, а также базисными препаратами. В дальнейшем пациенту было рекомендовано дополнительное обследование в кардиологическом стационаре. Через 3 месяца при повторной сцинтиграфии дефект перфузии в перегородке и задней стенки ЛЖ составил 28%. По данным коронарография диагностирован коронарный атеросклероз: стенозирование правой коронарной артерии 50%; II ветви тупого края 75%; I ВТК 20%. На фоне ОКС больному было выполнено прямое стентирование ОА. В динамике спустя 4 года отмечено сужение стента на 60-70%, что свидетельствует о прогрессировании коронарного атеросклероза у пациента при сохраняющихся приступах тревоги. Перед кардиологом и психиатром поставлены задачи: изучение ангинозного синдрома в структуре предшествующего тревожного расстройства, поиск патогенетической общности развития и трудности своевременной диагностики ИБС, интегративный подход к лечению и тактике ведения пациента.

161 ПАЦИЕНТЫ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ОСОБАЯ ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Гарганеева Н.П., Рахматуллина Ю.А., Лукьянова М.А., Тюкалова Л.И.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Актуальным вопросом является изучение психосоциальных факторов у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в реальной клинической практике.

Цель исследования: провести оценку сердечно-сосудистых и психосоциальных факторов риска у больных АГ с тревожно-депрессивными расстройствами в условиях городской поликлиники для оптимизации тактики диспансерного ведения.

Материал и методы исследования. Обследовано 155 амбулаторных больных с верифицированным диагнозом АГ I-III стадии, из них 60 мужчин (38,7%) и 95 женщин (61,3%), средний возраст 54,55±4,52 года. У 45 больных АГ ассоциировалась с ИБС. У 33 пациентов был выявлен сахарный диабет 2 типа или нарушение толерантности к глюкозе, у 47 – избыточная масса тела, ожирение, у 35 – дислипидемия. Риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) определялся в соответствии с классификацией по наличию факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний (АКС). В анамнезе у 62% больных психотравмирующие события (с оценкой значимости психосоциального стресса). Для выявления тревожных и депрессивных расстройств использовали опросник Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale) – HADS. При интерпретации данных учитывался суммарный балл по каждой шкале, который указывал на наличие/отсутствие депрессии или тревоги.

Результаты. У 52 (33,5%) обследованных выявлены тревожно-депрессивные расстройства в соответствии с оценкой уровня депрессии и тревоги ≥ 8 баллов. Пациенты в течение последних 6 месяцев перенести психосоциальный стресс, обусловивший развитие психической и психологической дезадаптации. Для мужчин наиболее актуальными были факторы производственного и медицинского характера, для женщин – утрата или тяжелая болезнь близкого, развод ($p<0,05$). По данным HADS уровень депрессии в среднем составил

9,8±1,1 балла, уровень тревоги 11,5±1,5 балла. Установлены значимые различия уровня тревоги и депрессии в зависимости от степени риска ССО. При низком и умеренном риске ССО был отмечен более высокий уровень тревоги от 9,0 до 13,8 балла, тогда как при высоком и очень высоком риске значительно был повышен уровень депрессии от 10,2 до 14,2 ($p<0,05$). Мужчины с депрессией отличались более тяжелым течением АКС. Для больных АГ с высоким уровнем тревоги были характерны пароксизмы страха, вегетативные кризы, тахикардия, раздражительность. У пациентов с депрессией на фоне вегетативных проявлений выявлялись подавленное настроение, слезливость, пессимистическая оценка будущего, ипохондрическая фиксация, инсомнии. Больные ССЗ с тревожно-депрессивными расстройствами представляют собой особую группу диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях.

Заключение. Для оценки стратификации риска ССО существенное значение имеют ФР психического, социально-психологического характера с объективной оценкой их значимости. Изучение психосоциальных факторов, наряду с известными ФР ССО, являются важнейшими составляющими современных диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных программ для пациентов с ССЗ и тревожно-депрессивными расстройствами в условиях поликлиники.

162 ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ

Гафанович Е. Я., Железнякова Н. А., Соколов И. М., Хороводов А. Ю.

ГОУ ВПО Саратовский Государственный Медицинский Университет имени В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель: изучить частоту госпитализаций пациентов в отделение экстренной кардиологии по поводу острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сопутствующей аденомой простаты 2 степени и определить степень взаимного влияния упомянутых патологий.

Методы: проведено наблюдение 13 пациентов в возрасте 58-72 лет, поступивших в отделение кардиологии Клинической больницы имени С. Р. Миротворцева СГМУ за 2010-2011гг по причине острой декомпенсации ХСН. У всех пациентов Н2Б, ФК III-IV. Среди включенных в наблюдение в 7 случаях в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, в 2 – стенокардия напряжения III-IV ФК, 1 пациент после АКШ по поводу стенозирующего коронаросклероза, у 3-комбинированные митрально-аортальные пороки различного генеза. В 85% случаев констатирована постоянная форма фибрилляции предсердий тахисистолический вариант. На догоспитальном этапе 2 больных получали подобранную терапию в виде и-АПФ, бета-блокаторов, диуретиков, дезагрегантов и наблюдались кардиологами. Все пациенты отмечали резкое снижение диуреза за 10-14 дней до госпитализации. Вся группа никогда не осматривались врачами-урологами, несмотря на то, что имели жалобы на никтурию. Отечный синдром диктовал выбор активной диуретической терапии. С другой стороны развившаяся острая задержка мочи определяла необходимость вмешательства уролога для катетеризации мочевого пузыря с целью обеспечения пассажа мочи. При осмотре и трансректальном ультразвуковом исследовании была выявлена аденома простаты 2 степени. 12 пациентам назначили консервативную терапию алфа1-адреноблокаторами и ингибиторами 5α-редуктазы, 1 больному была проведена эпицистостомия вследствие развития гидронефроза почки. На фоне комбинированной терапии и-АПФ, бета-блокаторами, диуретиками, антагонистами альдостерона, сердечными гликозидами, альфа-адреноблокаторами, ингибиторами 5α-редуктазы компенсировалась сердечная недостаточность, восстановилось мочеиспускание, уменьшилось количество жидкости в плевральной полости и перикарде до исходного уровня, стабилизировалась гемодинамика.

Результаты: во всех анализируемых случаях одним из основных пусковых механизмов являлось нарушение уродинамики вплоть до острой задержки мочи, ассоциированной с аденомой простаты. Декомпенсация кровообращения по большому кругу, увеличивая степень отека простаты, замыкала своеобразный патогенетический "порочный" круг. Выявлена взаимосвязь степени аденомы простаты с частотой и выраженностью декомпенсации сердечной недостаточности.

Выводы: пациентам мужского пола, страдающим ХСН, необходим особый контроль состояния простаты для своевременного выявления гиперплазии, подбора терапии и профилактики ассоциированных осложнений указанных патологических процессов.

163 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА

Гафаров В.В.[1,2], Гагулин И.В.[2], Громова Е.А.[1,2], Панов Д.О.[2]

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

Цель. Изучить распространенность уровня личностной тревожности и ее связь с артериальной гипертензией (АГ) в женской популяции 25-64 лет г. Новосибирска.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ "MONICA-психосоциальная" была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=839) одного из районов г. Новосибирска. Обследование проводилось по жестким эпидемиологическим критериям согласно протоколу программы "MONICA". АГ определялась при уровне АД ≥140/90 мм рт.ст. Личностная тревожность была исследована с помощью теста Спилбергера. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета " SPSS 10 ": дисперсионный анализ Крускал-Уоллиса, тест Пирсона.

Результаты. Высокий уровень личностной тревожности в женской популяции 25-64 лет в 1994г составил 60,4%. В зависимости от возраста наибольшая частота ВУТ отмечалась в возрастной группе 35-44 (69,5%) ($\chi2= 15,045$; $df= 6$; $p=0.020$).

Среди женщин с АГ преобладают лица с ВУТ (58,2%), причем чаще в младших возрастных группах.

Отмечается тенденция в превалировании ВУТ при начальном и высшем уровнях образования. В отношении профессиональной принадлежности наличие ВУТ чаще указывали руководители высшего и среднего звена – 80% и 62,2%, лица среднего и легкого физического труда (61% и 61,2% соответственно) ($\chi2= 40,290$; $df= 26$; $p=0.037$). В отношении семейного положения ВУТ встречался чаще у замужних женщин и составлял 74,6%.

Заключение. Полученные результаты показывают, высокую распространенность ВУТ в женской популяции 25-64 лет. Лица с ВУТ преобладают среди женщин с АГ. Значительно чаще имеют ВУТ лица с начальным и высшим уровнем образования, с профессиональным статусом "руководители" и "неквалифицированный физический труд", семейным статусом "замужем".

164 ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА

Гафаров В.В.[1,2], Гагулин И.В.[2], Громова Е.А.[1,2], Панов Д.О.[2]

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

Цель. Изучить влияние личностной тревожности на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) в женской популяции 25-64 лет г. Новосибирска.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ "MONICA-психосоциальная" в 1994 г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-64 лет (n=870) одного из районов г. Новосибирска. Артериальное давление и уровни личностной тревожности были изучены в начале исследования. Личностная тревожность была изучена с помощью теста Спилбергера. В течение 16-летнего периода (1995-2010гг) в когорте были изучены все вновь возникшие случаи АГ. АГ определялась при уровне АД ≥140/90 мм рт.ст. или прием антигипертензивных препаратов. Кокс пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска (ОР) возникновения АГ. Женщины имевшие АГ к началу исследования не включались в анализ.

Результаты. Из общей когорты наблюдение в течение 16 лет было осуществлено у 78,7% (685 лиц) обследованных. У 229 (33,4%) женщин АГ развилась в течении периода наблюдения. 301 человек (43,9%) имели АГ к началу исследования.

Высокий уровень тревожности (ВУТ) в наблюдаемой когорте встречался у 58,2% женщин. Среди лиц со случаями АГ распространенность ВУТ составила 62,9%.

Через 5 лет от момента скрининга ОР развития АГ у женщин с ВУТ был выше в 2.38 раза, в сравнении с женщинами с НУТ и СУТ (95,0% CI 1,137 – 4,993; p<0,05). ОР развития АГ через 10 лет от начала исследования составил 1.85 у лиц с ВУТ (95,0% CI: 1,075 – 3,194; p<0,05). В отношении возрастных групп, риск развития АГ в течение 10 лет увеличивался в более старших возрастных группах и был наиболее высоким в группе 55-64 лет с ВУТ (ОР = 10,2, 95,0% CI: 1,244 – 83,609, p<0,05). ОР АГ в течение 16 лет у женщин с ВУТ составил 1.46 (95,0% CI: 1,023 – 2,079; p<0,05), и был наиболее высоким в возрастной группе 45-54 лет (ОР = 3,82, 95,0% CI: 1,538 – 9,503, p<0,005)

Заключение. Полученные результаты показывают высокую распространенность ВУТ в женской популяции 25-64 лет (58,2%), при этом у женщин с АГ распространенность ВУТ была выше и составила 62,9%. В течение всего периода наблюдения когорты женщины с ВУТ имеют более высокий риск АГ, чем без, особенно в старших возрастных группах.

165 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

**Герасимова Е.Б., *Савельева И.А., ***Баздырев Е.Д., ***Смакотина С.А.*

*Кемеровская областная клиническая больница, Кемерово, Россия; **Кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней, клинической иммунологии и эндокринологии Кемеровской государственной медицинской академии, Кемерово, Россия;***НИИ комплексных проблем сердечнососудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

В настоящее время хроническую обструктивную болезнь легких рассматривают как заболевание 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.

Цель исследования: оценить зависимость показателей функции внешнего дыхания (ФВД) с функцией эндотелия и диастолической функцией левого желудочка.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (мужчины) в возрасте от 48 до 73 лет, средний возраст 63±7,4 лет, с наличием хронической обструктивной болезни легких 1-2 стадии в компенсированном состоянии на фоне базисной терапии хронической обструктивной болезни легких, без тяжелых сопутствующих заболеваний, таких как ОНМК, стенокардии, бронхиальная астма. Все пациенты со стажем курения 1/42 пачка/лет. Изучены: анамнез заболевания, клинико-лабораторные исследования: ЭхоКГ, бодиплетизмография, спирометрия.

Полученные результаты. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких без сердечно-сосудистой патологии, выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка, причем, чем больше размеры левого и правого предсердий, тем меньше соотношение E/A (r =-0,6 p = ±0,04 и r =-0,5 p = ±0,03, соответственно). По данным спирометрии у всех пациентов отмечалось снижение FVC на 56,3%; FEV1 на 43,5%; FEV1/FVC на 19,4%; FEF 25%/75% на 18% от должных значений. Все пациенты имели низкую диффузионную способность легких, DLCO 17,4 мл/мин/мм рт.ст. ±4,4мм. рт.ст. Кроме того, по результатам бодиплетизмографии отмечено увеличение остаточного объема легких до 3,4 л., снижение жизненной емкости легких до 3,6 л. Отмечены положительные корреляционные связи между индексом Тиффно и показателем диастолической дисфункции E/A (r =0,66 p = 0,001)

Выводы. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких имеется диастолическая дисфункция левого желудочка; чем больше степень бронхообструкции, тем больше диастолическая дисфункция левого желудочка.

166 ОПЕРАЦИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Германова О.А., Крюков Н.Н., Вачёв А.Н., Германов А.В.

ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России", Самара, Россия

На сегодняшний день операция каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) является одной из самый часто выполняемых сосудистых операций во всем мире. Многочисленные исследования доказали ее эффективность и безопасность в профилактике развития ишемического инсульта. Однако до сих пор среди показаний к ее выполнению нет упоминания об артериальной гипертонии (АГ) при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации.

Цель исследования. Определить дополнительные показания к выполнению операции каротидной эндартерэктомии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации.

Материал и методы. В исследование были включены 362 пациента с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации и АГ, которым предстояла операция КЭАЭ. Среди них 265 (73,2%) мужчин и 97 (26,8%) женщин. Средний возраст – 59,7±8,4 лет. Всем пациентам проводилось комплексное обследование для исключения возможных причин вторичных артериальных гипертоний (ВАГ). До и после КЭАЭ выполнялось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и ультразвуковая допплерография брахиоцефальных сосудов (УЗДГ БЦС).

Результаты и выводы. АГ при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации характеризовалась признаками злокачественного течения: резистентность к антигипертензивной терапии, преобладание высоких степеней АГ (у большинства больных – 223 (61,6%) – АГ 3 степени), повышенная вариабельность среднего систолического АД и среднего диастолического АД, значительная доля найт-пикеров при анализе суточного профиля (38,1%). После операции КЭАЭ уже на 2-10 сутки была выявлена четкая тенденция к стабилизации АД, более мягкого течения АГ у большинства больных (291 -80,4%), вплоть до нормализации АД у 112 (30,9%) пациентов. В результате этого потребовался полный пересмотр антигипертензивной терапии по группам препаратов и по дозировкам, вплоть до перехода к монотерапии или полной ее отмены. Эта тенденция была стойкой и длительной, сохранялась в течение 3-х лет наблюдений.

Мы считаем целесообразным выделение цереброваскулярной артериальной гипертонии в отдельную самостоятельную форму ВАГ. Основанием служит факт развития АГ при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации и ее обратное развитие после операции КЭАЭ. При этом, учитывая выраженный и стойкий (не менее 3-х лет) антигипертензивный эффект операции КЭАЭ, считаем необходимым определить дополнительным показанием к ее выполнению сочетание стеноза каротидной бифуркации более 60% с мало корригируемой АГ. Мы полагаем, что операция КЭАЭ может быть использована и рекомендована в качестве хирургического метода лечения вторичной цереброваскулярной артериальной гипертонии.

167 КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОМ СТЕНОЗЕ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ

Германова О.А., Крюков Н.Н., Вачёв А.Н., Германов А.В., Германова И.К.

ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России", Самара, Россия

В современной классификации вторичных артериальных гипертоний (ВАГ) цереброваскулярная АГ при гемодинамически значимом стенозе сонных артерий не выделена в отдельную нозологическую форму, не описаны ее клинические особенности и классификация.

Цель работы. Изучить клинические особенности течения АГ при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации.

Материал и методы. В исследование вошли 362 пациента с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации и АГ. Всем была выполнена операция каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ). Среди них 265 (73,2%) мужчин и 97 (26,8%) женщин. Средний возраст – 59,7±8,4 лет. Всем пациентам проводилось комплексное обследование для исключения возможных причин вторичных артериальных гипертоний (ВАГ).

Результаты и выводы. У 80,4% больных с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации и АГ после хирургического восстановления кровотока в ишемизированных участках головного мозга АД нормализовалось или снизилось по сравнению с дооперационным уровнем уже на 2-10 сутки после операции. Такая тенденция сохранилась в течение 3 лет наблюдений. Поэтому мы считаем целесообразным выделение цереброваскулярной артериальной гипертонии у пациентов с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации в отдельную самостоятельную форму ВАГ.

На основании наблюдений за особенностями клинической картины вторичной цереброваскулярной АГ, мы выделяем три основных ее типа. I тип (латентный) – у 188 (51,9%) больных. Характеризуется постепенным нарастанием уровня артериального давления по мере увеличения степени выраженности стеноза каротидной бифуркации. Как правило, это не сопровождается субъективными ощущениями больных. Факт высокого АД и сам стеноз чаще обнаруживаются случайно. Длительное время сохраняется эффективность наиболее распространенных антигипертензивных препаратов (ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина II). И только при достижении гемодинамически значимого стеноза АД становится нерегулируемым. Такой тип опасен из-за поздней диагностики и отсутствия адекватной терапии. Развивающиеся при этом осложнения для больного совершенно неожиданны.

II тип (ундулирующий) – у 126 (34,8%) пациентов. Развивается на фоне транзиторной ишемической атаки и характеризуется резким кратковременным повышением АД с яркой клинической картиной. Происходит это у больных с гемодинамически незначимой атеромой каротидной бифуркации, но при эмболии атероматозными массами на этой распадающейся бляшке.

III тип (тромбоэмболический) – у 48 (13,3%) больных: на фоне ишемического инсульта при тромбозе, тромбоэмболии (в том числе кардиогенные эмболии при мерцательной аритмии, пороках сердца, эндокардитах) – развивается быстро и становится практически не корригируемой медикаментозно.

168 ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Германова О.А., Вачёв А.Н., Крюков Н.Н., Германов А.В.

ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России", Самара, Россия

Наиболее часто выполняемая и рекомендуемая многими ведущими сосудистыми хирургами методика каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) – эверсионная. При этой технике операции нерв каротидного гломуса, содержащий барорецепторы, либо удаляется, либо подвергается значительной травме. Если хирургическое вмешательство выполняется с одной стороны, то сохраненными остаются барорецепторы с другой стороны. Но если операция двусторонняя – способна ли двусторонняя денервация повлиять на АД в послеоперационном периоде? До сих пор нет конкретных рекомендаций по поводу особенностей хирургической тактики при выполнении операции с двух сторон у одного и того же пациента.

Цель исследования. Определить наиболее рациональную тактику выполнения КЭАЭ у больных с двусторонним поражением каротидной бифуркации с позиции течения артериальной гипертонии (АГ).

Материал и методы. В исследование вошли 47 больных, которым КЭАЭ выполнялась последовательно с двух сторон. Ранее всем им была выполнена КЭАЭ по эверсионной методике, при которой каротидный гломус удалялся. В зависимости от особенностей хирургической тактики выполнения операции со второй стороны, больные были разделены на 2 группы: I (24 человека) – им операция КЭАЭ выполнялась вновь по эверсионной методике; II (23 человека) – вторая операция была произведена по классической методике, при этом каротидный гломус сохранялся. Всем больным было проведено суточное мониторирование АД (СМАД) до и после операции КЭАЭ со второй стороны.

Результаты и выводы. У подавляющего большинства больных, прооперированных по классической методике с сохранением каротидного гломуса, после КЭАЭ отмечалось снижение АД (у 22 человек), в т.ч. у 15 пациентов АД нормализовалось. Несмотря на то, что у большинства больных (15), которым КЭАЭ выполнена по эверсионной методике, после операции зарегистрирована АГ меньшей степени, тем не менее, у этих пациентов отмечена повышенная вариабельность среднего систолического АД и среднего диастолического АД, лабильность АД, что стало причиной определенных трудностей при дальнейшей медикаментозной коррекции. Более того, у 4 больных АД после операции превысило дооперационные показатели.

Таким образом, при выполнении операции КЭАЭ одному и тому же больному с двух сторон операцией выбора является выполнение КЭАЭ по классической методике с сохранением каротидного гломуса. Это приводит к нормализации АД или более мягкому течению АГ у подавляющего большинства больных. Благодаря сохранению каротидного гломуса, продолжает функционировать рефлекторная дуга с участием барорецепторов области каротидной бифуркации и принимать участие в регуляции АД. У пациентов, каротидный гломус которых иссекался, такая регуляция отсутствовала и возникала лабильность АД и более высокие цифры по сравнению с дооперационным уровнем.

169 ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ И ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ ДВУХКАМЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Гизатулина Т.П., Авдеева Е.А., Зинин М.И., Хомутинин Д.Н., Казанцева А.С., Ленцик Ю.Р., Колосова Е.А., Гатина Р.Р.

ГЛПУ "Тюменская областная клиническая больница", Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение факторов, способствующих развитию и прогрессированию фибрилляции предсердий (ФП) на фоне постоянной двухкамерной электрокардиостимуляции (ЭКС).

Материал и методы исследования: в исследование включено 72 пациента (47 женщин, средний возраст 64,9±10,6 лет) с ИБС, стенокардией напряжения II-III ф.к., ХСН I-II ф.к. (NYHA), которым в соответствии в общепринятыми показаниями были имплантированы 2-х камерные ЭКС, в том числе 35 пациентам – по поводу СССУ, 37 – по поводу АВ-блокады 2-3 степени, у 4-х имелось бинодальное поражение проводящей системы сердца. Исходно и в ходе проспективного наблюдения (срок наблюдения в среднем составил 8,2±2.1 месяцев) изучались данные анамнеза, выполнялись ЭКГ в динамике, ЭхоКГ, анализировались данные холтеровской функции ЭКС с целью выявления и изучения динамики течения ФП. Учитывалось развитие ФП впервые; учащение частоты, продолжительности пароксизмов ФП, а также переход в хроническую форму расценивались как прогрессирование ФП.

Результаты: в ходе наблюдения выявлено, что возникновение и прогрессирование ФП связано с причиной имплантации ЭКС: у пациентов с СССУ к концу наблюдения ФП развилась достоверно чаще, чем при АВ-блокаде: 74% и 42% соответственно, p=0,006. Пациенты с развившейся после имплантации ФП имели более низкую фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ) – 60,4±7,3 и 64,6±6,9% (p=0,04), больший конечно-систолический диаметр левого желудочка (КСДЛЖ) – 35,5±5,5 против 32,5±5,2 см (p=0,05). Среди пациентов с СССУ те лица, у которых развилась и прогрессировала ФП, были старше (67,7±90 и 59,9±12,0 лет соответственно, p=0,05), имели тенденцию к более выраженной ХСН (ф.к. 2,5±0,6 и 2,1±0,3, p=0,09), имели больше конечно-диастолический диаметр левого желудочка (51,5±4,0 и 47,6±5,8 см, p=0,028) и КСДЛЖ (34,1±4,7 и 30,3±4,9 см, p=0,048), а также чаще имели стеноз аортального клапана по ЭХОКГ (30% и 0% соответственно, p=0,06). У всех пациентов, имеющих СССУ и признаки аортального стеноза по ЭхоКГ, за время наблюдения развилась или прогрессировала ФП.

Заключение: вероятность развития и прогрессирования ФП на фоне постоянной двухкамерной ЭКС у пациентов с хронической ИБС значительно выше при наличии СССУ, чем при АВ-блокаде. Вероятность развития или прогрессирования ФП возрастает с увеличением возраста, а также увеличением размеров левого желудочка. Наличие СССУ на фоне аортального стеноза и хронической ИБС резко увеличивает вероятность развития и прогрессирования ФП на фоне постоянной двухкамерной электрокардиостимуляции.

170 ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА КЛОПИДОГРЕЛА И СОЧЕТАННОГО ПРИЕМА КЛОПИДОГРЕЛА И ОМАКОРА НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Гиляревский С.Р., Лопотовский П.Ю., Ларин А.Г.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель: сравнить влияние приема Лопирела и Плавикса на агрегацию тромбоцитов у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) при выполнении чрескожного вмешательства на коронарных артериях (ЧВКА).

Материалы и методы: в исследование было включено 35 больных, госпитализированных в палату интенсивной терапии отделения для больных инфарктом миокарда НИИ СП им Н.В. Склифосовского с диагнозом: острый коронарный синдром– ОКС (с подъемом или без подъема сегмента ST). Всем больным выполнена экстренная коронарография с последующей ангиопластикой. Больных рандомизированно с использованием слепого метода распределяли в группу приема плавикса (n=16) и группу приема лопирела (n=19). Исследуемый препарат в обеих группах применялся по стандартной схеме: нагрузочная доза 600 мг перед ЧКВ, затем поддерживающая доза 75 мг/сут. Группы были сопоставимы по основным клиническим и демографическим характеристикам. Агрегация тромбоцитов определялась методом светопропускания на аппарате "Биола-220LA" исходно (до приема исследуемого препарата), через 6 и 24 ч и через 7 суток после приема исследуемого препарата. В качестве индуктора агрегации использовался раствор АДФ 20 мкмоль/л. Больные считались устойчивыми к действию клопидогрела при снижении агрегации тромбоцитов менее чем на 10% от исходного уровня. Статистическая значимость различий между группами по показателям агрегации тромбоцитов оценивали с помощью критерия Стьюдента.

В дальнейшем было выполнено обсервационное исследование, в которое также были включены больные, госпитализированные с диагнозом ОКС, у которых кроме клопидогрела (Лопирела) применяли Омакор по 1000 мг 1раз в сутки (n=16). Характеристики больных этой группы были сходными с таковыми в группах изолированного применения клопидогрела в ходе выполнения рандомизированного сравнительного исследования Лопирела и Плавикса.

Результаты. В группе Плавикса и группе Лопирела агрегация тромбоцитов исходно (до приема нагрузочной дозы клопидогрела) достигала 60,7 и 61,3% соотв.; после приема нагрузочной дозы исследуемого препарата (600 мг) через 6 часов агрегация в среднем уменьшалась до 28,4 и 28,9% соотв., через 24 ч до19,3 и 27,5% соотв., а через 7 суток до 28,5 и 29,3% соотв. В обсервационной части исследования исходная агрегация тромбоцитов достигала 58,4%. На фоне сочетанного приема Лопирела и Омакора через 6 часов, 24 часа и 7 суток агрегация тромбоцитов снижалась до 35,1%, 20,9%, 31,1% соотв. Различия между группами по степени подавления агрегации тромбоцитов не достигали статистической значимости (для всех сравнений p>0,05). Однако через 24 ч после приема исследуемого препарата имелась тенденция к более выраженному подавлению агрегации в группе Плавикса по сравнению с группой Лопирела. К 7-м суткам это преимущество различия между группами по выраженности агрегации тромбоцитов исчезали. При сочетанном приеме Лопирела и Омакора отмечено небольшое усиление степени подавления агрегации через 24 ч после приема препаратов. Через 24 ч и 7 суток после приема исследуемого препарата устойчивость к действию клопидогрела отмечалась в группе Плавикса и группе Лопирела у 2 (12,5%) больных, в группе сочетанного применения Лопирела и Омакора частота устойчивости к антиагрегантной терапии была сходной и выявлялась у 2 (10,5%) больных.

Выводы. Не отмечено статистически значимых различий по степени подавления агрегации тромбоцитов при использовании Плавикса и Лопирела у больных с ОКС, которым выполняли первичное ЧВКА, однако выявлялась тенденция к более выраженному подавлению агрегации через 24 ч после приема Плавикса по сравнению с Лопирелом. Такая тенденция не выявлялась по данным оценки агрегации через 7 дней после начала терапии. Добавление Омакора к Лопирелу сопровождалось увеличением степени подавления агрегации через 24 ч после приема препаратов.

171 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КАРДИОСПЕЦИФИЧНОГО БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, В КРОВИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Гиляревский С.Р., БатуринаО.В., Ларин А.Г., Пасько И.В., Антоник Е.Ю., Корецкий С.Н.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель: оценить чувствительность и специфичность экспресс-теста для качественного определения уровня кардиоспецифичного белка, связывающего жирные кислоты (КСБСЖК), в крови для диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ) в ранние сроки после развития его клинических проявлений

Материалы и методы: в исследование было включено 20 больных, госпитализированных в палату интенсивной терапии отделения для больных инфарктом миокарда НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с предполагаемым диагнозом ОИМ (как с подъемом, так и без подъема сегмента ST), у которых продолжительность периода между развитием первых клинических проявления заболевания и госпитализацией не превышало 6 ч. Диагноз ОИМ устанавливали на основании клинических проявлений заболевания, повышения уровня кардиоспецифичных ферментов в крови, а также соответствующих изменений ЭКГ и признаков нарушения локальной сократимости миокарда по данным ЭхоКГ. Диагностически значимым повышением уровня тропонина Т (ТТ) в крови считали, если он был более 0,03 нг/мл, а уровня МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК) при увеличении до 25 Ед/л и более. Больные были разделены на две подгруппы: 1) госпитализированные ранее 3 ч после развития клинических проявления (n=9); 2) госпитализированные в период между 3 и 6 ч после развития соответствующих клинических проявлений (n=11).В момент госпитализации, у всех больных брали образцы крови для определения концентрации в крови МВ-КФК, ТТ и выполнения экспресс-теста для качественного определения уровня КСБСЖК. Через 12 ч после госпитализации у всех больных повторяли анализ уровня МВ-КФК и ТТ в крови. Экспресс-тест для определения повышенного уровня КБСЖК выполняли с помощью набора реагентов “КардиоБСЖК” (производитель ООО НПО “Биотест” г. Новосибирск). У всех больных выполнялась селективная коронарография, а у 14 больных ангиопластика коронарных артерий со стентированием. Специфичность и чувствительность диагностических тестов рассчитывали по стандартной методике.

Результаты: в целом чувствительность и специфичность экспресс-теста КСБСЖК достигала 87 и 67% соотв., определения уровня ТТ– 62,5% и 100% соотв., а МВ-КФК– 67,6 и 100% соотв. В подгруппе больных, госпитализированных ранее 3 ч после развития клинических проявлений, чувствительность и специфичность экспресс-теста КСБСЖК достигала75 и 100% соотв., определения уровня ТТ 12,5 и 100% соотв., а уровня МВ-КФК– 50 и 100% соотв. В подгруппе больных, госпитализированных в период от 3 до 6 ч после развития симптомов развития клинических проявлений, чувствительность и специфичность экспресс-теста КСБСЖК достигала 100 и 67% соотв., определения уровня ТТ86 и 100% соотв., а уровня МВ-КФК– 60 и 100% соотв.

Выводы: использование экспресс-теста КСБСЖК по сравнению с определением уровня ТТ и МВ-КФК для диагностики ОИМ в ранние сроки после развития его клинических проявлений имеет более высокую чувствительность при достаточно высокой специфичности.

172 ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Гинзбург М.Л.[1], Марцевич С.Ю.[2], Кутишенко Н.П.[2], Деев А.Д.[2], Фокина А.В.[1], Даниэльс Е.В.[1]

[1]МУЗ Люберецкая районная больница №2, Люберцы, Россия; [2]ФГУ ГНИЦ ПМ Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: выявить дополнительные факторы, влияющие на отдаленные результаты лечения (до 4-х лет) у больных с острым инфарктом миокарда (ИМ), госпитализированных в стационары Люберецкого района Московской области в 2005-2007гг.

Методы: В исследование отобраны истории болезней 1133 пациентов, которые находились на лечении в кардиологических отделениях Люберецкой районной больницы №1 и №2, терапевтическом отделении больницы им. Ухтомского и были выписаны. Период наблюдения составил от 1 дня (если пациент умирал в стационаре) до 1424 дней, медиана наблюдения – 1,3 года. За данный период определен жизненный статус всех пациентов, если пациент жив – проведено повторное клиническое обследование, если умер – уточнены причины смерти. Средний срок между выпиской и повторным осмотром составил 1,75 лет.

Результаты. В исследование включено 618 мужчин и 515 женщин, средний возраст – 65,3±12,6 лет (26 до 97 лет), средний возраст мужчин – 60,2 года, средний возраст женщин на 11 лет больше – 71,4 года. В анамнезе артериальная гипертензия регистрировалась у 76,4% пациентов, курили до поступления в стационар 28,8% больных, сахарным диабетом II типа страдали 215 (19%) пациентов, индекс массы тела в среднем составил 28,1±3,9 кг/м^2, у 40% пациентов отмечались различные степени ожирения. В стационаре умерли 172 пациента (78 мужчин и 94 женщины), больничная летальность составила 15,2%. Жизненный статус установлен у 850 человек, при этом умерли в течение изучаемого периода 191 человек, у 111 пациентов – жизненный статус остался неизвестным (10%). В структуре причин смертности пациентов основную долю составили сердечно-сосудистые заболевания (82% ИБС, 9% мозговой инсульт), остальные 9% – онкология, несчастные случаи и др.

Установлено, что высокую прогностическую значимость имеет возраст пациента ($p<0,001$), увеличение возраста на 1 год увеличивает риск на 3,6% (RR=1,036, доверительные интервалы 1,03 – 1,05), хотя гендерные различия не оказали влияния на показатели прогноза ($p=0,07$). Наиболее существенное отрицательное влияние на прогноз имели: степень тяжести ИМ (риск смерти от ИМ увеличивается в 6,9 раза, $p<0,001$), сахарный диабет (увеличение риска в 1,6 раз, $p<0,001$), высокий уровень ХС ЛНП (увеличение риска в 3,2 раза, $p<0,01$), низкий уровень ХС ЛВП (увеличение риска в 2,3 раза, $p<0,05$), наличие осложнений ОИМ (увеличение риска в 3-4 раза, $p<0,001$), а так же низкий социально-экономический уровень пациента (увеличение риска в 2 раза, $p<0,001$). Положительно влияет на прогноз лечение во время стационарного периода диуретиками ($p<0,001$), бета-блокаторами ($p<0,001$), ингибиторами АПФ ($p<0,05$) и антагонистами кальция ($p<0,05$), назначение антиагрегантов во время стационарного периода имеет тенденцию к улучшению прогноза ($p=0,08$), В постинфарктном периоде положительно влияет на прогноз лечение бета-блокаторами ($p<0,001$), ингибиторами АПФ ($p<0,001$), антиагрегантами ($p<0,001$) и статинами ($p<0,05$).

Выводы. Помимо стандартных факторов риска, существуют дополнительные, оказывающие существенное влияние на отдаленный прогноз пациентов, перенесших ИМ. Значимость этих факторов следует учитывать при выборе тактики лечения.

173 ВЛИЯНИЕ ПОЛИМИРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO-СИНТЕТАЗЫ НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ ST НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Глебовская Т.Д., Бурова Н.Н., Соловьева Н.В.

ФГУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить влияние полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтетазы на риск развития повторных кардиоваскулярных событий у больных с метаболическим синдромом, переносящих инфаркт миокарда без подъема ST (ИМБПST).

Методы исследования. В исследование последовательно включены 116 пациентов с ИМБПST, которые были разделены на группы в зависимости от наличия метаболического синдрома (МС), согласно критериям Adult Treatment Panel III (2005): I группа – 58 больных с МС (25 мужчин, 33 женщин, средний возраст 62,95 ± 10,53 лет) и группа контроля – 58 пациентов без МС (31 мужчина, 27 женщин, средний возраст 62,71 ± 11,85 лет). Больные обследованы согласно единому протоколу, включавшему анализ анамнестических, клинических, лабораторных, инструментальных данных, оценку инструментальных показателей, проспективное наблюдение. Определение полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтетазы (e-NOS) по методу Ishimura Eiji (2001) выполнено у всех пациентов, включенных в исследование. Для генотипирования eNOS использовали полимеразную цепную реакцию. Продукты полимеразной цепной реакции анализировали в 2% агарозном геле, выделяя нормальный генотип (4b/4b) и мутационные – 4a/4b и 4a/4a генотипы (рис.1).

Результаты. Носительство b/b генотипа выявлено у большей части пациентов обеих исследуемых групп. Генотипы 4a/4b и 4a/4a гена e-NOS определяли достоверно более высокую частоту рецидива ОКС и развитие сердечной недостаточности к 30 дню ИМБПST. OR рецидива ОКС у больных с МС, носителей мутационных генотипов, составил 3,32 (1,48-7,46), а относительный риск развития сердечной недостаточности в той же группе – 2,59 (95% CI 1,07 – 6,27). При анализе данных проспективного наблюдения выявлена роль мутационных генотипов e-NOS, как маркера повышенного риска повторного ОКС и внезапной смерти (R-R=2,4; OR=4,5; 95% CI=1,13-18,0; p=0,03).

Выводы. Носительство 4a/4b и 4a/4a генотипов гена e-NOS у больных с метаболическим синдромом определяет осложненное течение инфаркт миокарда без подъема ST (высокий риск развития сердечной недостаточности, рецидива острого коронарного синдрома), а также неблагоприятный отдаленный прогноз.

174 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ И НОРМОГЛИКЕМИЕЙ

Голикова А.А., Кожуховская О.Л., Стрюк Р.И.

Кафедра внутренних болезней МГМСУ, кафедра кардиологии и общей терапии УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить особенности клинических проявлений у больных в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ), сопровождающимся транзиторной гипергликемией (ТГ) и провести сравнительный анализ с больными, у которых ИМ протекал на фоне нормогликемии (НГ).

Материалы и методы. Обследовано 75 больных с острым крупноочаговым и трансмуральным ИМ. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 52 больных с ИМ и ТГ (33 мужчин и 19 женщин) в возрасте 77 (65,5-81,5) лет. Вторая группа включала 23 больных (13 мужчин и 10 женщин) с ИМ и НГ в возрасте 76 (68,0-81,0) лет.

Количественные данные представлены медианой и интерквартильным интервалом (25-75); сравнение групп проводилось посредством критерия Манна-Уитни; качественные признаки сравнивались по точному двухстрочному критерию Фишера.

Результаты. При анализе анамнестических данных у больных 1 и 2 групп не выявлено достоверных различий в частоте гипертонической болезни, стенокардии напряжения, ХСН I-II степени, что составило: 92% против 96%; 77% против 74%; 29% против 22%, соответственно. В 1 группе в 3 раза чаще отмечена пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, в 2 раза чаще другие нарушения ритма и проводимости. У больных ИМ с ТГ в 1,5 раза чаще выявлялась ХОБЛ, в 1,8 раза – хронический пиелонефрит, в 3 раза – другие хронические заболевания почек и в 5 раз – аутоиммунный тиреоидит. При изучении особенностей течения острого периода ИМ установлено, что развитие осложненного ИМ встречалось в 2,3 раза чаще у больных с ТГ. Частота острой левожелудочковой недостаточности и кардиогенного шока была в 2 раза выше у больных 1 группы. Нарушения ритма сердца и проводимости чаще выявлялись у больных ИМ с ТГ. В 4 раза чаще у больных ИМ с ТГ развивались атриовентрикулярные блокады. У 13% больных этой группы имелись пароксизмы фибрилляции предсердий. У 12% больных ИМ с ТГ выявлено наличие внутрибольничных пневмоний. У больных 2 группы внутрибольничные пневмонии выявлены не были.

Выводы. У больных ИМ с ТГ значительно чаще, чем у больных с НГ отмечалось осложненное течение острого периода, сопровождающееся развитием острой левожелудочковой недостаточности и кардиогенного шока, нарушениями ритма сердца и проводимости. У больных с ИМ и ТГ отмечено развитие внутрибольничных пневмоний. Выявленные изменения, по-видимому, связаны с повреждающим действием гипергликемии, утяжеляющей течение острого инфаркта миокарда.

175 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ И НОРМОГЛИКЕМИЕЙ

Голикова А.А., Кожуховская О.Л., Сергиенко И.В., Стрюк Р.И.

МГМСУ, кафедра внутренних болезней, Москва, Россия; УНМЦ УД Президента РФ, кафедра кардиологии и общей терапии, Москва, Россия

Цель: изучить особенности функционального состояния миокарда у больных в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ), сопровождающимся транзиторной гипергликемией (ТГ) и провести сравнительный анализ с больными, у которых ИМ протекал на фоне нормогликемии (НГ).

Материалы и методы. Обследовано 75 больных с острым крупноочаговым и трансмуральным ИМ. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 52 больных с ИМ и ТГ (33 мужчин и 19 женщин) в возрасте 77 (65,5-81,5) лет. Вторая группа включала 23 больных (13 мужчин и 10 женщин) с ИМ и НГ в возрасте 76 (68,0-81,0) лет.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Количественные данные представлены медианой и интерквартильным интервалом (25-75); сравнение групп проводилось посредством критерия Манна-Уитни; качественные признаки сравнивались по точному двухстрочному критерию Фишера.

Результаты. По данным ЭхоКГ конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) у больных 1-ой группы составил 5,10 (4,8-5,5)(см) и был выше показателей 2-ой группы 4,8(4,5-5,1)(см)(p=0,05). У больных ИМ с ТГ чаще выявлялись увеличение камер сердца: в 3 раза – дилатация левого предсердия (ЛП), и в 2 раза – дилатация правого желудочка (ПЖ) и правого предсердия (ПП). Величина фрак-

ции выброса левого желудочка (ЛЖ) у больных 1-ой группы составила 40,0% (35%-45%), у больных 2-ой группы 50% (40%-50%)(p=0,01). Концентрическая гипертрофия ЛЖ с толщиной стенок 1,2-1,4 (см) в 1,3 раза чаще регистрировалась у больных ИМ с ТГ. Достоверных различий в нарушении локальной сократимости у больных изучаемых групп выявлено не было. Акинезия в 2-х и более сегментах отмечена у 54% больных ИМ с ТГ по сравнению с 26% у больных ИМ. Гипокинезия в 3-х и более сегментах регистрировалась у 81% больных 1-ой группы по сравнению с 78% у больных 2-ой группы. Существенных различий в наличии зон дискинеза у больных обеих групп выявлено не было. Эхокардиографические признаки легочной гипертензии достоверно чаще выявлялись у больных ИМ с ТГ, чем у больных ИМ с НГ (p<0,03).

Выводы. У больных с ТГ в остром периоде ИМ выявлено более выраженное, чем у больных с ИМ и НГ, снижение систолической функции ЛЖ на фоне преобладания зон акинезии. У больных с ИМ и ТГ чаще отмечалось увеличение ЛП и правых отделов сердца. У больных с ТГ значительно чаще, чем у больных с НГ отмечались эхокардиографические проявления легочной гипертензии. Выявленные изменения, по-видимому, связаны с повреждающим действием гипергликемии, утяжеляющей течение инфаркта миокарда.

176 АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Голованова Е.Д., Ковалев Д.Ю., Силаева Н.Н., Осипова Т.В., Салаш О.Б.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

Цель: разработать алгоритм лечебно-диагностических действий в зависимости от величины “офисного” артериального давления, формы и степени АГ с включением дополнительных показаний для проведения антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Проведено скрининговое обследование 154 амбулаторных и стационарных пациентов мужского пола в возрасте от 35 до 59 лет с нормальным АД артериальной гипертонией (АГ) 1-3 степени. Исследования проводились на кафедре терапии Смоленской государственной медицинской академии и медицинском пункте производственного предприятия стекольной промышленности ОАО “Ситалл” (г. Рославль, Смоленской обл.).

Результаты. При первичном осмотре пациентам проводилось общеклиническое обследование, трехкратное измерение “офисного” АД, выявлялось наличие основных (“классических”) факторов риска – табакокурение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, гиперхолестеринемия, индекс массы тела, отягощенный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Если у пациента цифры “офисного” АД находились в пределах 120-129/70-79 мм и выявлялись факторы риска, рекомендовалось модифицировать образ жизни и проводить ежемесячный контроль АД, особенно при наличии отягощенного семейного анамнеза.

Если у пациента регистрировались цифры АД в пределах 130-139/80-89 мм рт.ст. то помимо выявления факторов риска ему проводилось суточное мониторирования АД, консультация окулиста, определение гипертрофии левого желудочка по ЭКГ (критерии Соколова-Лайона), определялась скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) и индексы жесткости (CAVI) центральных (аорта) и периферических сосудов (магистральные артерии нижних конечностей) методом объемной сфигмографии, электро- (ЭЭГ) и реоэнцефалография (РЭГ) для исследования пульсового кровенаполнения (ПК) и периферического сопротивления (ППС) мозговых сосудов. При значениях СРПВ и индексов CAVI в пределах возрастных норм и нормальном пульсовом кровенаполнении и ППС давались рекомендации по модификации образа жизни.

При наличии отклонения параметров, характеризующих ремоделирование сосудов от возрастных норм, пациентам рекомендовалось раннее назначение антигипертензивной терапии препаратами, в наибольшей степени влияющих на сосудистое ремоделирование – ингибиторами АПФ и тиазидоподобными диуретиками. При изменении в показателях церебральной гемодинамики дополнительно назначались вазоактивные препараты и средства, улучшающие метаболизм мозга (ноотропные препараты). Если у пациента диагностирована АГ, то помимо вышеперечисленных методов обследования (ЭКГ, СМАД, окулист, СРПВ, CAVI, РЭГ, ЭЭГ) проводилась эхокардиография и ультразвуковая допплерография экстра- и интракраниальных сосудов. При АГ 1 степени рекомендовалась модификация образа жизни и монотерапия; при АГ 2-3 степени – модификация образа жизни, комбинированная антигипертензивная терапия и нейропротекция.

177 АДЕКВАТНЫЙ КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Головань С.А., Синькова Г.М., Синьков А.В.

ГОУ ВПО “Иркутский ГМУ Минздравсоцразвития России”, Иркутск, Россия

Цель: определить уровни контроля артериального давления жителей сельских и отдаленных районов Иркутской области, выявить наиболее часто употребляемые антигипертензивные препараты (АП) и их комбинации.

Материалы и методы. Обследовано 560 человек (148 мужчин, 412 женщин) в возрасте 19-95 лет (средний возраст 60,3±13,6 лет) жителей сельских и отдаленных районов Иркутской области, у которых при скрининговом обследовании выявлено АД≥140/90 мм рт.ст. и/или установлен факт приема АП. Обследование включало измерение АД в соответствии с рекомендациями ВНОК [2008], осмотр кардиолога, невролога, регистрацию ЭКГ и анкетирование, проводимое кардиологом с помощью специальной анкеты, включающей вопросы о принимаемых АП. Результаты оценивали с помощью компьютерных статистических программ STATISTICA 6.0 и Биостатистика 4.03 (описательная статистика, 95% доверительные интервалы (ДИ), критерий хи-квадрат).

Результаты. Из всех обследованных пациентов факт приема АП был установлен у 399 человек. Рекомендуемые ВНОК [2008] рациональные (эффективные) комбинации АП использовались у 59 больных (14,8%). Из рациональных комбинаций АП наиболее часто использовались диуретик + БАБ – 21 больной (20,2% всех случаев использования комбинаций современных АП), АК + ИАПФ – 19 больных (18,3%), ИАПФ + диуретик – 15 больных (14,4%), АК + БАБ – 4 больных (3,9%). Доля больных, получавших комбинированную терапию, увеличивалась одновременно с увеличением степени АГ: АГ 1 степени – 4 больных (20,0%; 95%ДИ=2,5-37,5), АГ 2 степени – 57 больных (34,6%%; 95%ДИ=27,3-41,9), АГ 3 степени – 91 больной (42,5%%; 95%ДИ=35,9-49,1), но различия были статистически незначимыми.

Достижение уровня АД<140/90 мм рт.ст. отмечено лишь у 15 из 399 больных, получавших лечение (3,8%; 95%ДИ=1,9-5,7). Уровень контроля АД варьировал от 0,0% в Жигаловском, Катангском и Казачинско-Ленском районах Иркутской области до 13,2% в Куйтунском районе (p=0,001).

Уровни контроля АГ у мужчин и женщин существенно не различались.

Среди больных, с контролируемым АД, 11 человек получали монотерапию (73,3%), а 4 человека (26,7%) – комбинированную терапию из 2 или 3 АП. Статистически значимой связи достижения целевого уровня АД со стратегией антигипертензивной терапии (моно- или комбинированная терапия) и приемом АП определенных фармакологических классов не выявлено.

Выводы. В сельских и отдаленных районах Иркутской области выявлен низкий уровень контроля АГ, обусловленный недостатками антигипертензивной терапии.

178 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВАЖНЕЙШИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СЕЛЬСКИХ И ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНАХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Головань С.А., Синькова Г.М., Синьков А.В.

ГОУ ВПО "Иркутский ГМУ Минздравсоцразвития России", Иркутск, Россия

Цель: определить распространенность инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ) у жителей сельских и отдаленных районов Иркутской области, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследовано 646 больных (136 мужчин, 510 женщин) в возрасте 19-95 лет (средний возраст 61,2±12,9 лет) жителей Жигаловского, Зиминского, Катангского, Качугского, Киренского, Куйтунского, Черемховского, Мамско-Чуйского и Усть-Удинского районов Иркутской области, у которых при скрининговом обследовании выявлено АД≥140/90 мм рт.ст. и/или установлен факт приема антигипертензивных препаратов.

Обследование включало измерение АД в соответствии с рекомендациями ВНОК [ВНОК, 2008], осмотр кардиолога и невролога, регистрацию ЭКГ, заполнение специальной анкеты, изучение медицинских документов пациента.

Результаты оценивали с помощью компьютерных статистических программ STATISTICA 6.0 и Биостатистика 4.03 (описательная статистика, 95% доверительные интервалы (ДИ), отношение шансов (ОШ), критерий хи-квадрат).

Результаты: в обследованной группе распространенность МИ составила 5,6% (95%ДИ=3,8-7,4), распространенность ИМ – 7,2% (95%ДИ=5,1-9,1). При этом у мужчин ИМ выявлялся в три раза чаще, чем инсульт ($p<0,05$).

После стандартизации распространенности МИ и ИМ по полу и возрасту в соответствии со структурой населения, распространенность МИ и ИМ составила 3,0% (95%ДИ=1,7-4,3) и 3,3% (95%ДИ=1,9-4,7) соответственно.

В обследованной группе средний возраст больных МИ составил 65,1 года (95%ДИ=61,6-68,6), средний возраст больных ИМ – 66,2 года (95%ДИ=63,7-68,7). Доля лиц старших возрастных групп (мужчин старше 55 лет и женщин старше 65 лет) в обследованной группе составила 45,4% (95%ДИ=41,6-49,2), среди больных МИ – 58,3% (95%ДИ=42,2-74,4), среди больных ИМ – 60,9% (95%ДИ=46,8-75,0). Показатель ОШ развития ИМ у лиц старших возрастных групп был статистически значимым ($p<0,05$) и свидетельствовал о двукратном увеличении риска развития ИМ по сравнению с более молодым возрастом (ОШ – 2,0; 95%ДИ=1,1-3,6). Показатель ОШ развития МИ у лиц старших возрастных групп был статистически значимым ($p<0,05$) только у женщин и свидетельствовал о двукратном увеличении риска инсульта по сравнению с женщинами более молодого возраста и почти трехкратном увеличении риска по сравнению с мужчинами (ОШ женщины – 2,2; 95%ДИ=1,1-4,6; ОШ мужчины – 0,8; 95%ДИ=0,1-4,7).

Выводы: в населенных пунктах, где высока доля населения старших возрастных групп, при оказании первичной медико-санитарной помощи необходимо предусматривать первичные профилактические мероприятия с учетом основных факторов риска развития сердечно- сосудистых осложнений.

179 ЭКСПРЕСС-ТЕСТ "КАРДИО-БСЖК" ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКРОЗА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Головенкин С.Е., Шульман В.А., Матюшин Г.В., Пилипецкая Е.Ю., Петрова М.М., Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Штегман О.А., Симулин В.Н., Радионов В.В.

ГОУ ВПО "КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава", Красноярск, Россия

Лабораторное подтверждение некроза миокарда у больных острым коронарным синдромом (ОКС). В первые 6 часов заболевания достаточно сложная задача, поскольку в этот временной интервал тропонины Т и I имеют невысокую чувствительность, а "ранний" маркер – миоглобин высокочувствителен, но недостаточно специфичен. В 2008 году в России для ранней диагностики некроза миокарда при остром коронарном синдроме зарегистрирован экспресс-тест "КардиоБСЖК".

Цель исследования: выяснить чувствительность и специфичность экспресс-теста "КардиоБСЖК" при диагностике некроза миокарда у пациентов острым коронарным синдромом.

Методы исследования: в исследование включены 220 пациентов. У 83 из них при поступлении в клинику был диагностирован ОКС с подъёмом сегмента ST, у 115 – ОКС без подъёма сегмента ST, у 22 – стабильная стенокардия. Всем пациентам проведен экспресс-тест "КардиоБСЖК" (пациентам ОКС – в первые 12 часов от начала ангинозных болей).

Результаты. Всем пациентам ОКС с подъёмом сегмента ST в клинике был выставлен диагноз инфаркт миокарда. Диагноз инфаркта миокарда выставлялся на основании клиники, изменений на ЭКГ, положительном тропониновом тесте. Экспресс-тест "КардиоБСЖК" был положительным у 81 из 83 пациентов этой группы, т. е. чувствительность теста в этой группе больных составила 97,6%. Из 115 пациентов группы больных ОКС без подъёма сегмента ST диагноз инфаркт миокарда был выставлен 49 больным, нестабильная стенокардия – 66 пациентам. У 43 из 49 больных инфарктом миокарда тест "КардиоБСЖК" был положительным, у 6 – отрицательным. У 6 из 66 больных нестабильной стенокардией тест "КардиоБСЖК" был положительным, у 60 – отрицательным. Таким образом, в группе больных ОКС без подъёма сегмента ST чувствительность теста составила 87,8%, специфичность – 90,9%. В группе пациентов со стабильной стенокардией тест "КардиоБСЖК" был положительным у 2 больных, у 20 – отрицательным (т. е. специфичность теста в этой группе больных составила 90,9%). При анализе чувствительности экспресс-теста "КардиоБСЖК" в зависимости от времени его проведения получены следующие результаты: при проведении теста пациентам ОКС в интервале 1-3 часа от начала ангинозных болей – чувствительность составила 87,4%, 3-6 часов – 92,7%, 6-9 часов – 94,4%, 9-12 часов – 94,0%.

Заключение. Высокая диагностическая точность в первые часы инфаркта миокарда, удобство и простота применения экспресс-теста "КардиоБСЖК" могут позволить широко использовать тест в клинической практике, в том числе и на догоспитальном этапе, с целью установления точного диагноза и раннего назначения адекватной терапии.

180 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Гомова Т.А., Веневцева Ю.Л., Мельников А.Х., Борисова О.Н., Валиахметов М.Н.

Медицинский институт Тульского государственного университета, Тула, Россия

Демографическая ситуация в России характеризуется высокими показателями смертности, особенно среди трудоспособного населения от коронарной болезни сердца (КБС).

С целью изучения особенностей течения КБС в среднем возрасте (41-50 лет) в исследование включили 92 пациента (82 мужчин и 10 женщин), находившихся в 2010 году в Тульской областной клинической больнице, из них 25 – с ОКС (8 человек – ОИМ, 9 – впервые возникшая стенокардия, 2 – повторный ОИМ, 6 – нестабильная стенокардия). У 40 пациентов на фоне постинфарктного кардиосклероза наблюдалась стенокардия напряжения (2 ФК – 8, 3 ФК – 32 человека). У 7 пациентов выявлена бессимптомная ишемия миокарда, у 10 – стабильная стенокардия без предшествующего ИМ (2 ФК).

Наиболее распространёнными факторами риска были: артериальная гипертензия (АГ, 93,9% мужчин и 100% женщин), курение (68,3% и 20% женщин), повышенный ИМТ (45,1% и 100%), повышение уровня ЛПНП (82,9% и 100%), триглицеридов (12,2% и 60%), а также их сочетание (7,3% и 20%). Лишь у 1 мужчины и у 1 женщины в анамнезе наблюдалось ОНМК.

Обращает на себя внимание низкая частота сопутствующего сахарного диабета (СД, 7,3% и 20%), однако высокая – патологии ЖКТ – у 28,4% мужчин (ГЭРБ, хронический гастрит, хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка) и наследственной отягощенности по ИБС (у 60% женщин).

Коронароангиографию провели 30 пациентам – 2 женщинам и 28 мужчинам. Изменений коронарных артерий не выявлено только у 10% женщин и 3,6% мужчин, что достоверно отличалось от данных, полученных нами в возрастной группе 20-39 лет (n=12), где у 25% пациентов с ОИМ стенозы не были выявлены, а у 41,7% они были <50%.

С диагнозом ОИМ поступили 8 мужчин, в т.ч. 1 – без подъема ST. Преобладала передняя локализация (71,4%), у 100% была предшествующая АГ, при этом 57,1% не принимали терапию. Отягощенная наследственность по ИБС была только у 28,5% больных, 57,1% страдали СД, один из них и подагрой; 100% курили. При поступлении у 42,8% были признаки острой сердечной недостаточности по Killip 2-3. В 100% случаев был повышен уровень ЛПНП, в т.ч. у 57,1% – в сочетании с уровнем триглицеридов. На Эхо-КГ у всех пациентов была расширена полость левого предсердия на фоне диастолической дисфункции левого желудочка и снижения сократительной способности миокарда с фракцией выброса от 34 до 50%.

Обращает на себя внимание более частое выявление метаболических нарушений у пациентов с ОИМ или с ИМ в анамнезе. Так, частота повышения уровня триглицеридов в подгруппе пациентов со стенокардией 3 ФК и ИМ в анамнезе составила 21,9%, как и в подгруппе с безболевой ишемией миокарда и ИМ в анамнезе (28,1%), достигая 62,5% при ОИМ, при этом в подгруппе со стабильной стенокардией она составила только 10%.

Таким образом, у мужчин среднего возраста с КБС сочетанное повышение уровня триглицеридов и ЛПНП может ухудшать прогноз, выступая дополнительным фактором риска возникновения осложнений в виде ОИМ.

181 ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

*Гончарова Л.Н., Семенова С.В., Кузовенкова О.Н., *Постнов А.Ю.*

ГОУ ВПО "Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева", Саранск, Россия; *ФГУ РКНПК, Москва, Россия

При АГ происходит нарушение активности ряда ключевых факторов системы гемостаза, что обуславливает повышенный риск развития тромбозов или внутрисосудистого свертывания крови с изменением регуляторных механизмов системы гемостаза или отдельных ее звеньев. В большинстве случаев эти нарушения носят генетический характер.

Поэтому целью работы явилось: изучить встречаемость вариантов полиморфизма генов системы гемостаза (гена, кодирующего фактор V свертывания крови, гена PAI-1, гена протромбина, гена GPIIb/IIIa и гена MTHFR) у больных артериальной гипертонией в Республике Мордовия в зависимости от пола и национальной принадлежности.

Обследовано 139 пациентов АГ II-III стадией и были сформированы три группы пациентов в зависимости от национальной принадлежности. Первая группа с АГ – этнические русские 42 человека, вторая – пациенты с АГ эрзянской национальности – 53 человека, третья группа пациенты с АГ- мокшанской национальности – 46 человек.

При изучении встречаемости вариантов генотипов гена V фактора свертывания крови у больных АГ Республики Мордовия не было выявлено неблагоприятных генотипов независимо от пола и национальной принадлежности

При изучении встречаемости мутаций гена PAI-1 у больных с АГ Республики Мордовия в зависимости от пола и национальности было выявлено преобладание сочетания неблагоприятных генотипов гена PAI у больных АГ национальности мокшанской (p5G4G/5G5G=0,024, p5G4G/4G4G=0,01) и эрзянской национальностей (p4G4G/5G5G=0,025) мужского пола.

При изучении гена метилентетрагидрофолатредуктазы у больных АГ Республики Мордовия было выявлено преобладание неблагоприятного носительства генотипа CC гена MTHFR в позиции A1298C у больных мужчин мокшанской национальности (pAC/AA/CC= 0,001), а в позиции C667T генотипа CT у больных АГ мокшанской (pTT/CT=0,003), и эрзянской (pCT/CC=0,04, pCT/TT=0,003) национальностей.

При изучении распределения генотипов генов фактора II (протромбин) и гена рецептора мембраны тромбоцитов – гликопротеина IIb/IIIa у больных АГ Республики Мордовия были выявлены благоприятные генотипы данных генов ($p<0,05$) независимо от пола и национальной принадлежности.

Таким образом, выявленные мутации генов, кодирующих систему фибринолиза и тромбообразования у больных АГ, позволят предупредить возникновение осложнений, таких как инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения, а также уменьшить число осложнений у данной категории больных, если им потребуется хирургическое или гинекологическое оперативное лечение.

182 ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ШКОЛЫ БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Горбунова Е.В., Макаров С.А., Горшкова Т.В., Груздева О.В., Мамчур С.Е., Одаренко Ю.Н., Журавлева И.Ю., Барбараш О.Л.

НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования – оценить результаты внедрения обучающей программы для пациентов с протезированными клапанами сердца.

Материалы и методы. Обследовано 72 пациента (34 женщины и 38 мужчин) в возрасте 55,1±8,8 лет, прошедших полный курс обучения в школе больных с протезированными клапанами сердца. Ревматическая болезнь сердца имела место в анамнезе у 38 (53%) больных, у 19 (26%) – перенесенный инфекционный эндокардит, у 15 (21%) – синдром соединительно-тканной дисплазии. Обучающая программа состояла из цикла структурированных занятий, основанная на принципе преемственности стационарного и амбулаторного этапах ведения больных. Всем пациентам до проведения обучающей программы и после проводилось анкетирование. Оценивали приверженность к лечению по методике С.В. Давыдова, качество жизни по опроснику SF-36, реактивную и личностную тревожность по шкале Спилбергера-Ханина, определяли уровень знаний пациентов по разработанной нами анкете.

Результаты исследования. Применение обучающей программы у данной категории больных способствовало повышению уровня знаний в вопросах профилактики протезного инфекционного эндокардита у 68 (94%) обследуемых, назначения антикоагулянтной терапии у 72 (100%) больных, целесообразности физической и психологической реабилитации у 54 (75%) и 58 (80%) пациентов, соответственно. До проведения обучающей программы среднее значение приверженности к лечению составило 3,7±1,4 балла, после обучения повысилась приверженность к лечению: ее среднее значение составило 8,3±1,8 балла ($p<0,05$). Пациенты с протезированными клапанами сердца исходно характеризовались низкими показателями физического и психологического здоровья, 40,72±3,23 и 50,03±3,01 баллов, соответственно. В результате проведения обучающей программы выявлено статистически значимое повышение величин ($p<0,01$) шкал физического и социального функционирования, общего состояния здоро-

вья. Исходно регистрировался высокий уровень реактивной (55,2±5,3 балла) и личностной тревожности (49,5±3,8 балла). В результате проведения обучающей программы выявлено статистически значимое снижение уровня реактивной и личностной тревожности: по завершению обучения пациенты характеризовались умеренным уровнем этих показателей (32,6±4,1 и 38,7±6,2 баллов соответственно, p<0,05).

Выводы. Разработанная обучающая программа для пациентов с протезированными клапанами сердца способствует повышению информированности пациентов в вопросах профилактики осложнений антикоагулянтной терапии, возникновения протезного инфекционного эндокардита, оптимизации физической и психологической реабилитации, а также повышению приверженности к лечению, снижению реактивной и личностной тревожности и улучшению качества жизни.

183 БЕТАСЕРК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Горбунов В.В., Балданова Т.А., Лукьянов С.А.
ГОУ ВПО "Читинская государственная медицинская Академия", Чита, Россия

Головокружение – один из частых симптомов хронической недостаточности мозгового кровообращения, в т.ч. хронической гипертонической энцефалопатии. Нарушение когнитивных функций – закономерный результат хронической мозговой сосудистой недостаточности.

Цель исследования – изучение эффективности препарата Бетасерк в комплексном лечении дисциркуляторной гипертонической энцефалопатии (ДГЭ).

Методы исследования: было обследовано 30 больных (20 женщин и 10 мужчин) с артериальной гипертензией и клиникой дисциркуляторной энцефалопатии 1-ой и 2-ой стадии, одним из проявлений которой было головокружение. Обследованные пациенты были в возрасте 50-65 лет, средний возраст – 57±8,5 лет. Диагноз ДГЭ выставлялся по общепринятым критериям. 20 пациентов получали на фоне базисной антигипертензивной терапии препарат Бетасерк в дозе 16 мг 3 раза в сутки, 10 пациентов – только гипотензивную терапию. Перед началом лечения всем пациентам проводилась СМАД, исследовались когнитивные функции, оценивалась степень выраженности головокружения. Контрольные исследования проводились через 1 и 3 месяца от начала лечения. Всем пациентам трехкратно (перед началом лечения, через 1 месяц и через 3 месяца) проведено исследование неврологического статуса, нейропсихологические методики по Краткой Шкале Оценки Психического Статуса (MMSE), тест рисования часов, тест на речевую активность, тест на зрительную память. Оценка головокружения проводилась в балльной системе по оригинальной формализованной шкале от 1 до 5 баллов.

Результаты. Исследование показало, что препарат Бетасерк в дозе 48 мг в сутки достоверно уменьшает выраженность головокружения. На фоне терапии Бетасерком достоверно улучшились когнитивные функции (суммарный балл по КШОПС) возрос с 25,7 до 29,5 баллов в основной группе, тест на речевую и зрительную память дал незначительное увеличение суммарного балла на 0,5, в тесте рисования часов суммарный балл возрос с 9,4 до 10 баллов. По шкале головокружения суммарный балл в основной группе уменьшился с 3 до 1. В контрольной группе, через 1 месяц от начала лечения, возрос с 28,9 до 29 баллов по шкале КШОПС на 0,5 балла в тесте на речевую и зрительную память, в тесте рисования часов суммарный бал остался неизменным. Через 3 месяца достоверных улучшений когнитивных функций не отмечено, как в основной, так и в контрольной группе, однако в основной группе снизился балл по шкале оценки головокружения с 2,2 до 1,4 баллов при 2,4 и 2,2 в контрольной.

Выводы. Таким образом, полученные в настоящем исследовании результаты подтверждают эффективность препарата Бетасерк в дозе 48 мг в сутки, у больных ДГЭ 1 и 2 ст. с симптомом кохлео-вестибуляных нарушений. Применение Бетасерка в сочетании с адекватной антигипертензивной терапией уменьшает выраженность когнитивных нарушения уже через 1 месяц от начала лечения. Отсутствие дальнейшей динамики регресса когнитивных расстройств, вероятно связано с изначально хорошим эффектом (в течение 1 месяца терапии). Наибольший регресс когнитивных нарушения отмечен у пациентов с изначально более высоким баллом по КШОПС.

184 АФФЕКТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗЛИЧНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Горина Л.В., Либис Р.А.
ГОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения и социального развития РФ, кафедра госпитальной терапии, Оренбург, Россия

Цель: выявить распространенность тревожно-депрессивной патологии у больных различных функциональных классов хронической сердечной недостаточности и оценить ее влияние на различные сферы качества жизни.

Материалы и методы: обследовано 117 больных от 42 до 74 лет с ХСН. Для выявления тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Качество жизни (КЖ) оценивалось с помощью Миннесотского опросника (MLHFQ).

Результаты: по данным HADS, тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности выявлены у 81 (69,3%) больного с ХСН. В зависимости от функционального класса хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН), аффективные расстройства встречались у 27 (23,1%) больных с ФК I-II и у 54 (46,2%) больных с ФК III-IV. Сравнительный анализ основных составляющих КЖ у пациентов I – II ФК ХСН и III – IV ФК ХСН с расстройствами психоэмоционального статуса и без них проводился раздельно.

Средний суммарный балл физической возможности больных I-II ФК ХСН с аффективными расстройствами равен 26,5±9,7 баллам, а у больных этого же ФК ХСН без нарушений в психоэмоциональной сфере – 22,0±9,8 баллов (p>0,05). Однако, у больных III-IV ФК эти же показатели соответственно составили 27,8±7,3 и 19,6±8,0 баллов (p<0,05). Нами выявлена достоверная разница в социально-экономическом аспекте КЖ у пациентов I-II ФК ХСН. Так, средний суммарный балл КЖ, отвечающий за социально-экономические аспекты и общественные связи у пациентов I-II ФК ХСН в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами составил 16,6±6,6 баллов, а у больных III-IV ФК без отклонений в психическом статусе – 12,8±6,3 балла (p<0,05). Однако у больных III-IV ФК ХСН достоверной разницы нами выявлено не было, средние баллы соответственно составили у пациентов с тревогой и депрессией – 16,0±5,1 баллов и 15,7±6,2 баллов у больных без отклонений в эмоциональном статусе (p<0,05). Показатель КЖ показывающий эмоциональное восприятие жизни достоверно отличался во всех группах больных, как с нарушением статуса, так и без него. Средние суммарные баллы составили: 15,7±7,1 баллов у больных I-II ФК ХСН с аффективными расстройствами и 10,5±7,8 баллов у пациентов I-II ФК ХСН с нормальных статусом (p<0,05); 11,0±5,9 баллов у больных III-IV ФК ХСН в сочетании с тревогой и депрессией и 7,4±6,3 балла у пациентов III-IV ФК ХСН без аффективной симптоматики.

Выводы: тревожно-депрессивные состояния выявлены у 23,1% больных с ФК I-II и у 46,2% больных с ФК III-IV. Кроме ожидаемых различий в значениях эмоционального восприятия качества жизни нами выявлены достоверные различия в социально-экономических аспектах КЖ у паци-

ентов I – II ФК ХСН с сопутствующими нарушениями аффективного статуса. Кроме того, нами выявлены достоверные ухудшения в физическом компоненте качества жизни у больных с более тяжелым ФК ХСН в сочетании с тревогой и депрессией.

185 ПРИМЕНЕНИЕ ЛОЗАРТАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гостева Е.В.
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Имеются сведения о достоверной связи между состоянием вегетативной нервной регуляции и внезапной сердечной смертью (ВСС). При ХСН и низкой ВСР вероятность ВСС значительно больше. Следовательно, показатели изменения частоты сердечных сокращений (ЧСС) могут быть использованы для прогноза выживаемости больных с ХСН.

При лечении и профилактике ХСН используют блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА). Такие свойства БРА, как уменьшение гемодинамической перегрузки, замедление процесса ремоделирования сердца, предотвращение развития электролитного дисбаланса, антиишемический и коронаролитический эффекты положительно влияют на ВСР. Их использование приводит к снижению тонуса симпатической нервной системы и препятствует выбросу катехоламинов.

Цель и задачи. Изучить влияние лозартана (Лозап, Zentiva) на ВСР при ХСН на фоне базисной терапии.

Материал и методы. В исследование было включено 42 больных (32 мужчины и 14 женщин) в возрасте от 45 до 72 лет (средний возраст 54,5 года) с клиническими признаками ХСН II-III ФК (по NYHA), развившейся на фоне ИБС с ФВЛЖ < 56%, КДР > 56 мм., при наличии у пациентов устойчивого синусового ритма. Все больные получали лечение лозартаном (Лозап, Zentiva) в суточной дозе 50 мг. Для оценки ВСР проводили суточное мониторирование ЭКГ на аппарате "Кардиотехника 4000-3" (ИНКАРТ, СПб.) до и через 3 мес. после назначения лозапа.

Рассчитывали следующие показатели: стандартное отклонение длительности интервалов R–R между синусовыми сокращениями (SDNN), стандартное отклонение средних значений R–R-интервалов, вычисленных по всем 5-минутным промежуткам (SDANN), мощность в диапазоне низких частот (LF) от 0.04-0.15 Гц, мощность колебаний длительности интервалов R–R в диапазоне высоких частот (HF). Для оценки соотношения симпатических и парасимпатических влияний вычисляли отношение LF/HF.

Результаты и их обсуждение. У пациентов, принимавших лозап отмечено повышение сердечного выброса, что привело к переходу больных в более легкий ФК и к улучшению качества их жизни. Параллельно повысились показатели ВСР в целом и парасимпатическая составляющая в частности.

В группе больных II отмечено увеличение SDNN с 84±8.7 до 177±12 мс ($p< 0.05$), SDANN с 68±4.3 мс до 84.08±5.1 мс ($p<0.05$), соответственно. При оценке показателей спектрального анализа ВСР отмечено увеличение HF с 156.33±42.67 до 338±62 мс^2 ($p<0.05$). LF снизился с 608.9±42 до 387.6±27 мс^2 ($p<0.001$), LF/HF с 3.87±0.4 до 1.38 ±0.7 ($p<0.01$), соответственно. Обращает на себя внимание снижение такого показателя, как отношение LF/HF, что свидетельствует о значительном повышении парасимпатической активности и опосредовано снижает риск возможных аритмий.

Выводы: Применение лозапа (Zentiva) в течение 3 месяцев у больных с ХСН, возникшей на фоне ИБС, сопровождалось потенциально благоприятными изменениями общей ВСР и её парасимпатической составляющей.

186 ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНГИОГРАФИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ СТАБИЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ ИБС

Гофман Е.А., Марцевич С.Ю., Толпыгина С.Н., Малышева А.М., Полянская Ю.Н., Деев А.Д., Мазаев В.П.
ФГУ "ГНИЦ ПМ" Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: на основании результатов пятилетнего наблюдения определить роль различных факторов, влияющих на исход заболевания, и разработать доступную модель для определения прогноза, а также оценить распределение риска в исследуемой популяции пациентов со стабильно протекающей ангиографически подтвержденной ИБС.

Материалы и методы. Проспективное наблюдательное когортное исследование у больных с ИБС. Включено 636 пациентов (142 женщины и 500 мужчин), госпитализированных в период с 01.01.2004 по 31.12.2007 гг., проживавших в Москве или в Московской области. Включены пациенты в возрасте от 27 до 88 лет. Средний возраст пациентов мужской пола составил 57,7(+-0,4 лет) (n=500), женского пола – 60,3 лет (+-0,7) (n=142). Диагноз ИБС верифицировался во время госпитализации с помощью коронароангиографии (КАГ), а также данными анамнеза в виде перенесенного ОКС или реваскуляризации миокарда, либо функциональных методов диагностики. Из 636 пациентов диагноз ИБС был подтвержден данными коронарографии в 582 случаях. У 81 пациента отсутствовало поражение коронарного русла, из них ИБС диагностирована в 28 случаях. 196 пациентов было госпитализировано на фоне нестабильного течения ИБС. Продолжительность наблюдения до первой конечной точки составила 0,76 до 6,52 лет, в среднем 3,9 лет. Комбинированная конечная точка включала случаи фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий, проведение реваскуляризации любого сосудистого бассейна, а также любые случаи смерти. Установить судьбу удалось у 542 пациентов, таким образом суммарный отклик в исследовании составил 85,2%. 351 пациенту проведен визит наблюдения в амбулаторных условиях ФГУ ГНИЦ ПМ. У остальных пациентов взято интервью по телефону. В случае смерти больных причины смерти устанавливались на основании свидетельства родственников пациентов, а также по доступным в архиве историям болезни. Статистический анализ данных проводился в системе SAS 6.12. Для моделирования выживаемости и определения прогностически значимых показателей использовалась регрессионная модель пропорционального риска (Кокса). Значимость тестируемых переменных определялась с помощью асимптотического критерия хи-квадрат Вальда.

Результаты. Была выявлена высокая распространенность ФР атеротромбоза, включая АГ (77,7%), курение (48%), сахарный диабет (13%), ожирение (33,8%) и нарушение функции почек (18,7%). У 323 (50.3%) пациентов имели стенокардию напряжения II – III ФК. 284 (44,2%) больных ранее перенесли ИМ, из которых только 32 больным была выполнена экстренное инвазивное вмешательство, и 30 больным – тромболитическая терапия в остром периоде ИМ. Почти 37,7% больных имели тяжелое многососудистое поражение коронарного русла. 595 пациентов (93,5%) характеризовалось клинически значимым атеросклеротическим поражением более чем в 1 сосудистом бассейне КА. Сердечно-сосудистые события зарегистрированы у 220 (35%) больных ИБС. Частота комбинированной конечной точки, объединившей случаи сердечно-сосудистой смерти и нефатального ИМ, составила 19%. Значимыми в отношении риска развития нежелательных сосудистых событий оказались: наличие нестабильного течения ИБС в период наблюдения, ИМ в анамнезе, количество перенесенных ИМ, инсульт в анамнезе, поражение трех основных коронарных бассейнов, либо ствола левой коронарной артерии, либо правой коронарной артерии. Кроме того, независимым влиянием на прогноз обладали такие факторы,

как: возраст, функциональный класс стенокардии, степень АГ, проявления СН, высокая масса тела (ИМТ≥31,6 кг/м^2), наличие СД, метаболического синдрома, нарушение функции почек (СКФ<50 мл/мин), прием иАПФ, нитратов и диуретиков, а также социальный статус.

Заключение: Предварительные результаты нашей работы позволили определить независимые предикторы развития ССО у больных со стабильными проявлениями ИБС. На основании полученных данных ведется разработка прогностической модели для выявления пациентов, что с высоким риском. поможет повысить рентабильность лечения ИБС, особенно в условиях дефицита таких высокотехнологичных видов помощи, как КАГ и ТБКА. Пациенты с высоким риском должны иметь приоритет в направлении на интервенционные методы диагностики и лечения с целью профилактики развития ССО.

187 ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ

*Грайфер И.В., Фурман Н.В., *Решетько О.В., Долотовская П.В., Пучиньян Н.Ф.*

ФГУ "СарНИИК" Миндздравсоцразвития России, *ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенная устойчивая аритмия сердца. Существуют различия в терапии, в оказании медицинской помощи и характеристиках пациентов в Европе и в других частях мира, что служит основанием для проведения эпидемиологических исследований и организации регистров ФП. Кроме этого, в последнее десятилетие значительное внимание исследователей в разных странах привлекает проблема гендерных различий течения, исходов и терапии различных сердечно-сосудистых заболеваний

Цель исследования. Изучить гендерные особенности распространенности ФП в различных возрастных группах госпитализированных больных и частоте наличия ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Проведен сплошной ретроспективный анализ историй болезней пациентов с ФП, госпитализированных в кардиологические отделения нескольких клинических больниц г. Саратова в период с 01.01.2008 г. по 31.12.2009 г.

Результаты. Среди больных, госпитализированных в различные кардиологические стационары за анализируемый период времени, указания на наличие ФП имели 14,9% пациентов (937 больных). 2,1% от общего числа больных с ФП были в возрасте 30-44 лет (мужчины – 85%, женщины – 15), 6,6% в возрасте 45-59 лет (69,4% мужчин, 30,6% женщин), 65,3% в возрасте 60-74 лет (54,7% – мужчины, 45,3% – женщины) и 26% в возрасте 75 лет и старше (37,7% – мужчин и 62,3% – женщин). Изолированная ФП наблюдалась только у мужчин в 1,3% случаев, остальные 98,7% пациентов с ФП имели ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания. Артериальной гипертонией (АГ) страдали 93,7% мужчин и 98,2% женщин, ИБС (перенесенный инфаркт миокарда и/или стенокардия) имели 76,4% мужчин и 68,8% женщин, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) отмечена у 62,4% мужчин и у 44,3% женщин, ожирение встречалось у 14,5% мужчин и 22% женщин, сахарным диабетом болели 9,6% мужчин и 12,2% женщин, клапанные пороки сердца указанны в диагнозе у 5,6% мужчин и 3,7% женщин, дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатия у 5,9% мужчин и 0,8% женщин, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – у 4,4% мужчин, патология щитовидной железы – в 2,8% случаев у мужчин и 4,3% случаев у женщин. Среди мужчин мозговой инсульт и/или транзиторные ишемические атаки перенесли 10,6% человек, среди женщин – 12,8%.

Выводы. У женщин ФП развивается в более позднем возрасте. У женщин, больных ФП, относительно чаще, по сравнению с мужчинами, встречаются ожирение и сахарный диабет и относительно реже – ХОБЛ, ХСН, кардиомиопатии и клапанные пороки сердца. Распространенность АГ, ИБС и тромбоэмболических осложнений (мозговой инсульт и/или транзиторные ишемические атаки) была одинаковой у мужчин и женщин.

188 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гребенкина И.А., Маянская С.Д, Лукша Е.Б.

НГМУ, Новосибирск, КГМА, Казань, Россия

Цель исследования: Изучить суточную вариабельность артериального давления (АД) у молодых лиц с наследственной отягощенностью (НО) по артериальной гипертонии (АГ).

Материалы и методы. В исследование было включено 93 человека, имеющих НО по АГ: у 35 имелась АГ (группа 1-Д); у 23 – высокое нормальное АД (группа 2-Д) и 35 человек имели нормальное АД (группа 3-Д). Группы были сопоставимы по полу, возрасту (средний возраст – 23,9 ±2,7 лет) и индексу массы тела (ИМТ) (средний ИМТ составил 22,5 ±3,1 кг/м^2). Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) аппаратом "BPLab" ("П. Телегин"). Вариабельность АД оценивалась по величине стандартного отклонения от средней величины АД. В качестве нормативов суточной вариабельности (ВАРс) АД принимались критические значения для систолического АД – 15/15 мм рт.ст. (день/ночь), для диастолического АД – 14/12 мм рт.ст. (день/ночь).

Результаты исследования. У лиц групп 1Д и 2Д по сравнению с таковой в группе контроля оказалась достоверно выше ВАРс САД (на 3,6 и 2,9 мм рт.ст., соответственно) и ДАД (на 2,9 и 2,1 мм рт.ст., соответственно). По сравнению с группой 2-Д у лиц группы 3-Д ВАРс САД оказалась ниже на 2,3 мм рт. ст. ($p \le 0,005$), ВАРс САД за день на 2,5 мм рт.ст. ($p \le 0,005$), ВАРс ДАД за день – на 1,9 мм рт.ст. ($p \le 0,005$). Наибольшее число лиц с нормальными показателями ВАРс САД наблюдалось в группе 3-Д (97% лиц днем и 94,2% лиц ночью), что было сопоставимо с контрольной группой. Аналогичная картина прослеживалась и по вариабельности ДАД. Отмечалась положительная корреляционная связь ВАРс АД с возрастом ($r_{\varpi}=0,29$, $p<0,05$) в группе 3-Д.

Выводы. Таким образом, у молодых лиц с НО по АГ уровень вариабельности САД и ДАД за сутки был достоверно выше, чем у лиц контрольной группы. В виду того, что с повышением суточной вариабельности АД возрастает риск поражения органов-мишеней, данные различия следует считать весьма значимыми.

189 ВЛИЯНИЕ ТИОКТАЦИДА БВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Гридасова Р.А.

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

В основе развития ишемической болезни сердца (ИБС) лежит атеросклеротическое поражение сосудистой стенки, являющееся сложным многостадийным процессом. Вопросы метаболической коррекции выявленных нарушений при ИБС остаются далеки от разрешения.

Цель. Изучение влияния тиоктацида БВ на показатели липидного обмена у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Материалы и методы. Обследовано 83 пациента в возрасте от 37 до 60 лет. В первую группу вошли 43 больных с постин-

фарктным кардиосклерозом (ПИКС1)- в анамнезе 1 перенесенный ранее инфаркт миокарда (ИМ). Вторая группа состояла из 40 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС2) – в анамнезе 2 перенесенных ИМ. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, клиническим особенностям, характеру медикаментозной терапии. В схему лечения пациентов обеих групп был включен тиоктацид БВ фирмы MEDA PHARMA GmbH &Co.KG в дозе 600 мг 1 раз в сутки. Больные получали препарат в течение 4 недель. Материалом для исследования была выбрана сыворотка крови, в которой определяли окисленномодифицированные липопротеиды определяли по методу Г.И. Музя, резистентные к окислению липопротеиды – по методу Ю.И. Рагино. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica.

Результаты. В ходе проведенного исследования нами установлено, что у пациентов обеих исследуемых групп после включения в комплексную терапию тиоктацида БВ в сыворотке крови было выявлено резкое снижение уровня окисленномодифицированных липопротеидов: у пациентов с ПИКС1 на 74,56% ($p<0,05$), с ПИКС2 на 74,31% ($p<0,05$) относительно показателей до лечения. Данные изменения могут указывать на снижение потенциальной способности липопротеидных частиц к окислению. При определении концентрации липопротеидов, резистентных к Cu- индуцированному окислению, установлено снижение их концентрации у пациентов с ПИКС1 на 73,86% ($p<0,05$) и достоверное повышение у пациентов с ПИКС2 на 82,4% ($p <0,05$) по сравнению с показателями до лечения. Следует отметить, что и относительно группы сравнения, и относительно группы практически здоровых лиц данный показатель оставался достоверно сниженным в обеих клинических группах.

Выводы. При включении в комплексную терапию тиоктацида БВ в двух анализируемых группах резко снижается содержание липопротеидов и их способность к окислению, а резистентные формы липопротеидов в группе с ПИКС2 имеют тенденцию к восстановлению их значения до уровня практически здоровых людей. После коррекции тиоктацидом БВ липопротеиды становятся более устойчивы к действию прооксидантов, что может свидетельствовать о восстановительных реакциях в сосудистом эндотелии и, следовательно, отражать повышение эффективности приспособительных механизмов, уменьшение выраженности гиперлипидемии, снижение гиперпродукции холестерина и торможение атеросклероза.

190 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Гридасова Р.А.
ГОУ ВПО “РостГМУ”, Ростов-на-Дону, Россия

До настоящего времени сердечно – сосудистые заболевания остаются основной причиной смертности и инвалидности наиболее трудоспособной части населения. Разработка новых подходов к метаболической коррекции способствует повышению жизнеспособности ишемизированного миокарда, направленному на уменьшение выраженности окислительного стресса, повышению уровня энергопродукции, снижению тяжести тканевой гипоксии.

Цель. Изучение влияния тиоктацида БВ на кислородтранспортную функцию крови у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Материалы и методы. Обследовано 83 пациента в возрасте от 37 до 60 лет. В первую группу вошли 43 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС1)- в анамнезе 1 перенесенный ранее инфаркт миокарда (ИМ). Вторая группа состояла из 40 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС2)- в анамнезе 2 перенесенных инфаркта миокарда. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, клиническим особенностям, характеру медикаментозной терапии. В схему лечения пациентов обеих групп был включен тиоктацид БВ фирмы MEDA PHARMA GmbH &Co.KG в дозе 600 мг 1 раз в сутки. Больные получали препарат в течение 4 недель. Материалом для исследования были выбраны эритроциты венозной крови, стабилизированные гепарином. В эритроцитах определяли концентрацию 2,3-дифосфоглицерата (2,3-ДФГ) по методу Луганової И.С., пировиноградной кислоты (ПВК) по методу Бабаскиной П.М., молочной кислоты (лактат) по методу Меньшикова В.В.

Результаты. В ходе проведенного исследования нами установлено, что у пациентов с ПИКС1 включение в комплексную терапию тиоктацида БВ приводило к повышению уровня 2,3-ДФГ на 28,4% ($p<0,05$) в эритроцитах относительно показателей этой же группы до лечения. У пациентов данной группы также отмечалось снижение концентрации ПВК на 33,8% ($p<0,05$) на фоне увеличения концентрации лактата на 23,65% ($p<0,05$) по сравнению с показателями до лечения. В эритроцитах пациентов с ПИКС2 выявлено увеличение концентрации 2,3-ДФГ на 67,56% ($p<0,05$) по сравнению с показателями до лечения. Выявлено снижение как уровня пирувата на 84,56% ($p<0,05$), так и уровня лактата на 44,02% ($p<0,05$) соответственно по сравнению с показателями до лечения.

Выводы. Динамика уровня 2,3-ДФГ в обеих группах свидетельствует о нарастающем напряжении модуляционного типа адаптации к гипоксии. Несмотря на сохраняющуюся гипоксию при ПИКС1 и напряжение модуляционного механизма адаптации клеток крови, выраженное уменьшение уровня пирувата отражает позитивные тенденции, которые приобретают статистически значимые закономерные адаптивные перестройки при ПИКС2. При ПИКС2 снижение превращения пирувата в лактат уменьшает уровень метаболического ацидоза, что документируется снижением уровня молочной кислоты в крови. Таким образом, степень уменьшения уровня пирувата имеет важное патогенетическое значение и является информативным показателем оптимизации адаптивных реакций эритроцитов, отражающим корригирующий эффект тиоктацида БВ.

191 ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ НА РАЗВИТИЕ И ИСХОД КОРОНАРНЫХ КАТАСТРОФ

Гридасова Р.А., Игнатьева Е.В.
ГОУ ВПО “РостГМУ”, Ростов-на-Дону, Россия

Развитие повторных инфарктов миокарда происходит на фоне изменений гомеостаза, подчиненных циркадному ритму. Очевидно, что гомеостатический фон, на котором развивается повторный инфаркт в дневные часы, отличается от показателей гомеостаза ночью, что делает актуальным изучение распределения частоты повторного инфаркта миокарда в течение суток.

Цель. Выявить влияние циркадных ритмов на развитие и исход повторных коронарных катастроф.

Методы. Ретроспективно были изучены истории болезни 281 пациента с повторным инфарктом миокарда (ИМ). 59,1% всех больных составили мужчины, средний возраст которых был 64,4±9,1года; 40,9% больных- женщины, средний возраст которых- 73,9±6,4 лет. За период наблюдения умерло 14,2% пациентов. Изучение суточного распределения случаев повторного ИМ проводилось в шести временных диапазонах, длительность каждого составляла четыре часа.

Результаты. При изучении суточного распределения частоты развития повторного ИМ выявлено, что максимальное число случаев выпадает на поздние утренние часы (08:00-11:59) – 26,7%, на раннее утро (04:00-07:59) – 19,8%, на дневные часы (12:00-15:59) – 17,9%, на вечерние часы (16:00-19:59) – 10,5%, и (20:00-23:59) – 16,6%. Во временной интервал с 00:00 до 03:59 попадает только 8,5% случаев повторного ИМ. При анализе времени развития повторного ИМ в группе умерших на госпитальном этапе обнаружено, что неблагоприятным по количеству летальных исходов является время раз-

вития повторного ИМ с 20:00 ч. до 23:59 ч. – в это время умерло 32,5% больных, во временные промежутки 12:00-15:59 и 16:00-19:59 по 17,5%, 08:00-11:59 – 15%, 04:00-07:59 – 12,5%. Минимальное число смертей- 5% отмечено, если повторный ИМ развился в период 24:00- 04:00. Распределение летальных исходов при повторном ИМ также имеет выраженную суточную зависимость. Так, минимум летальных исходов было отмечено в дневные часы 12:00-15:59 – 7,5%, в другие временные интервалы летальность практически одинакова.

Выводы. Таким образом, утренние часы, как ранние, так и поздние, являются временными периодами "повышенного риска" для развития повторного ИМ. Часами "относительного благополучия" можно считать дневные часы. Время развития повторного ИМ в период с 20:00-23:59 наиболее неблагоприятно для развития летального исхода. Полученные данные необходимо учитывать для оптимизации ведения пациентов и выработки темпов физической реабилитации больных повторным ИМ на госпитальном этапе.

192 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ РЕТАРД И АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гриднева Е.В., Саушкина С.В., Искендеров Б.Г.
ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель: сравнить влияние комбинированной терапии индапамидом МВ и антагонистами кальция – амлодипином, дилтиаземом SR и верапамилом SR на спектральные и временные показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 112 больных (59 мужчин и 53 женщин) в возрасте от 35 до 65 лет, страдающих АГ I-II степени. Возраст больных составил от 43 до 70 лет и в среднем – 58,1±4,2 года. После монотерапии индапамидом МВ (1,5 мг/сут) в течение 4 недель больные были рандомизированы на 3 сопоставимые группы. В 1-ю группу вошли 45 больных, которым назначалась комбинация индапамида МВ и амлодипина в дозе 5-10 мг/сут, во 2-й группе (29 больных) – индапамид МВ и дилтиазем SR (90-180 мг/сут) и в 3-й группе – индапамид МВ и верапамил SR (120-240 мг/сут). Больным до начала лечения, после монотерапии и комбинированной терапии проводили холтеровское мониторирование ЭКГ с определением показателей ВРС.

Результаты. Во всех группах в исходном состоянии состояние вегетативной нервной системы характеризовалось снижением тонуса парасимпатического отдела и реципрокным и/или абсолютным повышением симпатического влияния на синусовый водитель ритма. Также после монотерапии индапамидом МВ отмечалось достоверное ($p<0,05$) увеличение показателя стандартного отклонения интервалов R-R (SDNN), среднеквадратичного отклонения интервалов R-R (RMSSD), а также снижение низкочастотного компонента мощности (LF).

На фоне комбинированной терапии и в 1-й группе, за исключением показателя pNN50, остальные показатели ВРС изменились достоверно, что свидетельствует о снижении симпатического тонуса. Кроме того, при комбинированной терапии достоверных изменений показателей по сравнению с монотерапией не наблюдалось. Во 2-й группе на фоне комбинированной терапии по сравнению с монотерапией индапамидом МВ выявлено достоверное увеличение показателей SDNN, SDNN index, RMSSD pNN50 в среднем на 10,8; 10,3; 17,3; 21,8 и 15,0% соответственно. Показатели LF и LF/HF также увеличилось достоверно в среднем на 10,7 и 12,5% соответственно ($p<0,05$). В 3-й группе все изучаемые показатели ВРС по сравнению с монотерапией изменились достоверно. Кроме того, в этой группе по сравнению с исходным состоянием достоверно увеличился высокочастотный компонент мощности (HF) в среднем на 17,4% ($p<0,01$). Также в 3-й группе на фоне комбинированной терапии отмечалась нормализация большинство показателей ВРС. Важно отметить, что в применяемых дозах препаратов развития аритмогенного эффекта, в частности, синоатриальной и/или атриовентрикулярной блокады не наблюдалось.

Выводы. Показано, что монотерапия индапамидом МВ способствует увеличению ВРС. Комбинированная терапия индапамидом МВ с верапамилом SR и дилтиаземом SR вызывают наиболее выраженные изменения показателей ВРС, что свидетельствует о синергизме этих препаратов в подавление активности симпатоадреналовой системы и нормализации вагосимпатического тонуса.

193 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ РЕТАРД И РАЗЛИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Гриднева Е.В., Сисина О.Н., Искендеров
ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель: сравнительная оценка влияния монотерапии индапамидом МВ и его комбинаций с амлодипином, дилтиаземом SR и верапамилом SR метаболические показатели у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 112 больных (59 мужчин и 53 женщин) в возрасте от 35 до 65 лет, страдающих АГ I-II степени. После монотерапии индапамидом МВ (1,5 мг/сут) в течение 4 недель больные были рандомизированы на 3 сопоставимые группы. В 1-ю группу вошли 45 больных, которым назначалась комбинация индапамида МВ и амлодипина в дозе 5-10 мг/сут, во 2-й группе (29 больных) – индапамид МВ и дилтиазем SR (90-180 мг/сут) и в 3-й группе – индапамид МВ и верапамил SR (120-240 мг/сут). У всех больных определяли содержание тощаковой глюкозы, мочевой кислоты, креатинина, показатели липидного спектра и электролиты (Na^+, K^+, Ca^{2+}) в плазме крови до начала лечения, после монотерапии индапамидом МВ и через 8 недель после комбинированной терапии. Также проводили суточное мониторирование АД.

Результаты. Показано, что на фоне монотерапии индапамидом МВ в сравниваемых группах имело место увеличение содержания тощаковой глюкозы плазмы от 2,4 до 5,1% ($p>0,05$). Кроме того, отмечалась тенденция к увеличению содержания мочевой кислоты в плазме, недостоверные изменения показателей липидного обмена. Достоверно уменьшилось содержание натрия в плазме (от 11,2% до 11,8%; $p<0,05$), увеличение кальция и уменьшение калия было недостоверным.

На фоне комбинированной терапии во всех группах изменения показателей глюкозы, мочевой кислоты, креатинина и липидного обмена по сравнению с монотерапией различались недостоверно. В 1-й и 2-й группах содержание натрия в плазме по сравнению с исходными величинами уменьшилось в среднем на 17,3 ($p<0,01$) и 13,9% ($p<0,05$) соответственно и по сравнению с монотерапией – на 6,2 и 3,0% ($p>0,05$). Содержание плазменного кальция в 1-й и 2-й группах достоверно увеличилось по сравнению с исходными величинами в среднем на 11,2 и 10,1% ($p<0,05$). В 3-й группе при комбинированной терапии изменения изучаемых электролитов по сравнению с монотерапией практически не отличались.

Сравнительная оценка показала, что уменьшение содержания натрия в плазме наиболее выражено при комбинированной терапии и у больных 1-й группы, чем в 3-й группе: в среднем на 17,3% ($p<0,01$) и 11,8% ($p<0,05$) соответственно. Кроме того, достоверное увеличение содержания кальция в плазме также выявлено в 1-й и 2-й группах. Синергическое натрийуретическое и кальцийсберегающее действие препаратов потенцирует антигипертензивный эффект терапии. У больных с сахарным диабетом 2 типа и/или гиперхолестери-

немией не выявлено ослабления терапевтического эффекта специфической терапии.

Выводы. Показано, что комбинированная терапия индапамидом МВ и антагонистами кальция не вызывает патологических изменений показателей углеводного, липидного и пуринового обмена при отсутствии их нарушений.

194 ДИАГНОСТИКА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ

Гринштейн И.Ю., Савченко Е.А., Гринштейн Ю.И., Савченко А.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель работы. Разработать простой достоверный способ диагностики резистентности к ацетилсалициловой кислоте (АСК).

Материалы и методы. У больных ишемической болезнью сердца (ИБС) до начала терапии АСК забирают 9 мл стабилизированной цитратом крови и путем центрифугирования при 140 g в течение 5 минут получают обогащенную тромбоцитами плазму. Отбирают супернатант и перенося в пластиковую пробирку. Агрегацию тромбоцитов исследуют на на агрегометре "Биола" с 5 мкМ аденозиндифосфата (АДФ). Дополнительно in vitro инкубируют богатую тромбоцитами плазму с 10 мкл 3,36 мМ АСК в течение 3 минут при температуре 37°С, и вновь исследуют агрегацию тромбоцитов с АДФ. Затем по разнице АДФ – индуцированной и АСК – зависимой агрегации тромбоцитов определяют величину коэффициента ингибирования агрегации (КИА). Далее пациенты принимали АСК в дозе 75 мг/сутки, и через 10-14 дней вновь определяют АДФ – индуцированную агрегацию тромбоцитов.

Результаты. Апробация способа диагностики резистентности к АСК позволила выявить in vitro лабораторную резистентность к АСК у 5 из 12 пациентов со стабильной стенокардией. Остальные пациенты оказались АСК-чувствительными. Результаты агрегации тромбоцитов до и после 10-14 дней приема АСК подтвердили наличие АСК резистентности установленной у 5 пациентов до начала лечения в пробе in vitro.

Заключение. Таким образом, предложенный способ позволяет в лечебном учреждении любого уровня быстро и малозатратно осуществлять диагностику резистентности к АСК до начала лечения, что способствует назначению оптимальной антитромбоцитарной терапии и успешной профилактике нежелательных коронарных событий (патент РФ RU 2 413 953).

195 ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПОСРЕДСТВОМ ДИЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ИМПУЛЬСНОЙ ФУРЬЕ-СПЕКТРОСКОПИИ

[1]Гринштейн Ю.И., [1]Андина Л.А, [1,2]Ковалев А.В., [1,2]Суховольский В.Г.

[1]Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия; [2]Международный научный центр исследования экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН, Красноярск, Россия

Цель работы. Изучить возможности диэлектрической импульсной Фурье-спектроскопии для диагностики ишемии миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) без ↑ ST.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 больных ОКС с депрессией сегмента ST и отрицательным тропонином Т. Контрольная группа состояла из 30 доноров. Исследовались диэлектрические характеристики суспензии форменных элементов крови, для чего был создан диэлектрический импульсный Фурье-спектрометр. Устройство включает специальную пластиковую кювету, в которую помещался образец крови, взятый у пациента, электродную системы для пропускания импульса напряжения и регистрации отклика суспензии на импульс, электронную систему, включающую генератор прямоугольных импульсов и усилитель (плата NI &&&&&&& производства фирмы National Instruments). Для управления процессом измерений и обработки сигналов использовалась оригинальная программа, написанная в среде LabView 8.2. Процесс измерения и обработки полностью автоматизирован и занимает не более 0.1 с. Этот метод позволяет оценить свойства мембран, пропуская через суспензию клеток переменный электрический ток различных частот.

Результаты и обсуждение. Проведенные измерения показали, что диэлектрические характеристики крови у доноров (контрольная группа) достаточно стабильны и изменяются в пределах не более 2-3%. На разных стадиях развития ОКС без ↑ ST у пациентов наблюдаются существенные изменения диэлектрических характеристик суспензии форменных элементов крови, наиболее выраженные в острую фазу заболевания. Отмечается ассоциация диэлектрических характеристик с динамикой возвращения сегмента ST на изолинию по ЭКГ.

Заключение. Разработанная методика и прибор могут быть использованы для диагностики ишемии миокарда, оценки глубины и фаз ишемических изменений в миокарде, направленности процессов реабилитации у пациентов с ОКС без ↑ ST.

196 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Гриценко О.В. [1], Вахромеева Е.В.[1], Чумакова Г.А.[1,2], Козаренко А.А.[1,2]

[1]ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; [2]УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия; [3]КГУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Важным фактором риска развития атеросклероза, наряду с классическими факторами риска, такими как возраст, курение, гипертония, высокий уровень ЛПНП, считается метаболический синдром (МС). Висцеральный жир рассматривается как эндокринный и паракринный орган, продуцирующий большое количество гормонально активных веществ. В настоящее время полагают, что нейрогуморальные факторы (лептин, адипонектин, резистин) оказывают существенное влияние на формирование проатерогенной дислипидемии при МС.

Цель исследования. Изучить влияние гормонов висцерального жира на липидный статус, в том числе на Апо А1, Апо В, ЛП (а), у больных с тяжелой стенокардией на фоне МС.

Материалы и методы. В исследование было включено 172 больных, со стенокардией 2-3 функционального класса. Всем больным определялись, уровень общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), Апо А1, Апо В, их отношение, липопротеин (а)[Лп (а)], а так же уровень гормонов висцерального жира лептина, адипонектина, резистина. Были выделены 2 группы больных: Группа 1 с МС (99 пациентов), Группа 2 – без МС (73 пациента). Группы были сопоставимы по возрасту (57,65±6,15 и 55,61±5,17 лет соответственно), полу и по лекарственной терапии. Сахарный диабет был критерием исключения.

Результаты. У больных в группе 1 уровни ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ составили 6,01±0,18; 0,98±0,03; 3,80±0,17; 2,13±0,17 ммоль/л, соответственно, а в группе 2 – 5,39±0,21; 1,08±0,05; 3,49±0,21; 1,57±0,11 ммоль/л, соответственно. У больных группы 1 уровень Апо А1 составил 1,18±0,03г/л, Апо В 1,24±0,04г/л, отношение Апо В/Апо А1 1,08±0,03, Лп (а)536,60±50,17 мг/л; в группе 2 уровень Апо А1 1,28 ±0,03г/л, Апо В 1,06±0,05 г/л, отношение Апо В/ Апо А1

0,84±0,05, Лп (а) – 361,72±47,33 мг/л. Все различия достоверны с p<0,05. У больных группы 1 уровень лептина, адипонектина, резистина составил – 24,87±0,80 нг/мл; 17,91±0,57; 18,64±0,04 мкг/мл, а в группе 2 – 6,31±0,68 нг/мл; 27,65±0,97 мкг/мл, 22,83±0,43 нг/мл соответственно. Все различия между показателями групп 1 и 2 были попарно достоверны с p < 0,05. При корреляционном анализе выявлено, что в группе с МС лептин имеет статистически достоверную положительную корреляцию с уровнем ТГ (r=0,39, p=0,03) и отрицательную с уровнем ЛПВП (r=-0,41, p=0,02); адипонектин имеет статистически достоверную положительную корреляцию с уровнем ЛПВП (r=0,41, p=0,02) и отрицательную с уровнем ТГ (r=-0,37, p=0,03). В группе без МС положительная статистически достоверная корреляция наблюдалась между уровнями лептина и Апо В (r=0,33, p=0,04). Кроме того, при проведении однофакторного дисперсионного анализа выявлено, что существует статистически достоверная связь наблюдалась между наличием МС и высоким уровнем Апо В в группе 2(p < 0,05).

Таким образом, у пациентов с КБС при МС наблюдается значимые изменения уровня липидов (в том числе Апо А1, Апо В, Лп (а), нейрогуморальных факторов, а также гормонов висцерального жира на липидный спектр.

197 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Грозева Я.В., Глик М.В., Ушакова С.Е.

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Иваново, Россия

Качество жизни (КЖ) – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на субъективном восприятии пациентом. Изучение КЖ позволит оценить эффективность проводимого лечения.

Цель исследования. Оценить динамику КЖ пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией при применении различных вариантов антиангинальной терапии.

Материал и методы. Всего обследован 41 пациент со стабильной стенокардией II ф.к. и III ф.к. (средний возраст 73,1±5,5 лет, мужчин-31,7%, женщин-68,3%). Все пациенты получали антиагреганты, статины, нитраты и/или антагонисты кальция, гипотензивную терапию. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли 21 человек, которым в схему антиангинальной терапии включили бета-адреноблокаторы (БАБ). Пациентам 2 группы (16 человек) назначался ивабрадин (кораксан). В 3 группу вошли 4 человека, которые получали ивабрадин вместе с БАБ. КЖ оценивалось с применением опросника Medical Outcomes Study-Short Form (MOS SF-36) исходно и через 1 месяц лечения.

Полученные результаты. Проводимое лечение и достижение целевой частоты сердечных сокращений (ЧСС) 55-60 уд. в мин. позволило снизить среднее значение стенокардитических болей в неделю у всех пациентов (1 группы с 5,3±1,8 до 2,8±0,9 приступов, p<0,05; 2 группы с 4,6±1,5 до 2,8±1,9, p<0,05; 3 группы с 3,8±2,2 до 3,0±0,8 приступов).

При оценке КЖ исходно средние показатели всех шкал SF-36 оказались ниже 50 баллов. Самые низкие показатели в профиле зафиксированы по шкалам общего состояния здоровья (GH), физического функционирования (PF) и жизнеспособности (VT).

Через 1 месяц лечения выявлено достоверное улучшение КЖ у пациентов, достигших целевой ЧСС. На фоне лечения у пациентов 3 групп наблюдалась достоверная положительная динамика по общим шкалам физического здоровья (PCS до 30,7±0,5; после 32,8±0,5, p<0,05), психического здоровья (MCS до 39,6±0,6; после 41,9±0,6, p<0,05) и по шкале интенсивности боли (BP до 35,4±0,7; после 42,9±0,6, p<0,05). У пациентов 1 группы достоверно улучшились показатели по шкале физического функционирования (PF до лечения 26,2±0,9; после 36,8±0,8, p<0,05). У пациентов 2 группы отмечалась достоверная положительная динамика по шкалам ролевое функционирование (RP до лечения 11,1±0,8; после 27,7±0,9, p<0,05), жизнеспособность (VT до лечения 38,8±0,9; после 48,3±0,7, p<0,05), социальное функционирование (SF до лечения 41,3±0,8; после 52,7±0,8, p<0,05).

Вывод. Достижение целевой ЧСС и уменьшение частоты стенокардитических болей в неделю при применении различных вариантов антиангинальной терапии позволяет улучшить разные аспекты КЖ, что требует дальнейшего изучения.

198 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЛЕПТИНА В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Громнацкий Н.И.[1], Громнацкая Н.Н.[2], Черкас А.П.[3]

[1]Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия; [2]Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого, Львов, Украина; [3]Львовское училище физической культуры, Львов, Украина

Цель работы: определение роли лептина в развитии эндотелиальной дисфункции и атерогенезе при ожирении и МС у детей и подростков.

Материалы и методы. В исследование включены дети и подростки в возрасте от 10 до 18 лет. Сформированы 5 групп: 1-ая группа (24 детей) с нормальной массой тела и нормальными показателями АД, 2-ая группа (18 детей) с ожирением и артериальной гипертензией (АГ), 3-я группа (28 детей) с нормальными показателями АД и различным уровнем массы тела, 4-я группа (18 детей) с предгипертензией и 5-я группа (37 детей) с АГ и различными показателями массы тела.

Проводили антропометрию, измерение АД, определение уровеня NO, лептина, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой (ХСЛПНП) плотности, триглицериды (ТГ), бета-липопротеиды (бета-ЛП), рассчитывали индекс атерогенности (ИА). Определение уровня липидов в крови проводили пероксидазным колориметрическим ферментативным методом с помощью наборов фирмы "Lachema" на аппарате "Cobas Integra 400 Plus" фирмы "Roche", содержание NO – колориметрическим методом, лептина – иммуноферментным методом.

Результаты исследования. Выявлена корреляция между ожирением и уровнем лептина (r= 0,64; p<0,05), ТГ (r=0,5; p<0,05), бета-ЛП (r= 0,52; p<0,05) и индексом атерогенности (r=0,56; p<0,05) у детей с 2-ой по 5-ую группу включительно. Показатели лептина тесно коррелировали с уровнем ТГ в сыворотке крови у детей (r=0,93; p<0,01). Лептин играл определяющую роль в формировании дислипидемии и ожирения у детей с нормальным уровнем АД и с АГ. Установлено увеличение уровня лептина у детей 2-ой группы по сравнению с 1-ой (22±3,1 мкмоль/л; и 84,4±17,2 мкмоль/л; p<0,05). У детей с нормальным АД и различной степенью упитанности уровень лептина был в 1,7 раза ниже, чем у детей с пограничной гипертензией и различной массой тела. По мере роста показателей АД у детей независимо от показателей массы тела наблюдался рост уровня лептина. Уровень NO у детей 1-ой группы в 2,2 раза был выше, чем у детей 2-ой группы (18,7±23,04мкмоль/л и 9,0±5,5 мкмоль/л; p>0,05). С ростом массы тела, ожирения, уровня лептина и формированием АГ обратно пропорционально уменьшалась NO, развивалась эндотелиальная дисфункция. Выявлена тесная отрицательная корреляция АГ и уровня NO в сыворотке крови (r=-0,7; p<0,05) у детей 2-ой группы.

Выводы. Реализация эндотелиальной дисфункции у детей и подростков с ожирением, МС, сочетающихся с АГ происхо-

дит через нарушение жирового обмена, гипертриглицеридемию, гипербета – липопротеидемию, регулятором которых выступает гиперлептинемия с нарушением синтеза дилатации NO.

199 ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ МС

Громнацкий Н.И.[1], Громнацкая Н.Н.[2]

[1]Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия; [2]Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого, Львов, Украина

Ожирение и избыточная масса тела имеют основное этиопатогенетическое значение в формировании МС у детей и подростков. В этом плане характер вскармливания детей на первом году жизни с различным статусом упитанности и время формирования нарушений питания у детей имеет патогенетическое значение.

Цель работы: исследовать длительность грудного вскармливания у детей с нормальной, избыточной массой тела и ожирением на динамику массы тела в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 3 группы детей в возрасте от 10 до 18 лет: 1-ая группа с нормальной массой тела (20 детей), 2-ая группа – с избыточной массой тела (20 детей) и 3-ья группа – с ожирением (21 ребенок). Данные динамики массы тела по мере роста ребенка оценивались ретроспективно по форме 112/ о (История развития ребенка). Нормальными показателями массы тела детей считались 25-75 персентиля для данного возраста и пола, избыточными – в пределах 75-90 персентиля и ожирением – больше 90-95 персентиля.

Результаты исследования. Дети 1-3-ей групп находились на грудном вскармливании за режимным методом согласно возрасту, прикормы вводили с 4-4,5 мес. в декретированные сроки в общепринятой последовательности в объеме согласно возрасту. Длительность природного вскармливания у детей была недостаточной и составляла в 1-ой группе 5,9±6,0 мес., что не отличалось от 2-ой (5,1±5,2 мес.) и 3-ей групп (4,4±5,5 мес.) ($p>0,05$). Масса детей при рождении составляла 3,2±0,52 (кг); 3,3±0,36(кг) и 3,2±0,6 (кг) ($p>0,05$), соответственно, при условии, что в группе детей с ожирением в 28,5% случаев при рождении наблюдалась внутриутробная задержка физического развития по сравнению с 10% у детей 1-ой группы. При контрольном взвешивании в 3-х месячном возрасте (5,8 ±0,5 кг и 6,15±1,4 кг) и 6-ти месячном возрасте (7,6±0,35 кг и 7,9±1,0 кг) детей 1-ой и 3-ей групп существенных отличий в массе тела не наблюдалось ($p>0,05$). В возрасте 1 года масса тела детей с ожирением составляли (11,9±0 кг; $p<0,05$). У детей избыточная масса тела к 6 годам не отличалась от массы тела детей 1-ой группы и составляла 20,8 ±0,8 кг и только к 10 годам явно ее превышала (34,5±2,51 кг; $p<0,05$). У детей 3-ей группы формирование ожирения диагностировали к 2 годам (18,2±0,95 кг; $p<0,05$), а к 6-летнему возрасту масса тела детей составляла 32,5±3,7 кг ($p<0,05$).

Выводы. Дети независимо от их уровня упитанности, находящиеся на природном вскармливании недостаточный по длительности период времени, формирует у них ожирение и МС. Формирование избыточной массы тела и ожирения у детей с МС начинается рано, что требует контроля при проведении плановых профилактических осмотров особенно в периоды “закругливания” 2-6 лет при ожирении и 6-10 лет при избыточной массе тела.

200 ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Громова О.А., Синеглазова А.В.

ГОУ ВПО “Челябинская государственная медицинская академия Росздрава”, Челябинск, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) развивается у подавляющего числа больных ревматоидным артритом (РА) и может ухудшать качество жизни. Однако данных по этому вопросу недостаточно.

Цель. Оценить структуру АГ и ее взаимосвязь с качеством жизни у женщин с РА.

Материалы и методы. Обследовано 56 женщин с достоверным диагнозом РА (критерии АРА, 1987 г). Средний возраст – 48,7±9,2 лет, средняя длительность РА 8,4±7 лет. В обследуемой группе преобладали женщины с серопозитивным РА (87,5%), развернутой клинической стадией заболевания (50%), 3 степенью активности РА (64%), со 2а рентгенологической стадией (37,5%) и 2 степенью функциональной недостаточности суставов (ФНС) Диагноз АГ устанавливался согласно рекомендациям ВНОК, 2010г. Качество жизни женщин оценивалось с помощью стандартной русской версии общего опросника SF 36. Исследование одномоментное по типу “поперечного среза”. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS (17 версия).

Результаты. У 36 (64%) женщин с РА выявлена АГ. У 5 (14%) – 1 стадии, у 22 (61%) – 2 стадии и у 9 (25%) 3 стадии. Преобладала 0 степень (достигнутая лечением) АГ (n=17; 47%), 1 степень диагностирована у 13 больных (36%), 2 степень – у 3 (8,5%) и 3 степень – у 3 (8,5%).

Уровень показателей всех шкал SF – 36 не превышал 50 баллов, что свидетельствует о низком качестве жизни обследуемых женщин. Самые низкие показатели установлены по шкалам: ролевое физическое функционирование (16 баллов), шкала боли (29 баллов) и физическое функционирование (35 баллов).

У женщин с АГ по сравнению с больными без АГ установлены более низкие показатели шкалы физического функционирования (31±4 и 42±5 соответственно; $p> 0,05$) и шкалы социального функционирования (38±2 и 43±3 соответственно).

Показано, что стадия АГ обратно коррелирует со шкалой физического функционирования ($r = – 0,299$; $p=0,028$), а степень АГ со шкалой социального функционирования ($r = – 0,291$; $p=0,032$).

Выводы. АГ выявлена у 64% женщин с РА. Повышение степени и стадии АГ ассоциируется с дополнительным снижением физического и функционального функционирования больных РА.

201 ХОЛОДОВАЯ ПРОБА КАК ИНДИКАТОР ОРГАНИЧЕСКОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Губская П.М., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Бондаренко В.С., Антонов Е.К.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования. Изучить возможность использования холодовой пробы для выявления органической диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования. Обследованы 56 женщин (средний возраст 50,1±1,2 лет) и 30 мужчин (средний возраст 49,7±1,4 лет) больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007). Диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ) исследовалась методом допплерэхокардиографии, 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. Если показатель Е/А в покое был меньше 1,0, но под влиянием ХП увеличивался до 1,2 и более, то такие изменения показателя расценивались как функциональные. При органической ДДЛЖ показатель Е/А под влиянием ХП за счет функционального компонента мог уменьшаться или увеличиваться,

но при этом показатель Е/А оставался всегда меньше 1,0. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы “Statistica 6,0”.

Результаты исследования показали, что у больных АГ в состоянии покоя ДДЛЖ наблюдалась у 53,6% женщин и у 46,7% мужчин. Холодовая проба позволила выделить 2 группы больных– с преимущественно органическим генезом ДДЛЖ и группу с функциональной ДДЛЖ. Органическая ДДЛЖ наблюдалась у 42,9% женщин больных АГ и в 30% случаев у мужчин, страдающих АГ (p>0,05). ДДЛЖ функционального характера встречалась чаще у мужчин (в 16,7% случаев), нежели у больных АГ женщин (в 10,7% случаев, $\chi 2=4,95$; p=0,025).

Таким образом, холодовая проба может использоваться у больных АГ для выявления органической диастолической дисфункции левого желудочка, в основе которой лежат структурные, как правило, фиброзные изменения миокарда.

202 ВЛИЯНИЕ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА НА ТЯЖЕСТЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гулямова К.К., Усманов Р.И., Зуева Е.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Сердечная недостаточность (СН) была, есть и, вероятно, будет тяжелейшей проблемой внутренней медицины. Удручает статистика ежегодных вновь диагностируемых случаев. СН – результат различных заболеваний сердечно-сосудистой системы с “региональным” или “глобальным” нарушением функции. Основной акцент в научной и практической деятельности связывается с нарушением функции левого желудочка (ЛЖ), главные усилия терапии сконцентрированы на улучшении его сократимости. Но, вероятно, был прав В.Гарвей (1628г), впервые описавший систему кровообращения, считая “смысловым” ее центром – печень, а сердце важнейшим, но вспомогательным механизмом в доставке метаболических потребностей организма. Наше метафизическое мышление не позволяет поменять смысловые акценты между “что” и “почему”. И второе, клиническая практика с появлением наглядной и анализируемой ЭхоКГ и не всегда укладывается в привычную логику наших представлений о проявлениях и динамике СН. Логично, что ЛЖ (артериальная сеть) при отсутствии грубых аномалий системы функционально зависит от количества и качества работы правых отделов сердца.

Цель исследования. Изучить влияние изменений портопеченочного кровотока на тяжесть сердечной недостаточности.

Методы исследования. Исследования проводились у 62 больных СН II-IV ФК (NYHA), средний возраст 52,3±6,4 года. При ЭхоКГ определялись стандартные параметры. Портальный кровоток исследовали с помощью ультразвукового сканера Алока 630 (Япония), датчик ASU–32–CWD–3-M.

Полученные результаты. У пациентов II ФК отмечается тенденция к увеличению диаметра воротной вены (ВВ) и объемной скорости печеночного кровотока. Конгестивный индекс повышался на Δ12,7%. Объемный кровоток по общей печеночной артерии (ОПА) практически не изменялся.

У пациентов III ФК диаметр ВВ и средняя линейная скорость кровотока соответствовали критериям портальной гипертензии, конгестивный индекс повышался на Δ24,6%. Увеличение притока по ОПА на Δ16%, резистивного (Ri) и пульсативного индексов (Pi) на Δ17% и Δ32% свидетельствуют о нарастании артериального сопротивления кровотоку.

При IV ФК для поддержания кровотока в синусоидах происходит увеличение диаметра ВВ на Δ34%, объемного кровотока на Δ18,1%. Конгестивный индекс увеличивается в 1,7 раза. Повышение Ri и Pi индексов ОПА на Δ27% и Δ54% свидетельствует о значительном нарастает сопротивление кровотоку и по артериальной системе. Увеличивается объемный кровоток и в чревном стволе на Δ34,4%.

Выводы. Увеличенный приток крови из портопеченочного круга кровообращения сбрасывается в правое предсердие. Развитие в этих условиях систолической дисфункции правого желудочка и легочной гипертензии приводят к дополнительному уменьшение диастолического наполнения левого желудочка и снижение сердечного выброса. Сердце представляет собой целостную систему, обе его половины функционируют в условиях взаимовлияния. Однако при развитии портальной гипертензии правый желудочек в силу своей роли в этой системе решает “дирижерские” задачи.

203 КОНЦЕНТРАЦИЯ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*Гуманова Н.Г., *Теплова Н.В., Метельская В.А.*

ФГУ “ГНИЦПМ Минздравсоцразвития России”, Москва, Россия; *ГОУ ВПО РГМУ Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Гомеостаз оксида азота (NO) в организме поддерживается как за счет эндогенной продукции, обусловленной функционированием семейства NO-синтаз, так и экзогенного поступления нитратов и нитритов (NOx) с продуктами питания. Превращение нитрат- и нитрит-ионов в NO взаимообразно, поэтому NOx, до недавнего времени считавшиеся инертными, рассматриваются как биологически активные медиаторы, обладающие способностью модифицировать сигнальные белковые молекулы, а также восстанавливаться до биодоступного NO. NO регулирует многие жизненно важные процессы, в том числе сосудистый тонус, нарушение регуляции которого наблюдается при артериальной гипертонии (АГ), однако, взаимосвязь между концентрацией NOx в сыворотке крови и проявлениями АГ остается неясной.

Цель. Оценить динамику изменения суммарной концентрации NOx в сыворотке крови как биохимического маркера гомеостаза оксида азота в зависимости от тяжести АГ.

Объект и методы. Объектом исследования были больные АГ (n=60) обоего пола 42-74 лет, наблюдавшиеся в стационаре в одинаковых условиях по рациону питания. Группу сравнения (контроля) составили здоровые добровольцы (n=30) без АГ. Из 60 пациентов у 30 была тяжелая АГ (САД/ДАД 220-260/120-140 мм рт.ст.) и у 30 – умеренная АГ (САД/ДАД 140-160/90-100 мм рт.ст.). Концентрацию NOx в сыворотке крови определяли с помощью предложенного нами экспресс-метода, принцип которого заключается в одновременном восстановлении нитратов в нитриты в присутствии хлористого ванадия (VCL_3) и процессе диазотирования с реактивом Грисса с последующим развитием окраски, интенсивность которой определяется спектрофотометрически.

Результаты. Самый высокий уровень NOx (75±20 мкМ) обнаружили в группе с тяжелой АГ. В группе с умеренной АГ он ниже – 67,4±18 мкМ и в контрольной группе без АГ составил 55,1±21 мкМ. Группы с тяжелой и умеренной АГ достоверно отличались от контрольной (p<0,.05).

Выводы. Более выраженное течение АГ ассоциируется с наиболее высоким уровнем NOx. Это может быть связано с компенсаторным эффектом, обеспечивающим поддержание тонуса сосудов в условиях патологии, когда NOx становится более активным в качестве резервного пула, продуцирующего NO.

204 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Гурова А.Ю., Чаплыгин А.В., Морозова Т.Е., Цветкова О.А.

ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвитя России, Москва, Россия

Цель: оценить особенности выбора бета-адреноблокаторов (БАБ), приверженность к лечению у больных ишемиче-

ской болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в реальной клинической практике.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт больных пульмонологического отделения терапевтического стационара за период с 2007 по 2011 гг. Всего проанализирована 121 история болезни с оценкой частоты сочетания ИБС с ХОБЛ, особенностей кардиальной терапии, частоты назначения БАБ и их доз, частоты сердечных сокращений (ЧСС) при выписке по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ. Также по телефонному контакту оценивалась приверженность к лечению и возможные причины отказа от приёма БАБ.

Полученные результаты. Из 121 больного с документированным диагнозом ХОБЛ ИБС выявлена у 43 пациентов, что составило 36%, при этом у 28 больных была диагностирована стенокардия напряжения II-III ФК, у 15 больных – постинфарктный кардиосклероз. Средний возраст пациентов ХОБЛ в сочетании с ИБС составил 67,9±7,4, соотношение мужчин/женщин – 35/6. Частота назначения БАБ больным ИБС в сочетании с ХОБЛ составила 76%, из них метопролола сукцинат получали 13%, метопролола тартрат – 22,5%, бисопролол – 39%, бетаксолол – 16%, небиволол – 9,5%. Средние суточные дозы препаратов составили 50 мг, 100 мг, 5 мг, 10 мг и 2,5 мг соответственно. ЧСС на момент выписки из стационара составляла у больных, принимавших метопролола сукцинат – 86,5±7,5 уд/мин, метопролола тартрат – 73,1±5,2 уд/мин, бисопролол – 73,9±6,3 уд/мин, бетаксолол – 72,7±4,9 уд/мин, небиволол – 75,7±7,5 уд/мин., что свидетельствует о недостижении целевых значений ЧСС для больных ИБС. Через 2-3 месяца после выписки из стационара на подобранной терапии 20 больных (46%) прекратили приём БАБ (метопролола сукцината, метопролола тартрата, бисопролола и бетаксолола): 6 больных, принимавших метопролола тартрат, отменили его самостоятельно из-за усиления у них бронхообструкции; 12 больным БАБ были отменены в поликлиниках по месту жительства из-за опасения развития у них бронхообструкции (5 больных, принимавших бисопролол, и 2 больных – бетаксосол); 4 больным, принимавшим метропролол сукцинат, врачи поликлиник отменили последний из-за ухудшения бронихальной проходимости. Немотивированный отказ от терапии был у 3-х больных.

Выводы. Таким образом, у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ отмечается низкая приверженность к терапии БАБ. Несмотря на выбор преимущественно кардиоселективных БАБ у большинства больных либо не достигаются целевые дозы препаратов, либо БАБ отменяются из-за опасения усиления бронхообструкции.

205 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Гусаковская Л.И., Матросова И.Б., Томашевская Ю.А., Григорьева О.Г., Олейников В.Э.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: определение клинической ценности показателей центральной гемодинамики, получаемых методом суточного мониторирования артериального давления (АД) и сосудистой ригидности, у больных артериальной гипертонией (АГ) 1-2 степени и практически здоровых лиц.

Методы исследования: в исследование включено 85 человек. Первую группу составили 35 больных АГ 1-2 степени, средний возраст 49,7±14,4 лет, окружность талии 84,0±10,3 см, офисное АД 143 (142; 146) и 96,8±6,6 мм рт.ст. Во вторую группу вошли 50 практически здоровых лиц с нормальным уровнем АД, средний возраст 47,4±12,7 лет, окружность талии 84,7±8,7 см, уровень офисного АД составил 117 (110; 122) и 73 (63; 77) мм рт.ст. Пациенты сравниваемых групп не имели достоверных отличий по возрасту, полу, антропометрическим показателям. АГ верифицировали трехкратным измерением давления аускультативным методом (ВНОК, 2010). Артериальную ригидность оценивали методом амбулаторного суточного мониторирования АД прибором "BpLab" с анализом осциллограмм программой Vasotens ("Петр Телегин", Россия). Определяли среднесуточные показатели: центральное (аортальное) систолическое ($САД_{ao}$), диастолическое ($ДАД_{ao}$), пульсовое ($ПАД_{ao}$) давление, индекс аугментации в аорте (Aix_{ao}), скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}). У больных АГ измерения проводили через 7-10 дней после отмены антигипертензивной терапии. Результаты представлены в виде M±SD в случае нормального распределения данных; Me (Q 25%, Q 75%) при ассиметричном распределении.

Полученные результаты: по данным амбулаторного мониторирования уровень среднесуточных значений систолического и диастолического АД плечевой артерии составил в 1 группе 139,5±9,8 и 88,4±7,5 мм рт.ст., во 2 группе 116,0±8,0 и 74 (69; 78) мм рт.ст. ($p<0,01$). Выявлены более высокие среднесуточные значения центрального давления у пациентов, страдающих АГ, по сравнению с группой нормотензивных лиц. $САД_{ao}$ в группе 1 составило 128,5 (124,5, 131) мм рт. ст., в группе 2 – 108 (100; 112) мм рт.ст. ($p<0,01$), $ДАД_{ao}$ – 88,8±7,8 и 73,0±5,8 мм рт.ст. соответственно ($p<0,01$), $ПАД_{ao}$ – 39 (36; 45) и 33 (30; 37) мм рт.ст. соответственно ($p<0,01$). Наблюдались различия по показателю Aix_{ao} в исследуемых группах (в группе 1 – 18±17%, в группе 2 – 9,4±12,1% ($p<0,01$). У больных АГ отмечен достоверно более высокий уровень PWV_{ao} на фоне повышенного АД (группа 1 – 7,6±0,8 м/с, группа 2 – 6,4±0,7 м/с, $p<0,01$).

Выводы: у пациентов с АГ 1-2 степени по всем характеристикам, полученным методом суточного мониторирования АД и сосудистой ригидности, выявлено ухудшение структурно-функциональных свойств артерий по сравнению с нормотензивными лицами.

206 ПРОФИЛАКТИКА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ПРИМЕРЕ СКРИНИНГА ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Гусева С.Л., Логинова Р.Д., Борзова О.А., Воекова Н.А.

ММУ "Городская поликлиника № 6" Промышленного района, Самара, Россия

Сахарный диабет (СД) 2 типа остается одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения во всем мире. Это связано со многими причинами, в том числе и с длительным бессимптомным течением: от начала заболевания до постановки диагноза в среднем проходит от 7 до 12 лет. В результате многие пациенты с СД 2 типа в момент постановки диагноза уже имеют различные осложнения в виде макро- и микроангиопатий.

В ММУ ГП № 6 с 2003 года проводится скрининг-обследование для выявления лиц с нарушениями углеводного обмена на раннем этапе. Цель данной программы – предупреждение развития сосудистых осложнений у пациентов с СД.

Процедура проведения скрининга: пациентам на приеме у врачей общей практики предлагаются анкеты, где нужно отметить наличие основных факторов риска или симптомов заболевания. Пациент, имеющий более 1 фактора риска, проходит исследование на уровень гликемии экспресс-методом или на уровень гликированного гемоглобина и при выявлении повышенного показателя обследуется дополнительно и направляется на консультацию к эндокринологу.

Результаты: с 2003 по 2010 годы в рамках скрининг-обследования проанкетированы 10463 пациента с 35 до 67 лет. Факторы риска были выявлены у 3710 чел. (у 1447 мужчин – 39% и у 2263 женщин – 61%).

Нарушения углеводного обмена были выявлены у 472

пациентов (12,8% от всех лиц с факторами риска): СД 2 типа у 165 пациентов (4,5%) и нарушение толерантности к глюкозе у 307 (8,3%).

Выявляемость лиц с нарушениями углеводного обмена по обращаемости за эти же годы составила в среднем 6,7%: СД 2 типа 3,5% и нарушение толерантности к глюкозе 3,2%. По нашим данным наиболее оптимально проводить скрининг с 40 лет. У лиц более молодого возраста нарушения углеводного обмена выявляются очень редко.

В результате скрининга 72% пациентов с СД 2 типа были выявлены на ранней стадии, без осложнений, что на 20% больше, чем при выявлении СД 2 типа по обращаемости.

Все пациенты с нарушениями углеводного обмена получили рекомендации по здоровому образу жизни и были направлены на обучение в "Школу для пациентов с сахарным диабетом". Прошли обучение в "Школе" 86% от всех направленных.

Все пациенты с выявленными нарушениями углеводного обмена взяты под наблюдение: с СД 2 типа на диспансерное наблюдение у врачей общей практики или у эндокринолога, с нарушением толерантности к глюкозе на динамическое наблюдение у врачей общей практики.

Вывод: скрининг-обследование позволяет увеличить выявляемость пациентов с сахарным диабетом на ранних стадиях, без осложнений, что повышает эффективность профилактики сосудистых, в том числе и кардиоваскулярных, осложнений.

207 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ НАЛИЧИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ Г.СУМГАИТ

Гусейнова Н.Н., Касумова Ф.Н.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

Актуальность темы: Бронхолегочная патология, в особенности хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), проявляет себя не только чисто легочной симптоматикой, но также в виде системных эффектов, к числу которых относится и метаболический синдром (МС). В настоящее время метаболическому синдрому уделяется особое внимание и как фактору высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (ИБС). В основе выделения МС лежит принцип первичной профилактики атеросклероза и его последствий у лиц, имеющих заболевания легких.

Целью исследования явилось изучение распространенности МС как внелегочного проявления ХОБЛ в популяции вынужденных переселенцев.

Методы исследования. Методом случайной выборки в исследовании, проведенном среди неорганизованного населения вынужденных переселенцев 20-59 лет, проживающих в г. Сумгаит, были включены 865 мужчин и 952 женщины (n=1718).

Всем обследованным заполнялась анкета-опросник для выявления предрасположенности к хроническим заболеваниям легких (ЗЛ). У лиц с установленной ХОБЛ были определены антропометрические показатели, уровень липидов в крови, артериальное давление (АД), гликемия натощак и через 2 часа после нагрузки. Для постановки диагноза МС были использованы критерии IDF (2005г.).

Полученные результаты. В популяции вынужденных переселенцев, имеющих ХОБЛ, метаболический синдром был зарегистрирован у 11,11%. Среди лиц, имевших МС, при наличии абдоминального ожирения другие его критерии встречались в следующей последовательности: артериальная гипертензия (АГ)-63,15%, гипертриглицеридемия (ГТГ)-21,05%, низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП)-5,26% и гипергликемия-5,26%.

Сочетание абдоминального ожирения с 3-мя критериями одновременно (ГТГ, АГ и гипергликемия) отмечалось в 1/3 случаев, а с 2-мя критериями (ГТГ и АГ) – в 2/3 случаев. Анализ, в отношении половых различий, свидетельствовал о том, что метаболический синдром полностью отсутствовал у мужчин, у женщин он отмечался в 16,67% случаев.

Выводы.

1. Метаболический синдром на популяционном уровне регистрировался у 11,11% лиц с заболеваниями легких, причем у мужчин он отсутствовал, а у женщин отмечался в 16,67% случаев.

2. Наличие ключевого критерия МС (абдоминальное ожирение) наиболее часто сочеталось с артериальной гипертензией и гипертриглицеридемией.

208 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Гуськова А.Ю., Уклистая Т.А., Полунина О.С., Хилова Л.Н., Хапугина В.А.

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрава, Астрахань, Россия

Проблема ремоделирования миокарда при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) привлекает все большее внимание исследователей. Характер морфо-функциональных изменений сердца существенно зависит от активации нейрогуморальных систем, а также имеет генетическую предрасположенность.

Цель исследования: проанализировать вклад полиморфизма I/D в интроне 16 гена ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и A1166C гена рецептора ангиотензина II типа I (ATIIPI) в формирование ремоделирования миокарда правого желудочка у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовали 54 больных ХОБЛ в возрасте 36-80 лет без сопутствующей ИБС. Структурно-функциональные параметры миокарда, определенные по данным допплерэхокардиографии (ультразвуковой анализатор "Vivid 7", GE Vingmed Ultrasound AS, Норвегия), оценивали у пациентов с различными генотипами по исследуемым аллельным вариантам генов, детерминируемых методом полимеразной цепной реакцией. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета прикладных программ "Statistic for Windows" v. 6.0.

Результаты исследования. У больных ХОБЛ выявлено следующее распределение генотипов по изученным полиморфизмам генов АПФ и ATIIPI: II – имели 7 человек, ID – 33, DD – 14 и AA – 19, AC – 33, CC – 2, соответственно. Выявлена ассоциация полиморфного маркера A1166C гена ATIIPI со степенью выраженности гипертрофии правого желудочка. Носители генотипа AA ATIIPI имели более высокие средние значения показателя толщины передней стенки правого желудочка по сравнению с носителями генотипа AC (Me=0,6, верхний квартиль 0,7, нижний квартиль 0,4 против Me=0,4, верхний квартиль 0,6, нижний квартиль 0,4, p=0,025). При использовании критерия $\chi 2$ выявлены достоверные различия в распределении генотипов гена ATIIPI по полиморфизму A1166C в зависимости от наличия или отсутствия признаков гипертрофии правого желудочка (χ^2-6,82, df=2, p=0,033). Средние значения показателя среднего давления в легочной артерии были существенно выше в группе носителей аллеля D (генотипы ID и DD) гена АПФ, чем в группе индивидов, имеющих аллель I в гомозиготном состоянии (критерий Краскела-Уоллиса 11,69, p=0,029). Среди больных ХОБЛ диастолическая дисфункция правого желудочка была выявлена у 26 (в 14 случаях по ригидному типу, в 8 – по псевдонормальному и в 4 – по рестриктивному). Установлены достоверные различия в характере распределения генотипов

АА и АС гена АТIIРI в зависимости от на наличия или отсутствия диастолической дисфункции правого желудочка (χ^2=4,83, df=1, p=0,030, отношение шансов – 3,67, доверительный интервал 1,16-11,59).

Заключение. Полиморфизм А1166С гена АТIIРI оказывают определенное влияние на выраженность процессов ремоделирования правого желудочка, а полиморфизм I/D гена АПФ на степень легочной гипертензии у больных ХОБЛ.

209 ДИАБЕТ И ПРЕДИАБЕТ – ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Давид Л.А., Гроссу А.А., Ченушэ О.В., Рачила В.С., Радукан А.М.

Институт Кардиологии, Кишнев, Молдова

Цель. Изучали длительный прогноз и факторы, влияющие на смертельный исход при остром инфаркте миокарда с учетом гликемического статуса пациента.

Материал и методы. В исследование включили 461 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) последовательно госпитализированных в Институт кардиологии за период 2007–2008гг, средний возраст 63,7±11,5 лет, 66,5% составили мужчины. 24,7% больных страдали сахарным диабетом. Диагноз ОИМ устанавливали на основании клинических, ЭКГ и энзиматических критериев. Всем больным без сахарного диабета перед выпиской проводили стандартный нагрузочный тест толерантности к глюкозе (НТТГ). Уровень глюкозы крови через 2 часа <7,8 ммоль/л указывал на отрицательный результат теста и нормальную толерантность к глюкозе, в то время как показатель глюкозы ≥7,8 ммоль/л определял наличие анормальной толерантности к глюкозе (нарушение толерантности к глюкозе или скрытый диабет). Были проанализированы факторы риска, сердечно-сосудистые события в анамнезе, клиническая картина при поступлении, течение и осложнения ОИМ. Регистрировали сердечно-сосудистые события, в том числе смертельные исходы в течении 2,5 лет наблюдения. Изучили факторы имевшие прогностическое значение на летальный исход.

Результаты. В группе исследования индекс массы тела >25 определили у 76% пациентов, 30% – были курильщиками, 24,7% больных имели сахарный диабет (74% принимали гипогликемическую терапию, в том числе 16,3% – инсулином), 66% – страдали артериальной гипертонией (32,4% получали гипотензивное лечение), 16,3 – указали на перенесенный инфаркт миокарда, 6,9% – на инсульт и 39% – на сердечную недостаточность в анамнезе.

Отрицательный результат НТТГ наблюдали у 67,9% субъектов и положительный – у остальных 32,1%, в том числе у 28,7% выявили нарушение толерантности к глюкозе и у 3,4% – скрытый диабет.

ОИМ с зубцом Q диагностировали у 64,8% больных, очаг некроза был расположен в области задней стенки в 28% случаев и а области передней стенки в 72%. Кардиогенный шок наблюдали у 8,5%, сердечную недостаточность Killip>2 класса – у 21%, желудочковые нарушения ритма –у 6,5%, рецидив инфаркта миокарда – у 3%, переинфарктную стенокардию – у 22,8% больных. Внутрибольничная смертность составила 14,5%, смертность за весь период исследования достигла 29,3%. Дискриминантный пошаговый анализ выделил ряд клинических параметров которые имели статистически достоверную силу в прогнозировании фатального исхода: сердечная недостаточность в анамнезе, возраст больного, Killip>2 класса при поступлении, наличие протеинурии, повышенный уровень креатинина крови при поступлении, назначение фуросемида за время госпитализации, фракция выброса левого желудочка, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет (для всех показателей p=0,0001).

Выводы. Среди больных острым инфарктом миокарда 56,8% лиц имеют нарушения углеводного обмена (сахарный диабет и/или пре-диабет в виде нарушения толерантности к глюкозе). Сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе вошли в состав факторов определяющих фатальный исход у больных острым инфарктом миокарда Обязательный скрининг и выявление углеводных нарушений и их агрессивная коррекция наряду с остальными факторами риска могли бы значительно улучшить прогноз острого коронарного больного.

210 ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Кусаев В.В., Дьяченко И.И.

ГОУ ВПО "КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого", Красноярск, Россия

Цель исследования: Изучить характер и особенности питания больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого и старческого возраста.

В исследование были включены 413 больных АГ II – III степени (по рекомендациям ВНОК–2010, ESH/ESC–2009), 190 лиц пожилого (60-74 года – по классификации ВОЗ, 1963), средний возраст составил 64,5 года, средний стаж АГ – 12,6 года, средний стаж с момента систематического подъема АД – 15,7 года, 102 пациента старческого возраста (75 лет и старше), средний возраст – 77,1 года, средний стаж АГ – 19,9 года, средний стаж с момента подъема АД – 21,4 года, и 121 больной контрольной группы (45-59 лет), средний возраст – 51,8 года, средний стаж АГ – 4,0 года, средний стаж с момента подъема АД – 5,1 года. Все пациенты заполняли оригинальный опросник. Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Статистическая обработка производилась с помощью пакета "STATISTICA".

Необходимо отметить, что в целом, характер питания совпадает во всех трех группах: так ежедневно пациенты пожилого возраста потребляют 1,48±0,07 порции (1 порция – 100 гр.) овощей, пациенты старческого возраста 1,41±0,07 порции, в контрольной группе 1,39±0,06 порции, ежедневное потребление фруктов составляет 1,81±0,06, 1, 70±0,07 и 1,93±0,07 порции в данных группах.. 3 раза в день питаются 67,2% пациентов пожилого, 71,1% старческого возраста и 53,2% больных контрольной группы, 2 раза в день – 11,4%, 9,6%, 18,0% соответственно, 1 раз в день – 1,0%, 0,8% и 4,1%, 4 раза в день более – 0,8%, 5,3%, 1,7%, не придерживаются четкого распорядка питания – 12,6%, 9,7% и 18,6% соответственно, затруднились ответить – 7,0%, 3,5% и 4,4% пациентов. У пациентов пожилого возраста в ежедневном рационе преобладали: крупы – 69,4%, картофель – 51,3%, мучные изделия – 44,0%, овощи и фрукты – 39,4%, консервированные и замороженные продукты – 38,1%, мясо – 27,1%, рыбопродукты – 31,6%, 11,7% пожилых используют в рационе все указанные продукты, затруднились ответить 6,1%, у пациентов старческого возраста преобладали: крупы – 50,7%, картофель – 66,1%, мучные изделия – 53,9%, овощи и фрукты – 30,4%, консервированные и замороженные продукты – 30,1%, мясо – 22,1%, рыбопродукты – 27,6%, 7,6% используют в рационе все продукты, затруднились ответить – 7,4%, в контрольной группе преобладали: крупы – 56,4%, рыбопродукты – 51,4%, картофель – 49,3%, мясо – 43,7%, мучные изделия –39,1%, овощи и фрукты – 35,1%, консервированные и замороженные продукты – 25,9%, 7,4% используют в рационе все продукты, затруднились ответить 2,1%, Готовят сами (допускалось несколько ответов) – 69,1% пожилых, 55,1% лиц старческого возраста и 71,6% в контрольной группе, также пищу готовят жена, дети, внуки или другие родственники – 44,4%, 50,1% и 23,6%, покупают готовую пищу или питаются в столовых и кафе 1,5%, 1,1% и 6,5%, приносят социальные работники – 8,2%, 18,4%, 1,7%, затруднились ответить 1,8%, 2,4% и 2,3%.

Таким образом, особенности питания у пациентов АГ пожилого и старческого возраста характеризуются преобладанием в рационе круп, мучных изделий картофеля, низким содержанием в рационе овощей и фруктов.

211 ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Кусаев В.В., Дьяченко И.И.
ГОУ ВПО "КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого", Красноярск, Россия

Цель исследования. Изучить характер и особенности физической активности больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого и старческого возраста.

В исследование были включены 413 больных АГ II – III степени (по рекомендациям ВНОК–20010, ESH/ESC–2009), 190 лиц пожилого (60-74 года – по классификации ВОЗ, 1963), средний возраст составил 64,5 года, средний стаж АГ – 12,6 года, средний стаж с момента систематического подъема АД – 15,7 года, 102 пациента старческого возраста (75 лет и старше), средний возраст – 77,1 года, средний стаж АГ – 19,9 года, средний стаж с момента подъема АД – 21,4 года, и 121 больной контрольной группы (45-59 лет). средний возраст – 51,8 года, средний стаж АГ – 4,0 года, средний стаж с момента подъема АД – 5,1 года. Все пациенты заполняли оригинальный опросник. Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Статистическая обработка производилась с помощью пакета "STATISTICA".

Только 33,3% пожилых, 19,2% пациентов старческого возраста и 38,3% лиц контрольной группы выполняют работу в течение дня, связанную с интенсивными физическими нагрузками (копание земли, поднятие тяжестей), продолжительность данной нагрузки в этих группах составила 38,8±5,8 мин., 29,1±3,9 мин, 47,3±5,0 мин (при этом в контрольной группе преобладал данный вид нагрузки, связанный с профессиональной деятельностью). 70,5% лиц пожилого, 57,5% старческого возраста и 87,1% пациентов контрольной группы выполняют работу, связанную с умеренной физической активностью (уборка помещений, приготовление пищи, стирка одежды), продолжительность данной нагрузки в этих группах составила 107,6±9,2 мин., 77,4±9,6 мин, 222,6±8,1 мин. На ходьбу пешком пожилые пациенты затрачивают в среднем в день 61,6±2,7 мин., лица старческого возраста 39,1±3,9 мин, пациенты контрольной группы 57,0±2,3 мин. На активный отдых в течение дня лица пожилого возраста затрачивают 17,4±1,5 мин., лица старческого возраста 9,1±2,8 мин., пациенты контрольной группы 20,1±2,6 мин., при этом только 16,3%, 7,4% и 19,6% пациентов в каждой группе соответственно занимаются таким видом отдыха. На отдых средней интенсивности (плавание, езда на велосипеде, быстрая ходьба) пожилые пациенты затрачивают в день в среднем 6,3±1,4 мин., пациенты старческого возраста 5,1±1,8 мин, в контрольной группе 17,1±2,2 мин, при этом только 20,6%, 6,6% и 32,2% пациентов в каждой группе соответственно занимаются данным видом отдыха. В положении сидя или полулежа в течение дня (за исключением времени сна) пожилого пациенты в среднем проводят 189,2±13,6 мин, больные старческого возраста 249,0±11,3 мин, в контрольной группе 123,2±15,7 мин,

Таким образом, особенности физической активности у пациентов АГ пожилого и старческого возраста характеризуются низким объемом умеренных и интенсивных физических нагрузок и продолжительным нахождением в адинамичном состоянии, что ухудшает течение и прогноз АГ у пациентов данных возрастных групп.

212 АНТИТЕЛА К КОМПОНЕНТАМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК МАРКЕРЫ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Давыдов С.И., Тарасов А.А., Гордеева М.А., Бабаева А.Р.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Целью работы явилась разработка новых подходов к лабораторной диагностике острого коронарного синдрома (ОКС) путём исследования уровня антител к компонентам атеросклеротической бляшки.

Методы исследования. В исследование было включено 455 больных ИБС, из них 301 человек с диагнозом острого коронарного синдрома (ОКС) и 154 человека с хроническими формами ИБС (ХИБС). ОКС был представлен нестабильной стенокардией (106 больных) и острым инфарктом миокарда (195 больных). Группу ХИБС составили пациенты с диагнозом стабильной стенокардии напряжения, постинфарктного кардиосклероза, хронической сердечной недостаточности ишемического генеза. Контрольную группу составили 70 лиц без клинических признаков ИБС. Возрастной и половой состав указанных групп был сопоставимым. В крови обследованных лиц методом иммуноферментного анализа определяли антитела к коллагену (К), сульфатированным гликозаминогликанам (с-ГАГ) и гиалуроновой кислоте (ГК), как маркерам нестабильности атеросклеротической бляшки и повреждения соединительнотканных структур миокарда у больных с различными формами ОКС.

Результаты. В группе больных ОКС повышенный уровень антител к с-ГАГ был обнаружен в 65,70%, к К – в 70,8%, а к ГК – в 73,9% случаев. В то же время в группе больных ХИБС нарастание этого показателя отмечалось у 28%, 31,2% и 28,1% пациентов, а у контрольной группы лишь в 17,50%, 10,0% и 23,3% случаев соответственно. Разница была статистически достоверной. Одновременное повышение уровня антител к К и ГК наблюдалось у 48,9% больных с обострением ИБС и лишь у 6,5% лиц из контрольных групп. У больных НС отмечена умеренная корреляционная связь между уровнем антител к компонентам соединительной ткани и частотой приступов стенокардии (r=0,3245), толерантностью к физической нагрузке (r=0,3436), продолжительностью боли (r=0,4832), болевым индексом (r=0,4765). В группе больных острым инфарктом миокарда уровень антител к компонентам соединительной ткани коррелировал с такими показателями, как ишемия или повреждение по данным ЭКГ (r=0,5536), наличие зон гипокинеза по данным эхокардиографического исследования (r=0,4723), повышение уровня сердечного тропонина I (r=0,8456), повышение уровня МВ КФК (r=0,7965). При НС определение уровня антител к компонентам соединительной ткани достоверно превосходило по чувствительности большинство общепринятых методов объективной диагностики ОКС.

Выводы. Одним из объективных индикаторов повреждения сосудистой стенки у больных с ОКС можно считать повышение содержания антител к с-ГАГ, ГК и К в сыворотке крови. Параллельное определение антител одновременно к двум компонентам соединительной ткани достоверно повышает специфичность иммунологического теста. Обнаруженные иммунологические нарушения могут быть использованы в клинической практике для лабораторной диагностики ОКС.

213 СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Денисов Е.Н., Русанова Н.Р.
ГОУ ВПО ОрГМА Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия

Цель. Исследование роли эндотелина и оксида азота в процессах ремоделирования сосудистой стенки при артериальной гипертензии (АГ) I-II стадии

Материалы и методы. Обследовано 90 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., 1992 с использованием ультразвука высокого разрешения. Измерение диаметра плечевой артерии осуществляли с помощью линейного датчика 7 МГц на ультразвуковой системе "Acuson 128XP" (США).

Толщину слоя интима-медия определяли на задней стенке общей сонной артерии. Методом измерения "спектра мутности" (Хайруллина А.Б., 1983; Heller W. et al.,1962) исследовались параметры циркулирующих в крови эритроцитов. Экспрессии эндотелиальной NO-синтазы определяли с помощью Western-блотта. Стойкие метаболиты оксида азота (NO_2 и NO_3) определяли в сыворотке крови с реагентом Грисса. Эндотелин-1 определяли в плазме крови иммуноферментным методом ("Biomedica", Австрия). Контрольную группу составили 28 практически здоровых лиц мужского пола. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы " Биостатистика 4.03. для Windows".

Результаты. Исследование вазомоторной функции эндотелия 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. В то же время ответные реакции тех же сосудов у больных АГ I-II стадии на действие нитроглицерина сохраняли вазодилятаторную направленность и достоверно не отличались от реакций сосудов у лиц контрольной группы, свидетельствуя об избирательном нарушении в гуморальном звене регуляции тонуса сосудов при развитии артериальной гипертензии.

Вместе с тем, у больных АГ I-II стадии механизмы нарушения вазомоторной активности эндотелия сосудистой стенки приводят к функциональному, а затем и структурному ремоделированию сосудов. Это проявляется достоверным увеличением толщины слоя интима-медия задней стенки общей сонной артерии у пациентов с АГ II стадии по сравнению с больными АГ I стадии, ростом величины артериального давления и снижением возможностей организма обеспечивать соответствие между уровнем метаболизма тканей и величиной кровотока. Процессы ремоделирования стенки сосудов при артериальной гипертензии сопровождаются изменением показателей жесткости артериальных сосудов, ростом нагрузки на сократительную активность миокарда, компенсаторной гипертрофией левого желудочка, изменением системной гемодинамики и прогрессированием АГ. Своевременная диагностика и коррекция нарушений вазомоторной функции эндотелия сосудистой стенки позволяет восстановить нарушения в регуляции тонуса сосудов и предотвратить усугубление артериальной гипертензии.

214 КОГНИТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Деревнина Е.С., Персашвили Д.Г., Шварц Ю.Г.

"ГОУ ВПО САРАТОВСКИЙ ГМУ Минздравсоцразвития", Саратов, Россия

Цель исследования. Определение взаимосвязи особенностей когнитивных расстройств с наличием и формой фибрилляции предсердий.

Методы исследования. В исследование было включено 61 пациент (35 мужчин, 27 женщин), средний возраст 57,0±9,5 лет, имеющих фибрилляцию предсердий, с клиническими признаками ХСН II-IV функционального класса (ФК) по NYHA, без перенесенного инсульта или транзиторной ишемической атаки в анамнезе и нарушений углеводного обмена. Когнитивные функции исследовались с помощью нейропсихологических 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: При проведении нейропсихологического тестирования у большинства кардиальных пациентов возникли трудности, причем более низкие показатели получены в группе пациентов с фибрилляцией предсердий. Эти нарушения в большей степени затрагивали нейродинамические показатели когнитивной сферы (скорость переключения внимания и психомоторных процессов) – 38,8 [35,1;42,5] против 45,3 [41,1;49,5](p=0,04). Причем проведенный анализ показал, что собственная оценка памяти и внимания у пациентов с фибрилляцией предсердий выше оценки пациентов с синусовым ритмом (память 71,4 [65,6;77,2] против 57,1[46,5;67,6] p=0,017 и внимание 73,2 [67,2;79,2] против 54,0 [42,5;65,5] p=0,014) при равном отношении пациентов к своему общему самочувствию. При сравнении результатов тестирования у пациентов с различной формой фибрилляции предсердий когнитивные нарушения оказались более выражены при постоянной форме мерцательной аритмии.

Заключение. У пациентов с фибрилляцией предсердий отмечается снижение когнитивных функций (памяти и внимания) по сравнению с аналогичными кардиальными больными без нарушения сердечного ритма. Больший дефицит когнитивной сферы выявлен у пациентов с постоянной формой. Наряду с этим, пациенты с нарушением ритма гораздо в меньшей степени отмечают снижение таких когнитивных показателей как память и внимание, чем кардиальные больные без нарушения ритма. Последнее может свидетельствовать о различиях в восприятии болезни у больных с аритмиями и без нарушения сердечного ритма. Очевидно, фибрилляция предсердий создает определенные предпосылки для развития когнитивной дисфункции, а одним из ведущих патогенетических факторов когнитивного дефицита может являться снижение церебральной перфузии.

215 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Деревянных Е.В., Поликарпов Л.С., Петрова М.М., Яскевич Р.А., Козлов Е.В.

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ и СР РФ, Красноярск.ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучит распространенность факторов риска артериальной гипертонии и риск развития сердечно-сосудистых осложнений среди медицинских работников.

Объект и методы исследования: в исследование включено 1230 медицинских работников мужчин и женщин крупной клинической больницы г. Красноярска в возрасте 19 лет и старше, средний возраст составил 38,47±0,38 лет. Проводился общий клинический осмотр, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ), измерение артериального давления (АД), заполнение анкеты СМОЛ, соматотипирование, забор крови для биохимического исследования, статистическая обработка данных.

Полученные результаты: среди медицинских работников в 52,1% наблюдался избыточный вес. С возрастом отмечалось статистически значимое увеличение среднего показателя индекса массы тела (ИМТ). Получена прямая зависимость уровней систолического и диастолического АД от массы тела. Получены высокие показатели распространенности курения медицинских работников, среди женщин курят 26,8±1,4%. С возрастом отмечается уменьшение курящих женщин. У мужчин этот показатель составил 48,1±2,3%, с возрастом количество курящих лиц не уменьшалось. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям регистрировалась у 41,6±1,4% мужчин и женщин. Употребляют алкоголь 61,8±3,1% медицинских работников, причем из них умеренно 31,6±2,3%, много 3,7±1,4%. Как стратификационный фактор риска (по жестким критериям ОХС>6,5 ммоль/л) повышенный уровень ОХС наблюдался у 7,4% женщин. Наибольший процент гиперхолестеринемии встречался у обследуемых женщин с мегалосомным соматотипом -8,5%. У мужчин гиперхолестеринемия распространена в 10,4% случаев. Среди всех обследуемых с АГ по данным ЭКГ гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 37,1% обследуемых мужчин и женщин. Среди медицинских работников не имеют стратификационных фак-

торов риска – 20,2%, один фактор риска -36,5%, два фактора риска -29,0%, три фактора риска -11,1%, четыре фактора риска -2,7%, пять факторов риска -1,1%, шесть -0,2%. 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 медицинских работников в группе высокого нормального давления незначимый и низкий риск составил 17,4% и 65,3%, 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 и отмечается наличие поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний. В группах, обследуемых с АГ различной степени закономерно растут показатели высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. В целом незначимый, низкий и средний риск составил 57,8±2,3%, а высокий и очень высокий риск – 42,2±2,3%.

Выводы. Среди медицинских работников наблюдалась высокая распространенность устранимых факторов риска.

216 ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Деревянченко М.В.

ГОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Волгоград, Россия

Цель. Сравнение антигипертензивной эффективности, возможности кардио-, нефропротекции и влияния на метаболизм комбинаций Эналаприл + Индапамид и Эналаприл + Нифедипин длительного действия (Нифедипин SR) у больных артериальной гипертензией (АГ) и вторичным хроническим пиелонефритом (ХП).

Материалы и методы. 60 пациентов с АГ и вторичным ХП 45 – 65 лет были разделены на две группы: I составили 30 человек, получавшие комбинированную терапию Эналаприлом 15,9±2,3 мг/сут и Индапамидом 2,5 мг/сут.; II – 30 человек, получавшие Эналаприл 16,1±2,4 мг/сут и Нифедипин SR 40 мг/сут. Проводили суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографию, определяли относительную плотность мочи в утренней порции, микроальбуминурию, уровень β_2-микроглобулинов в моче, креатинина крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD, глюкозы натощак, калия, мочевой кислоты, общего холестерина и триглицеридов в сыворотке крови. Длительность наблюдения 12 недель.

Результаты. Комбинации Эналаприл + Индапамид и Эналаприл + Нифедипин SR сопоставимы между собой по антигипертензивному эффекту: при анализе результатов СМАД выявлено, что в обеих группах достоверно изменились САД, ДАД, ПАД, ИВ САД$_{день, ночь}$, ИВ ДАД $_{день, ночь}$ (Δ% -15,8 в 1-ой группе vs – 16,5 во 2-ой; -16,2 vs -16,6; -15 vs -16,8; -35,1 vs -41,7; -48,4 vs -49,8; -31,6 vs -38,3; -47,5 vs -39,5 соответственно). Однако, количество больных с повышенной ВСАД$_{сут., день}$ и ВДАД$_{сут.}$ статистически значимо уменьшилось во II группе по сравнению с I (Δ% – 26,7 vs -7,3; -34,6 vs -12,6; -12,5 vs -7,3 соответственно). На фоне лечения ВУП САД И ВУП ДАД оказались ниже среди больных, получавших комбинированную антигипертензивную терапию Эналаприлом и Индапамидом по сравнению с больными, получавшими Эналаприл и Нифедипин SR (Δ% – 33,9 vs -13,3; -17,2 vs -2,5 соответственно, $p<0,05$). При анализе распределения больных по СИ САД и СИ ДАД через 12 недель достоверно снизился процент пациентов с кривой non-dipper и night-peaker в обеих группах исследования: СИ САД<10 – Δ% -43,6 в I группе и -36,7 во II группе; СИ ДАД<10– Δ% -34,8 и -36,7 соответственно. Статистически значимо вырос% больных с нормальной геометрией (НГ) ЛЖ по сравнению с исходным уровнем: 30 vs 13,3 среди больных, получавших Эналаприл и Индапамид, 33,3 vs 6,7% – на комбинации Эналаприла и Нифедипина SR. Уменьшение количества пациентов с эксцентрической и концентрической гипертрофией с 86,7 до 70% в I группе и с 90 до 63,3% во II ($p<0,05$) привело к восстановлению диастолических свойств ЛЖ. Достоверно снизилась частота встречаемости диастолической дисфункции (ДД) I стадии (замедленная релаксация) в обеих группах (Δ% -30 в I группе и -34,8 во II). Процент больных с относительной плотностью мочи в утренней порции менее 1018 уменьшился на 50,0% в I группе ($p<0,05$) и на 13,3% во II ($p>0,05$), различия между группами достоверны. Статистически значимо снизился уровень β_2-микроглобулинов в моче, характеризующий функцию проксимальных почечных канальцев (Δ% -55,1 в I и -35,2 во II группах, различия между группами на уровне тенденции $p=0,067$) и микроальбуминурии: Δ% – 61 в I группе и – 67,4 во II, $p<0,05$. Обе комбинации обладают метаболической нейтральностью: не ухудшают липидный, углеводный и электролитный обмены.

217 ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Деришева Д.А., Яхонтов Д.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить характер поражения коронарного русла у больных ИБС с различной массой миокарда левого желудочка

Материалы и методы. Обследовано 96 мужчин со стабильной стенокардией I-III ФК в возрасте 40-70 лет. В 1-ю группу были включены 47 больных в возрасте 54,0±1,3 лет с нормальной массой миокарда левого желудочка (ИММЛЖ <125 г/м2; M ±m – 114,1±1,8 г/м2), во 2-ю группу – 49 больных в возрасте 55,8±1,0 лет с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), имевших ИММЛЖ > 125 г/м2; M ±m -162,1±4,6 г/м2 ($p<0,005$). Всем пациентам помимо традиционного клинико-лабораторного и инструментального обследования выполнялось коронарография (КГ) по Judkins.

Результаты. У пациентов с нормальным ИММЛЖ по сравнению с лицами с ГЛЖ чаще (17,1% против 4,1%) встречались неизмененные коронарные сосуды. Частота гемодинамически значимых поражений коронарных сосудов в целом составила 81,1% в 1-й группе и 95,9% во 2-й. У лиц с нормальной ММЛЖ гемодинамически значимыми поражениями коронарных артерий наиболее часто встречалось 1-сосудистое поражение – у 17 (36,1%) пациентов, 2-х сосудистое поражение имелось у 8 (17,0%), многососудистое – у 14 (29,7%) обследованных. В группе больных с ГЛЖ преобладали лица с гемодинамически значимыми поражениями 3-х и более коронарных артерий: 35 (71,4%) пациентов, 2-х сосудистое поражение имелось у 4 (8,1%) и 1-сосудистое – у 7 (14,3%) обследованных. У 6 (12,2%) пациентов с повышенным ИММЛЖ был поражен ствол левой коронарной артерии (ЛКА), у больных с нормальным ИММЛЖ поражения ствола ЛКА выявлено не было. Также у больных с ГЛЖ достоверно чаще были поражены другие магистральные артерии: передняя межжелудочковая (ПМЖА) – 51,0%, диагональная (22,4%), огибающая (18,3%), ветвь тупого края (ВТК) – 30,6% и правая коронарная артерия (ПКА) – 63,2%. У пациентов с нормальной ММЛЖ стеноз ПМЖА отмечался в 14 (29,7%), поражение ПКА – В 17 (36,1%), ОА – в 7(15,2%), ВТК – в 6 (12,7%) случаев.

Заключение. У больных ИБС с повышенным ИММЛЖ достоверно чаще, чем у больных без ГЛЖ, выявляются гемодинамически значимые многососудистые поражения коронарного русла и с большей частотой поражаются магистральные сосуды.

218 СНИЖЕНИЕ УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Дешко М.С.
УО "Гродненский государственный медицинский университет", Гродно, Республика Беларусь

Целью исследования было оценить изменение упруго-эластических свойств артерий, их динамику на фоне терапии, выявить патогенетические ассоциации и прогностическое значение при фибрилляции предсердий (ФП).

Обследовано 4 группы пациентов: 1 – пароксизмальная ФП (n=37, 54 (46-60) года, 73% муж.), 2 – персистирующая ФП (n=28, 55 (49-59) лет, 71,4% муж.), 3 – постоянная ФП (n=46, 55 (50-59) лет, 84,8% муж.), группа сравнения – пациенты без анамнеза ФП (n=29, 48 (41-53) лет, 65,5% муж.). ФП развивалась на фоне артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца, постмиокардитического кардиосклероза. Пациенты со значимой сочетанной патологией, сосудистыми катастрофами, клапанной ФП, сердечной недостаточностью выше 1 стадии исключались.

Обследование включило определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) как одного из параметров, характеризующих упруго-эластические свойства артерий, на каротидно-феморальном участке методом реоимпедансографии, а также суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию, измерение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД), С-реактивного белка (СРБ), гомоцистеина (Нсу), газов крови. Лечение соответствовало стратегиям контроля ритма либо частоты сердечных сокращений (ЧСС) в зависимости от формы ФП и включало иАПФ (эналаприл или рамиприл). Медиана лечения составила 10 дней, динамического наблюдения пациентов – 13 месяцев. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха, использовали тесты Манна-Уитни, Вилкоксона, линейную и логистическую регрессию с согласованием по полу и возрасту.

Получили в группе 1 СРПВ 9,5 (8,8-11,6) м/с; группе 2 – 9,8 (8,8-10,7) м/с; группе 3 – 10,5 (9,3-12,4) м/с; группе сравнения 8,9 (7,9-9,8) м/с (p=0,00007 для постоянной ФП относительно лиц без аритмии). В результате лечения были отмечены следующие изменения СРПВ: в группе 1 – 9,6 (8,4-10,2) м/с (p=0,008); в группе 2 – 8,8 (8,1-9,2) м/с (p=0,002); в группе 3 – 10,2 (9,2-10,6) м/с (p=0,2).

СРПВ была ассоциирована с наличием ФП (β=0,49, p=0,0001), степенью АГ (β=0,39, p=0,0003), наличием ХСН (β=0,29, p=0,01), Нсу (β=0,31, p=0,002), парциальным давлением кислорода крови pO_2 (β=-0,22, p=0,03), среднесуточной ЧСС (β=0,29, p=0,003), ЭЗВД (β=-0,20, p=0,04).

Установлено, что СРПВ у пациентов с ФП является независимым предиктором развития тромботических событий на фоне подобранной антитромботической терапии (отношение шансов (ОШ) 1,76, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,02-3,32, p=0,03) наряду с концентрацией СРБ (ОШ 1,32, 95% ДИ 1,01-1,76, p=0,02) и наличием ХСН (ОШ 3,42, 95% ДИ 1,05-13,99, p=0,04), которые также оказались значимыми предикторами.

Таким снижение упруго-эластических свойств при ФП имеет важное прогностическое значение, характеризуется наличием многих патогенетических детерминант, а комбинированное лечение ФП с иАПФ как и восстановление синусового ритма ведет к снижению СРПВ.

219 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЛЕВОСИМЕНДАНОМ И ДОПАМИНОМ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Джаиани Н.А., Косицына И.В., Гнидкина Н.А., Терещенко С.Н.
ГОУ ВПО "Московский Государственный медико-стоматологический университет Минздравсоцразвития России", Москва, Россия

Цель: изучение влияния терапии сенситизатором кальция левосименданом в сравнении с допамином на клиническое течение, показатели центральной гемодинамики и прогноз больных рефрактерной сердечной недостаточностью (РСН).

Материалы и методы: включено 16 женщин и 14 мужчин с РСН в возрасте от 50 до 80 лет. Первая группа в качестве инотропного препарата получали левосимендан в/в в начальной дозе 12-24 мкг/кг в течение 10 мин с последующей 24-часовой инфузией в дозе 0,1 мкг/кг/мин, больные второй группы – допамин в/в в средней дозе 2,2 мкг/кг/мин. Сроки наблюдения составили 6 мес.

Результаты: в 1й группе явления СН регрессировали раньше, чем во 2й. Индекс работы ЛЖ к концу часа инфузии в 1й группе повысился с 2,9 до 3,3 (кг.м)/м2), во 2й группе отмечено снижение с 2,6 до 2,3(кг.м)/м2), разница между группами к 1 часу была достоверной (p=0,028). К 24 часам показатель в 1й группе составил 3,2 (кг.м)/м2), а во 2й – 2,6 (кг.м)/м2. Сердечный индекс в 1й группе исходно составлял 2,3 л/мин/м2, во 2й – 2,4 л/мин/м2 (рис.4). В 1й группе его увеличение отмечалось с первых минут от начала инфузии, и к 10 мин составило 2,7 л/мин/м2, к 1ч – 2,8 л/мин/м2, к 6ч – 2,9 л/мин/м2, к 12ч – 2,8 л/мин/м2, а 24ч – 2,9 л/мин/м2, т. е. к концу инфузии выявлено увеличение показателя на 26% (p=0,025). Во 2й группе наблюдалось недостоверное увеличение СИ с 2,4 л/мин/м2 до 2,5 л/мин/м2. К концу введения инотропного препарата системное сосудистое сопротивление снизилось достоверно с 1520,9 дин. сек. см-5 до 1174,6 дин. сек.см-5(p=0,0,31), а во 2й группе в течение периода инфузии не претерпело значительных изменений. На стационарном этапе наблюдения в 1й группе умер 1 пациент (6,7%), во 2й – 6 пациентов (40%)(p=0,032).

Выводы: у больных РСН инотропная терапия левосименданом в сравнении с допамином приводит к более раннему регрессу симптомов СН, более значимому улучшению сократительной функции миокарда, позитивно влияет на прогноз РСН.

220 БЛОКАТОР If-КАНАЛОВ ИВАБРАДИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ИНОТРОПНОЙ ПОДДЕРЖКЕ

Джаиани Н.А., Терещенко С.Н., Косицына И.В., Гурина О.В.
ГОУ ВПО "МГМСУ Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель работы: Изучить эффективность ивабрадина в комбинации с инотропным препаратом допамином в лечении больных с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН), нуждающихся в инотропной поддержке.

Материалы и методы: в исследование планируется включить 60 больных в возрасте от 18 до 80 лет, распределенных на две группы. Пациенты 1 группы кроме стандартной терапии декомпенсации ХСН будут получать ивабрадин (Кораксан) в начальной дозе 5 мг х 2 р/д под контролем ЧСС с возможной титрацией дозы до 7,5 мг х 2 р/д. Пациенты 2-й группы (группа сравнения) будут получать стандартную терапию декомпенсации ХСН (включая инотропную поддержку допамином, так же, как и пациенты 1-й группы). На фоне указанной терапии планируется изучить клиническое течение декомпенсированной ХСН, изменение параметров центральной гемодинамики, динамику уровня МНП, маркеров воспаления; определить прогноз и качество жизни больных.

Планируемые результаты: учитывая прогностическую значимость ЧСС у больных с декомпенсацией ХСН, в группе больных, получающих ивабрадин, ожидается более оптимальный контроль ЧСС, что обеспечит более быстрый регресс

клинических проявлений декомпенсации ХСН, положительное влияние на изменение параметров центральной гемодинамики, а также на динамику МНП и иммунологических показателей.

221 ВЛИЯНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ФАТАЛЬНЫХ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Джалилова Д.А., Гайдукова Н.И., Потешкина Н.Г., Хамитов Ф.Ф.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра общей терапии ФУВ, ГКБ № 81, Москва, Россия

Известно, что в раннем послеоперационном периоде синусовая тахикардия может привести к увеличению потребности миокарда в кислороде, поэтому назначение бета-блокаторов считается патогенетически обоснованной терапией. Доказано, что бета-блокаторы достоверно снижают риск развития инфаркта миокарда (ИМ) и преходящей ишемии (ПИ), а также увеличивают порог фибрилляции желудочков.

Цель. Оценить влияние бета-блокаторов на снижение частоты фатальных кардиальных осложнений у больных с аневризмой брюшной аорты (АБА) атеросклеротического генеза в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы: в исследование вошли 65 больных с достоверно установленным диагнозом АБА атеросклеротического генеза. Из них 59 мужчин и 6 женщин в возрасте от 50 до 84 лет (средний возраст составил 67,6±7,1 г.). Всем больным проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее УЗИ брюшной полости, ЭКГ и ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, мониторирование ЭКГ по Холтеру, контроль АД, биохимических показателей. Больные были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 30 больных, получавших бета-блокаторы на фоне традиционной терапии, включающей ингибиторы АПФ (ИАПФ). 2 группу составили 35 больных, получавших традиционную терапию, включающую ИАПФ. Больные 1 и 2 группы получали терапию в течение 10-12 дней до оперативного вмешательства и после. Обе группы были сравнимы между собой по полу и возрасту (p=0,93), и имели факторы риска сердечно-сосудистых осложнений. В 1 группе превалировали больные с ИБС: у 16 (53,33%) больных – стенокардия напряжения II фк и 6 (20%) – III фк. Во 2 группе стенокардия напряжения II фк диагностирована у 14 (40%) больных, у 5 (14,29%) III фк. Больные, перенесшие ИМ в анамнезе, превалировали в 1 группе – 16 (53,33%) и 10 (28,57%) соответственно во 2 группе, (p=0,008). Без ИБС в 1 группе было 3 больных (10%), во 2 – 12 (34,29%). По результатам стресс-ЭхоКГ положительная проба была у больных 1 и 2 группы в 16 (61,54%) и 16 (48,48%) случаях соответственно.

Результаты исследования. Полученные данные показали, что фатальные кардиальные осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 6 больных. В 1 группе в одном случае 1(3,33%) развился ИМ с благоприятным исходом. Во 2 группе – 2 (5,71%) случая послеоперационного ИМ и 3 (8,57%) острой сердечно-сосудистой недостаточности с летальным исходом. У всех 6 больных был положительный результат стресс-ЭхоКГ.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показывают, что бета-блокаторы достоверно снижают частоту фатальных кардиальных осложнений у больных с АБА в раннем послеоперационном периоде. Выявление по данным стресс-ЭхоКГ преходящей ишемии позволит не только прогнозировать кардиальные осложнения, но и оптимизировать терапию в пред- и в раннем послеоперационном периоде.

222 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМОКАРДИТА У ПОЖИЛЫХ

Джалилова Р.А., Габибова Т.Я., Тирулов М.М., Сулейманов С.Ш.

ДГМА, кафедра госпитальной терапии № 2, РМЦ, госпиталь ветеранов, Махачкала, Россия

По данным ряда авторов, более 5% ревматического поражения сердечно-сосудистой системы у больных пожилого возраста маскируется симптомами ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии, мерцательной аритмии, приобретенных пороков сердца, недостаточности кровообращения, ХОБЛ. Доказанным остается факт: при ревматизме поражается не только соединительная ткань, но и мышечные волокна, что вызывает необратимые изменения, и при длительном течении приводит к недостаточности кровообращения и инвалидизации.

Цель работы: изучить особенности течения ревмокардита у больных пожилого возраста.

Материал и методы. Проведено наблюдение на 27 больными с достоверно установленным диагнозом хронической ревматической болезни сердца. Из них 8 (29,6%) мужчин и 19 (70,4%) женщин в возрасте от 64 до 75 (средний возраст составил 66,9±7,6 лет). Пациенты поступали в клинику с разнонаправленными диагнозами: ИБС, стенокардия напряжения, артериальная гипертензия, фибрилляцией предсердий (ФП), приобретенные пороки сердца с явлениями нарастающей хронической сердечной недостаточности (ХСН). Всем больным проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее ЭКГ и ЭхоКГ, мониторирование ЭКГ по Холтеру, УЗИ внутренних органов, контроль АД, биохимических показателей. Указание на ревматический анамнез отсутствовал у 18 (66,7%) больных, что затрудняло распознавание и диагностику ревматизма у данной категории, особенно у пожилых с ФП и нетипичной аускультативной картиной. У всех больных было возвратное течение ревматизма, с прогрессированием тяжести пороков сердца и нарастанием симптомов хронической сердечной недостаточности. Явления кардита отмечались у большинства 19 (70,4%) больных, у 3 (11,1%) полиартрит, кольцевидная эритема в 1 (3,7%) случае, подкожные узелки у 7 (25,9%), фибрилляция предсердий у 20 (74,1%). Катамнестически эффективность 5-дневной противоревматической терапии отмечалась у 21 (77,8%) больного. Наиболее тяжелым было течение ревмокардита на фоне клапанного поражения сердца. Распознавание пороков сердца было затруднено ввиду скудности аускультативной симптоматики, и подтверждались ЭхоКГ исследованием. У больных с преобладанием недостаточности митрального клапана отмечалось более быстрое прогрессирование ХСН, что было прогностически неблагоприятным. При стенозе митрального клапана часто диагностировались сложные нарушения ритма, фибрилляцией предсердий, частое повышение цифр артериального давления. В этой группе больных также высокий процент тромбоэмболических осложнений – у 3 (11,1%). Глухость тонов и скудная аускультативная картина, объясняемая более значимым снижением сократительной способности миокарда, наблюдалась у большинства больных – у 23 (85,2%).

Выводы: Ввиду значительного снижения частоты ревматического поражения в последние годы, катамнестическое обследование позволяет избегать диагностических ошибок у больных с мерцательной аритмией и недостаточностью кровообращения. Недостаточная настороженность при обследовании пожилых ведет к недооценке ревматической этиологии заболевания, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. Наличие сопутствующей патологии, а также отсутствие четкой клинической симптоматики, более свойственное данной возрастной группе больных, затрудняет диагностику ревматизма у пожилых.

223 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Джукаева Х.Р., Шварц Ю.Г.
ГОУ ВПО " Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России", Саратов, Россия

Цель исследования: Определение взаимосвязи клинических и лабораторных особенностей острого инфаркта миокарда с наличием хронического тонзиллита.

Методы исследования: В исследование было включено 42 больных (27 мужчин, 15 женщин), в возрасте от 37 до 83 лет, средний возраст 64,1±9,8 лет с острым инфарктом миокарда давностью 1-2 суток. Проводился сбор анамнеза, оценка клинических факторов, осмотр небных миндалин. Выполнялись клинический и биохимический анализы крови, учитывались маркеры некроза миокарда, ЭКГ с расчетом дисперсии интервала QT, допплер-эхокардиография. Все пациенты получали подобранную в соответствии с современными рекомендациями терапию.

Полученные результаты: Из общего числа обследованных 36 отмечали у себя симптомы хронического тонзиллита в течении жизни. У 15 больных ранее специалистом был выставлен и документирован диагноз хронического тонзиллита, у 6 из них проводилось двусторонняя тонзилэктомия. Все наши больные были разделены на 2 группы: 1 – с подтвержденным хроническим тонзиллитом (15 больных) и 2 – остальные (27 больных). У пациентов с хроническим тонзиллитом существенно чаще (у каждого четвертого) развивалась острая сердечная недостаточность, у больных этой группы глюкоза крови при поступлении было выше (7,78), чем во 2 группе (5,68) (p=0,004), данное различие не зависело от наличия сахарного диабета. По другим клиническим и биохимическим показателям, в том числе КФК-МВ, данными ЭхоКГ, ЭКГ (дисперсии интервала QT), перенесенным инфарктом миокарда отличий не выявлено.

Выводы: У больных с хроническим тонзиллитом были относительно высокие значения глюкозы крови при поступлении, и частое развитии острой сердечной недостаточности, что свидетельствует о более тяжелом течении острого инфаркта миокарда.

224 СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И β_2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Джумагулова А.С., Полупанов А.Г., Романова Т.А.
Национальный центр кардиологии и терапии, Бишкек, Киргизия

Цель исследования: изучение состояния вегетативной нервной системы, полиморфизма генов ангиотензин-превращающего фермента и β_2-адренорецепторов у больных эссенциальной гипертензией с осложненным течением заболевания (при развитии ишемического инсульта) в кыргызской популяции.

Материал и методы. Обследовано 250 мужчин этнических кыргызов в возрасте 40-65 лет, страдающих ЭГ. Первую группу составили 180 больных ЭГ, не имеющих в анамнезе острых нарушений мозгового кровообращения. Во вторую группу включены 70 пациентов, у которых течение заболевания осложнилось развитием ишемического инсульта, подтвержденного методом магнитно-резонансной томографии головного мозга. Всем больным ЭГ по стандартным методикам проводилось суточное мониторирование АД, эхокардиографическое и допплерэхокардиографическое исследование, дуплексное сканирование сонных артерий, определение аллельных вариантов гена АПФ и β2-адренорецепторов проводилось с использованием полимеразной цепной реакции с последующим электрофорезом в 2% агарозном геле. Состояние вегетативной регуляции оценивалось с использованием спектрального анализа вариабельности сердечного ритма, анализировались короткие пятиминутные записи кардиоинтервалограмм.

Результаты. У больных ЭГ после перенесенного ишемического инсульта отмечалась качественно иная реакция симпатического компонента, заключающаяся не в возрастании, а, напротив, в снижении мощности низкочастотных LF-колебаний (-34% у больных, перенесших инсульт) в ответ на проведение тилт-теста. Сравниваемые группы не различались между собой по частоте встречаемости II и ID генотипов гена АПФ, а также аллелей I и D. В то же время наблюдалось существенное различие по частоте встречаемости DD генотипа гена АПФ: у больных ЭГ с ишемическим инсультом DD генотип встречался в 2 раза чаще, чем у больных с неосложненным течением заболевания (23,2% против 11,1%, p<0,02). Группы существенно не различались по частоте встречаемости Gln27Gln, Gln27Glu и Glu27Glu генотипов, а также Gln27- и Glu27-аллелей гена β2-адренорецепторов (β2=2,35; p>0,05). Но для больных ЭГ с Gln27Gln генотипом в отличие от больных, имеющих другие варианты гена β_2-адренорецепторов, были характерны более высокие уровни среднесуточных значений АД с ускоренным его подъемом в утренние часы, с чем, возможно, связано увеличение массы миокарда левого желудочка у этих пациентов.

Заключение. Снижение LF модуляций во время ортопробы можно рассматривать в качестве неблагоприятного прогностического признака, предрасполагающего к развитию церебральных осложнений у больных ЭГ. В кыргызской популяции полиморфизм гена АПФ, но не β2-адренорецепторов ассоциируется с наличием ишемического инсульта у больных ЭГ. При этом носительство DD-генотипа является фактором риска развития ишемического инсульта и может служить диагностическим критерием при отборе групп высокого риска цереброваскулярных осложнений и проведения адекватных превентивных мероприятий.

225 ИЗМЕНЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ВЫКУРИВАНИИ ОДНОЙ И ДВУХ СИГАРЕТ

Дзизинский А.А., Левина Т.В.
ГОУ ДПО "ИГИУВ" Росздрава, Иркутск, Россия

Цель. Изучить влияние табакокурения на кардиоваскулярные параметры сердечно-сосудистой системы.

Методы исследования. Было обследовано 100 курящих медицинских работников (индекс курения ≥5 пачка/лет). Средний возраст–42,7±7,57 лет. Средний медицинский стаж–18,3±7,9 лет. Мужчины составили 18%, женщины–82%. Каждому пациенту на фоне холтеровского мониторирования ЭКГ (Astrocard – холтеровский анализатор, Россия) было проведено по 2 теста с выкуриванием сигарет: первый тест – выкуривание одной сигареты и через 24 часа второй тест – выкуривание двух сигарет. До и после выкуривания одной и двух сигарет (каждые 5 мин до получаса) определяли диаметр плечевой артерии (аппарат PulseTracePWV, "MicroLab", Великобритания) и пульсоксиметрию (аппарат Nonin Onyx, США). Первые пять минут после выкуривания одной и двух сигарет пульсоксиметрию проводили каждую минуту.

Результаты. Диаметр плечевой артерии через 10 мин после выкуривания одной и двух сигарет уменьшался на 5,48% (2,4-8,9) и 6,89% (2,96-10,23), соответственно, p >0,05. Диаметр плечевой артерии через 15 мин после выкуривания одной и двух сигарет уменьшался на 6,25% (3,7-9,9) и 8,29% (3,42-12,58), соответственно, p >0,05. Диаметр плечевой артерии через 20 мин после выкуривания одной и двух сигарет уменьшался на 6,71% (3,79-10,9) и 8,6% (5,11-12,78), соответственно, p <0,003. Насыщение крови кислородом до выкуривания сигарет было 98% (96-98); через 10 мин после выкуривания 1 сигареты – 96% (95-98) (p<0,0001), через 15 мин – 96% (94-98) (p<0,0001); сатурация через 10 мин после выкуривания 2 сигарет составила 96% (94-98) (p<0,0001), через 15 мин – 96% (94-98) (p<0,0001), через 20 мин – 96% (94,5-

98) (p<0,0001). ЧСС до курения сигарет была 78,8±13 ударов в минуту; через 1 мин после выкуривания одной сигареты ЧСС составила 94,5±13,9 ударов в минуту (p<0,0001), через 2 мин -88±12,2 (p<0,0001); через 1 мин после выкуривания двух сигарет ЧСС составила 98,1±14,5 ударов в минуту (p<0,0001), через 2 мин -89,8±15,2 (p<0,0001); через 3 мин – 83,1±12,9 (p<0,03).

Выводы. Табакокурение оказывает существенное влияние на кардиоваскулярные параметры сердечно-сосудистой системы. Выкуривание двух сигарет оказывает наибольшее влияние на кардиоваскулярные параметры.

226 ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ИНФОРМАТИВНОСТИ РАСЧЕТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТЕПЕНИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Докина Е.Д., Алексеева Л.А., Дубровина Е.В., Сидоренко Б.А.
ФГУ "Поликлиника №1" УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить информативность расчетных показателей степени риска сердечнососудистых осложнений (ССО) по материалам 10-летнего наблюдения мужчин трудоспособного возраста с факторами риска сердечнососудистых заболеваний (ФР ССЗ).

Материал и методы: в исследование были включены 168 мужчин трудоспособного возраста от 34 до 60 лет (средний возраст – 47,3±7,3 г.), которым при диспансеризации выполнено комплексное неинвазивное обследование сердечнососудистой системы (ССС). Не включались пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ) 2 стадии, симптоматической артериальной гипертонией (АГ); сахарным диабетом (СД) 2 типа, атеросклеротической дициркуляторной энцефалопатией (АДЭ) I-II стадии и сопутствующими заболеваниями тяжелого течения. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени 10-летнего риска смерти по шкале SCORE: 1 группа (риск < 1%) – 86 пациентов, 2 группа (риск от 2-4%) – 52 и 3 группа (риск 5-9%) – 30 пациентов. Распространенность основных ФР ССЗ у обследованных мужчин: АГ – у 30%, гиперхолестеринемия – у 70%, курили – 65%, метаболический синдром – 34%.

Объем первичного обследования включал: ЭКГ, Эхо-КГ, ультразвуковую допплерографию брахиоцефальных сосудов, холтеровское мониторирование ЭКГ; нагрузочный тест на тредмиле, суточное мониторирование АД, лабораторные исследования (липиды, креатинин, мочевая кислота, микроальбуминурия). Пациенты активно наблюдались терапевтами с контролем основных ФР и ежегодным обследованием ССС. Оценивались промежуточные события (диагностика ГБ 2ст., ИБС, АДЭ I-II ст.) и конечные точки (инфаркт миокарда, операция реваскуляризации миокарда, инсульт, смерть от ССЗ).

Результаты: в 1 и 2 группах 20% пациентов не выполнили полную программу обследования, 72,6% не соблюдали сроков активного наблюдения, в то время как в 3 группе 100% пациентов прошли комплексное обследование, соблюдали сроки активного наблюдения, следовали врачебным рекомендациям. Общее число событий за 10 лет было максимальным во 2 группе – 65,4%, против – 23,3% в других группах. Конечные точки достоверно чаще встречались во 2 группе – 25%, в 3 группе отмечались в 16,7% и в 1 группе в 3,5% случаев. СД 2 типа выявлен у 13,4% пациентов 2 группы. Летальные исходы наблюдались у 3 больных в группе низкого риска, в то время как в группе высокого риска летальных случаев не было. Парадоксы исследования состоят в том что, чем выше степень исходного риска, тем реже встречались сердечнососудистые события.

Выводы: осведомленность пациентов о высоком риске ССО повышает комплаенс и мотивацию для выполнения комплексного обследования ССС и последующего активного наблюдения за эффективностью превентивного лечения, что приводит к снижению ССО и объясняет низкую информативность расчетной степени риска.

227 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АССОЦИАЦИИ С ВЕЛИЧИНОЙ СКОРОСТИ Na+/Li+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА

Долгова К.А., Булашова О.В., Ослопов В.Н., Пегова Е.В., Газизянова В.М.
ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ", Казань, Россия

Цель. Анализ величин скорости Na+/Li+-противотранспорта (ПТ) в мембране эритроцита у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в ассоциации с психологическим статусом.

Материал и методы. В исследование вошли 40 пациентов с ХСН и алекситимией обоих полов старше 60 лет. В основе ХСН в 92% случаев была артериальная гипертония (АГ), в 82% – ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее сочетание с АГ. Для определения Na+/Li+-ПТ в мембране эритроцита был использован метод M. Canessa. Оценивались: качество жизни (КЖ) – Миннесотским опросником, когнитивные нарушения (КН) – по MMSE, алекситимия – по Торонтской шкале, тревога и депрессия – по госпитальной шкале тревоги и депрессии, стрессоустойчивость – перцептивной оценкой типа стрессоустойчивости и, совладающее со стрессом поведение, – по тесту копинг-поведения Т.А. Крюковой.

Результаты. При анализе величин скорости Na+/Li+-ПТ в 45% прослеживались диапазоны IV квартиля, в 27,5% – II и III квартилей. Распределение сочетания АГ и ИБС по квартилям: IV – 78% случаев, II – 64%, III – 100%. Артериальная гипертензия без ИБС у больных III квартиля не определялась, во II и IV квартилях – 18% и 22% случаев. Анализ дисперсии функционального класса (ФК) ХСН в квартилях скорости Na+/Li+-ПТ показал наличие IV ФК во II квартиле, III ФК – в основном в III и IV квартилях, больные II ФК были распределены по квартилям равномерно. Качество жизни было выше во II квартиле (44,5 баллов), в III и IV квартилях – 38 и 38,5 баллов соответственно. Пациенты с умеренными значениями скорости Na+/Li+-ПТ не имели когнитивных нарушений, в 43% и 35% встречались субклинически выраженные тревога и депрессия. Больше половины больных были склонны к типу А, копинг-поведение было направлено на преодоление стресса. Пациенты III квартиля в 18% случаев имели легкие КН, тревога и депрессия встречались с одинаковой частотой (75%), к типу А относились 20% пациентов, половина из которых проявляли стрессоустойчивость. Совладающее со стрессом поведение было направлено на поддержание эмоционального равновесия и психические реакции по типу "ухода в болезнь". Пациенты с высокими величинами скорости Na+/Li+-ПТ в основном принадлежали к типу А, у половины была клинически выраженная тревога, 45% страдали депрессией, чаще наблюдались КН и уход от стрессовой ситуации и переживаний ("уход от болезни").

Выводы. Психологические критерии и величина скорости Na+/Li+-ПТ могут применяться как диагностические критерии построения дифференцированной схемы реабилитации больных хронической сердечной недостаточностью и алекситимией.

228 ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Долгополова Д.А.
ГОУ ВПО "Сургутский государственный ХМАО-Югры", Сургут, Россия

Особенности вазореактивности и цереброваскулярного кровотока при сочетании артериальной гипертензии и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) остаются недостаточно изученными и не находят отражения в рекомендациях по тактике ведения данной категории пациентов. Среди механизмов

цереброваскулярных нарушений у больных ХОБЛ рассматриваются системная артериальная гипертензиея, хроническая гипоксия, гиперкоагуляция, эндотелиальная дисфункция.

Цель исследования: изучение состояния брахиоцефальных сосудов, цереброваскулярного кровотока и прогнозирование кардиоваскулярных катастроф у больных ХОБЛ на основе оценки суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.

Материалы и методы. Определен сердечно-сосудистый риск у больных ХОБЛ по шкале SCORE и изучено состояние брахиоцефальных сосудов и цереброваскулярный кровоток по результатам ультразвукового исследования сосудов и цветного допплеровского картирования у больных ХОБЛ при различном уровне сердечно-сосудистого риска. На первом этапе был сформирован объект исследования. Критерии включения: верифицированная по данным клинического и спирографического исследования ХОБЛ, мужской пол, возраст до 80 лет. На втором этапе был проведен анализ 140 историй болезни (n=140) больных ХОБЛ в возрасте от 39 до 78 лет, из которых 80 пациентов (n=80) находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Сургутской окружной клинической больницы (СОКБ), а 60 больных (n=60) наблюдались в клинико-диагностической поликлинике СОКБ амбулаторно в течение 2010 года. У данной группы обследуемых по шкале SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation), рекомендованной Европейским обществом кардиологов (2003), в которой учитывается пол, возраст, уровень систолического артериального давления и общего холестерина, статус курения, был оценен суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Далее в селективной группе больных (n=72) было проведено углубленное инструментальное обследование, включающее ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов и цветное допплеровское картирование, спирографическое, эхокардиографическое исследования с целью выявления дополнительных факторов цереброваскулярного риска у данной категории больных.

Статистическую обработку данных производили с помощью программы Mc Exell 2007,"Statistica 6.0".

Результаты и выводы. Среди пациентов с ХОБЛ 52% (n=74) относилось к группе высокого сердечно-сосудистого риска, определенного по шкале SCORE. Среди факторов риска преобладали курение, возраст. Атеросклеротические изменения сонных артерий выявлены у 39,3% (n=55) обследуемых. Отмечено увеличение ТИМ до 1,3±0,01мм и среднего количества атеросклеротических бляшек до 2,0±0,01 у пациентов с умеренным и очень высоким коронарным риском. Наиболее значимые гемодинамические изменения обнаружены у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска. Установлено, что увеличение размеров правого предсердия у больных ХОБЛ является дополнительным критерием повышения сердечно-сосудистого риска помимо традиционных факторов, которые учитывает шкала SCORE.

229 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСХОДОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧИВШИХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Долотовская П.В., Щетинкина И.Н., Довгалевский Я.П., Фурман Н.В.

ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель исследования: анализ в реальной клинической практике гендерных особенностей исходов инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST) у больных, получивших тромболитическую терапию (ТЛТ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 367 больных ИМпST, последовательно поступавших в отделение неотложной кардиологии, из них мужчин 278, женщин 99. Диагноз ИМпST устанавливался в соответствии с рекомендациями ВНОК, лечение было стандартным, соответствовало рекомендациям ВНОК и включало применение антиагрегантов, антикоагулянтов, блокаторов бета-адренорецепторов, статинов, ингибиторов АПФ и др. с учётом показаний/ противопоказаний.

ТЛТ на догоспитальном этапе проведена у 190 пациентов (146 мужчин и 44 женщины), в стационаре у 177 (132 мужчины, 45 женщин). В обеих группах женщины были старше мужчин в среднем на 10,6 лет.

Оценивали частоту летальных исходов в период госпитализации и через 12 месяцев (телефонный контакт с пациентом/ родственниками пациента).

Результаты. Общая госпитальная летальность больных, получивших ТЛТ на догоспитальном этапе, составила 7,9%, в группе госпитальной ТЛТ 10,0%, летальность в течение 12 месяцев 4,6% и 5,6% соответственно. При этом в обеих группах госпитальная летальность среди женщин была существенно выше, чем среди мужчин: 18,2% и 4,8% (8 женщин и 7 мужчин) при проведении ТЛТ на догоспитальном этапе и 13,3% и 9,1% (6 женщин и 12 мужчин) при ТЛТ в стационаре. Тенденция к меньшей частоте летальных исходов среди мужчин прослеживалась и в течение 12 месяцев после ИМ. В группе догоспитальной ТЛТ скончалось 5,7% женщин и 4,3% мужчин, в группе госпитальной ТЛТ 7,7% и 5,8% соответственно. Среди причин смерти женщин существенно выше была частота разрывов миокарда свободной стенки левого желудочка. Среди мужчин – кардиогенный шок. Тяжёлая фоновая патология (сахарный диабет, перенесённый инсульт, сердечная недостаточность) встречалась у 23% женщин и у 16% мужчин. Кроме этого, у женщин, по сравнению с мужчинами, было достоверно большее время "симптом-игла" как при догоспитальной ТЛТ, и при ТЛТ в стационаре.

Выводы: Исходы ИМпST в реальной клинической практике у женщин хуже, чем у мужчин, что связано, очевидно, с развитием сердечно-сосудистой патологии в более позднем возрасте, высокой коморбидностью, неблагоприятно влияющей на прогноз, и более поздним обращением за медицинской помощью.

230 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕКОМПАКТНЫМ МИОКАРДОМ

Домницкая Т.М., Родионова С.В.

Кафедра функциональной диагностики ФПК МР РУДН, Москва, Россия

В соответствии с определением и классификацией кардиомиопатий NYHA 2006, некомпактный миокард левого желудочка (НМЛЖ) относится к генетическим кардиомиопатиям и характеризуется гипертрофией миокарда, чрезмерной трабекулярностью с глубокими межтрабекулярными пространствами.

Целью настоящего исследования явилось изучение структурно-функциональных особенностей левого желудочка у детей школьного возраста с использованием ультразвукового исследования сердца.

Материал и методы: материалом настоящей работы явилось исследование 14 детей школьного возраста с НМЛЖ. В первую группу включено 8 детей младшего школьного возраста от 7 до 10 лет, средний возраст которых составил 7,2±2,8, во вторую группу – 6 детей старшего школьного возраста от 11 до 14 лет, средний возраст 12,6±2,9 лет. В обеих возрастных группах отмечалось преобладание мальчиков, 75% и 67%. Сравнение полученных результатов проводилось с контрольными группами: 27 детей младшего школьного возраста, средний возраст 7,4±1,9 лет, 24 ребенка старшего школьного возраста, средний возраст 11,8±3,3 лет. Ультразвуковое исследование сердца проводилось на аппарате "Vivid 7 Dimension" GE. Диагноз НМЛЖ ставился в соответствии с диагностическими критериями E. Oechslin: выявление двухслойной структуры утолщенной стенки левого желудочка – компактного эпикардиального и некомпактного эндокардиального; наличие многочисленных чрезмерно выступающих трабекул с глубокими межтрабекулярными пространствами; диагноз

НМЛЖ ставится при соотношении N/C≥ 2, где N – некомпактный, а С – компактный слой левого желудочка. Верификация данных полученных при ЭхоКГ проводилась с результатами МРТ.

Индекс массы миокарда у детей школьного возраста с НМЛЖ в среднем составил 187,2 г/м^2, максимальная толщина ЛЖ достигала 1,6 и 1,8 см. С наибольшей частотой повышенная трабекулярность выявлялась в области верхушечных сегментов передней, задней, боковой стенки (100%). Высокий процент трабекуляций миокарда отмечался в области переднебоковой и заднебоковой стенок левого желудочка (68%). Значительно реже губчатый миокард выявлялся в базальных отделах левого желудочка (43%). Ни у одного ребенка губчатый миокард не был обнаружен в базальных отделах межжелудочковой перегородки и передней стенки. При ЭхоКГ исследовании выявлены достоверные различия показателей насосной функции: ФВ у больных с НМЛЖ составила 34%, ФУ – 23%, против 67% и 39% соответственно.

У детей школьного возраста с некомпактным миокардом отмечается увеличение толщины миокарда левого желудочка в 2,6 раз, массы миокарда левого желудочка в 2,7 раз по сравнению с контрольной группой. Типичной локализацией некомпактного миокарда левого желудочка является верхушка, боковая, нижняя стенки медиальных сегментов. Патология сопровождается достоверным снижением параметров насосной функции левого желудочка. Для детей школьного возраста характерно два топографических варианта некомпактного миокарда левого желудочка: распространенный, с вовлечением верхушечных, нижних и боковых сегментов (56,9%) и боковой (35,9%).

231 ЗАВИСИМОСТЬ СОКРАТИМОСТИ СЕРДЦА ОТ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Дракина О.В.

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

Цель. Сравнение минутного и ударного насосных индексов (коэффициентов Э. Старлинга) левого и правого желудочков сердца (ИЛЖ, ИПЖ, УИЛЖ, УИПЖ) при изменении частоты сердечных сокращений (ЧСС) пациентов с тяжёлой хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. С 2008 по 2011гг обследован 71 больной с целью выбора метода лечения: медикаментозной терапии, коррекции ритма, трансплантации сердца. Из них 31 пациент обследован по программе “Миррор” в полном объёме с количественной оценкой взаимозависимости клинико-физиологических показателей сердечно-сосудистой системы (ССС). Технология “Миррор” позволяла проводить индивидуализацию моделей ССС, цифровую имитацию кровообращения и выполнять автоматическую поддержку диагностических решений. Контролировались ЧСС, электрокардиограмма (ЭКГ), артериальное давление (АД), давление заклинивания лёгочной артерии ($P_{заклин.}$), центральное венозное давление (ЦВД), ударный индекс (УИ) и др. Рассчитывались ИПЖ и ИЛЖ (см^3/с·м^2 мм.рт.ст.); УИПЖ и УИЛЖ (см^3/м^2 мм.рт.ст.); индексы ударной работы (LVSWI, RVSWI, g·m/m^2) желудочков, фракция выброса (ФВ) и др.

Полученные результаты. В работе проведен анализ взаимосвязи ЧСС с сократимостью (насосные коэффициенты, ФВ) левого и правого желудочков сердца. Группа из 31 пациента разделена на 2 подгруппы. В первую вошли 16 пациентов, у которых ЧСС меньше, чем среднее значение по всей группе (86,5). Во вторую подгруппу вошли 15 пациентов, у которых ЧСС больше, чем среднее значение по всей группе. Аналогично были получены подгруппы при делении по показателям: ИЛЖ, ИПЖ, УИЛЖ, УИПЖ. Цель деления – выяснить роль влияния изменения ЧСС на насосные коэффициенты и ФВ. Аналогично, при делении по другим вышеопределённым показателям мы надеялись получить роль каждого показателя в патологическом состоянии сердца. Так в подгруппе, у которой ЧСС меньше среднего, её среднее значение составила 68,4 (на 21% меньше). В подгруппе, в которой ЧСС больше среднего, ЧСС составила 105,7 (на 22% больше). При сравнении показателей этих подгрупп между собой (△=[П ($ЧСС_Б$)-П ($ЧСС_М$)]/П ($ЧСС_С$)%) выявлены достоверные и значимые (более 40%) различия между значениями в подгруппах: УО (△=-42,7%), УИ (△=-38,4), УИЛЖ (△=-52,9%), УИПЖ (△=-37,9%), LVSW (△=-53,8), LVSWI (△=-49,7). Анализ показал, что минутные индексы желудочков и ФВ изменяются в зависимости от ЧСС. Поэтому их использование для оценки систолической и диастолической функции включает хронотропную составляющую тем большую, чем больше меняется ЧСС. Таким образом, минутные индексы желудочков оказались нерепрезентативными, тогда как ударные индексы – высокочувствительными и специфичными. Аналогичный анализ проведен для ИЛЖ, ИПЖ, УИЛЖ, УИПЖ.

Выводы. Показано, что изменение ЧСС у обследованных больных с тяжёлой хронической сердечной недостаточностью оказывает существенное влияние на УО, УИ, УИЛЖ, УИПЖ, LVSW, LVSWI. Таким образом, разработанная методика и проведенные исследования позволяют определять свойства, ответственные за патологическое изменение функционального состояние миокарда.

232 ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА НЕСТАБИЛЬНЫЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ПРИ ИБС (морфометрическое исследование)

Дробкова И.П., Жданов В.С., Веселова С.П.

ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Нестабильные атеросклеротические бляшки (АБ) коронарных артерий создают угрозу развития инфаркта миокарда. Влияние статинов на процессы стабилизации АБ у больных с хронической формой ИБС в морфологическом аспекте изучено недостаточно. Для количественной характеристики морфологических признаков нестабильных АБ и изучения влияния статинов используется индекс нестабильности (ИН), который представляет собой отношение суммарного содержании липидов (ЛП) и макрофагов (Мф) к суммарному содержанию гладкомышечных клеток (ГМК) и коллагеновых волокон (КЛ) в атеросклеротической бляшке. ЛП и Мф являются дестабилизирующими АБ факторами, а ГМК и КЛ, напротив, стабилизируют ее.

Цель: идентифицировать нестабильные атеросклеротические бляшки на основе определения ИН и изучить влияние статинов на процессы их стабилизации.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили эндартерэктомированные сегменты коронарных артерий у мужчин 45-65 лет, взятые при аорто-коронарном шунтировании, из них 30 больных получали статины, 22 человека их не получали. Для определения индекса нестабильности АБ на криостатных срезах выявляли липиды (окраска жировом красным О), макрофаги (гистохимическая реакция на кислую фосфатазу), ГМК (реакция на НАДН-диафоразу) и коллагеновые волокна (окраска по Массону). Количественная оценка изучаемых структурных компонентов АБ проводилась методом компьютерной морфометрии тканей с использованием системы цифровой обработки и анализа изображений (Фотошоп 7). Площадь, занятая указанными компонентами, представлена в процентах от площади АБ.

Результаты. Атеросклеротические бляшки с ИН >1 оценивали как нестабильные. Показано, что ИН нестабильных АБ в коронарных артериях больных, не получавших и получавших статины, составлял соответственно 2,5 и 1,9, т. е. индекс снижался на 25%. Анализ изменений изученных структурных компонентов нестабильных АБ свидетельствует, что дестабилизирующий бляшку комплекс, состоящий из липидов и макрофагов, значительно уменьшался при лечении статинами: площадь липидов сокращалась на 30%,

макрофагов – на 23%. Изменения в содержании стабилизирующих АБ структурных компонентов– ГМК и коллагеновых волокон под влиянием статинов не являлись статистически значимыми.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о выраженном стабилизирующем эффекте статинов на нестабильные АБ в коронарных артериях: ИН атеросклеротических бляшек значительно уменьшался при лечении препаратами статинового ряда. Стабилизация нестабильных АБ обеспечивалась за счет уменьшения содержания липидов и макрофагов, содержание стабилизирующих структур бляшки (ГМК и КЛ) существенно не изменялось.

233 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дроботя Н.В., Щенятская И.В., Камышанский О.А., Калтыкова В.В.

ГОУ ВПО "Рост ГМУ Минздравсоцразвития России", Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования состояла в изучении распространенности и выявлении наиболее типичных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц молодого возраста с предгипертонией (ПГ) и артериальной гипертонией (АГ) и оценке эффективности немедикаментозной коррекции этих состояний.

Методы исследования. В основу работы положены результаты обследования 2244 студентов в возрасте от 18 до 25 лет. Объем диагностических исследований соответствовал Рекомендациям ВНОК по диагностике, лечению и профилактике АГ (2008). Наличие факторов риска ССЗ устанавливали с помощью анкетирования и соответствующих индексов. В дальнейшем из когорты обследованных была выделена группа студентов-добровольцев (279 человек), с которыми проводилась работа по коррекции модифицируемых факторов риска. Продолжительность проспективного наблюдения и оценка эффективности немедикаментозной коррекции ПГ и АГ составила три года.

Полученные результаты указывали на то, что среди обследованных, наряду с нормотониками, выявлялись лица с высоким нормальным артериальным давлением (АД), соответствующим ПГ (21% от общего количества), а также молодые люди с АГ (15,9% случаев). В группах молодых людей с ПГ и АГ были представлены все основные модифицируемые факторы риска. Наибольшее количество лиц с высокими значениями индекса массы тела выявлялось в группе АГ, а абдоминальное ожирение отмечалось у 1% юношей, 7,4% девушек с ПГ и 5% юношей, 14,8% девушек с АГ. Факт табачной зависимости был установлен у 22,1% обследованных с ПГ и у 19,6% лиц с АГ. Максимальный процент молодых людей с подозрением на алкогольную зависимость выявлен в группе лиц с АГ (9,8% юношей и 3,7% девушек). Низкая двигательная активность имела место у 33,6% юношей и 36,7% девушек с АГ. И в группе ПГ, и в группе АГ нами был выявлен немалый процент молодых людей, имевших 3 и более факторов риска. Так, 4% юношей и девушек, отнесенных к группе ПГ, имели 4 фактора риска, а в группе АГ количество молодых людей с 3-мя и более факторами риска составило 18,3%. Наиболее часто встречающейся комбинацией факторов риска являлось сочетание курения, употребления алкоголя и низкой физической активности. Проведение комплекса мероприятий, направленных на модификацию образа жизни, позволило к концу 3-х летнего периода наблюдения констатировать достоверное снижение систолического АД в группе ПГ со 132,6±1,7 мм рт.ст. до 123,0±7,7 мм рт.ст., а в группе АГ – со 147±8,79 мм рт. ст. до 130±6,03 мм рт. ст. ($p \leq 0,05$). Немедикаментозная коррекция факторов риска способствовала снижению АД (до уровня нормального АД и ПГ) у 44,8% молодых людей с исходно диагностированной АГ, а также приводила к снижению АД до нормальных и оптимальных значений у 68% лиц с ранее установленной ПГ.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о значительной распространенности ПГ и АГ, а также сопутствующих им факторов риска у молодых людей обоего пола. Своевременная коррекция модифицируемых факторов риска обеспечивает нормализацию АД, снижая, таким образом, риск развития ССЗ и их осложнений.

234 ВЛИЯНИЕ ПРЕРЫВИСТОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дубовик Т.А.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Республика Беларусь

Целью работы явилось изучение влияния курса прерывистой нормобарической гипокситерапии (ПНГ) на функциональное состояние эндотелия у больных ишемической кардиомиопатией (ИКМП), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН), при подготовке к операции коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов мужского пола с ИКМП (n=30 в основной и контрольной группах). Все пациенты имели фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) < 35% и II-IV стадию ХСН по NYHA. Пациентам основной группы на этапе подготовки к КШ проводили курс ПНГ с использованием установки "Био-Нова-204G1". Операция КШ проводилась при наличии достаточного объема гибернирующего миокарда – >50% миокарда с накоплением радиофармпрепарата >50%. Всем была выполнена коронароангиография, эхокардиография, сцинтиграфия миокарда, ультразвуковое исследование плечевой артерии на фоне теста с реактивной гиперемией. Исследовалась концентрация эндотелина-1 (ЭТ-1, пг/мл), мозгового натрийуретического пептида (BNP, пг\мл), фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α, нг/мл), интерлейкина-6 (ИЛ-6, пг/мл), гомоцистеина (пг/мл).

Результаты. Исходная тяжесть ХСН в основной и контрольной группах определялась нарушением контрактильной функции ЛЖ (ФВ ЛЖ составила соответственно 29,33±1,23% и 29,06±1,32%) на фоне дилатации полости ЛЖ и изменения функционального состояния эндотелия. Уровень Э-1 в основной и контрольной группах составил соответственно 1,14±0,18 и 1,17±0,22, ФНО-α – 24,3±9,74 и 22,26±7,65, ИЛ-6- 6,59±0,69 и 5,96±3,18, гомоцистеина 15,69±1,2 и 15,9±1,22). После курса ПНГ отмечалось достоверное снижение уровня Э-1 с 1,14±0,18 до 0,78±0,16, ФНО-α -с 24,3±9,74 до 13,21±10,11, ИЛ-6- с 6,59±0,69 до 5,15±1,33, гомоцистеина с 15,69±1,2 до 13,3±0,94). Достоверно изменились параметры системного кровотока: диаметр плечевой артерии после пробы с реактивной гиперемией увеличился с 4,6±0,13 до 4,96±0,14, снизился индекс периферического сопротивления с 1,17±0,34 до 0,88±0,02 и увеличился индекс пульсации с 3,97±1,36 до 4,75±0,99. Основная группа характеризовалась более благоприятным течением периоперационного периода: достоверно реже встречалась фибрилляции желудочков в ходе восстановления сердечной деятельности после ИК и количество периоперационного инфаркта миокарда, сохранялась положительная динамика в изменении функционального состояния эндотелия по сравнению с группой контроля.

Заключение. Использование ПНГ у пациентов с ИКМП, осложненной ХСН, при подготовке к операции КШ, при условии наличия достаточной массы жизнеспособного миокарда, позволяет улучшить функциональное состояние эндо-

телия и тем самым обеспечить более благоприятное течение периоперационного периода и прогноз у этой тяжелой категории пациентов.

235 ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Дударев М.В., Гайсина Э.Ш.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития, Ижевск, Россия

Цель исследования – выявление активности воспаления, дисфункции эндотелия и субклинического поражения почек у больных стабильной стенокардией (ССН) пожилого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 187 больных ССН 2 и 3 функционального класса (ФК) (46 мужчин, 141 женщина), средний возраст пациентов – 67,56±0,69 лет. Изучались показатели острой фазы воспаления (СРБ, фибриноген, неоптерин). Исследование эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) проводили методом ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) плечевой артерии (ПА), толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) определяли по общей сонной артерии (ОСА) на 1-1,5 см проксимальнее бифуркации. Для выявления субклинического поражения почек использовали разные методы: оценивалось отношение альбумин/креатинин в утренней моче, клиренс креатинина (ККр) рассчитывался по формуле Кокрофта-Голта, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле MDRD.

Результаты. Сывороточное содержание неоптерина у пожилых составило 16,91(10,28; 25,13) нмоль/л. У 25% больных ССН старше 60 лет зарегистрирован повышенный уровень СРБ (среднее значение СРБ – 5,79±1,03 мг/л). Содержание фибриногена не превышало референтные значения (3,69(3,0; 4,20) г/л).

ККр у пожилых больных составил 53,66±1,19 мл/мин, при этом снижение ККр <80 мл/мин выявлено у 93,13±2,0%. У возрастных больных зарегистрирована низкая СКФ (MDRD) (55,61±0,90 мл/мин/1,73 м^2), СКФ<60 мл/мин/1,73 м^2 выявлено у 73,68±3,37%. На основании определения альбумин/креатинин в утренней порции мочи микроальбуминурия была диагностирована у 88,00±6,50% пожилых (среднее значение – 11,94 (6,23; 12,43) мг/мкмоль). У пациентов с низкой СКФ выявлены повышенные уровни маркеров воспаления – неоптерина (17,26±1,85 vs 12,09±2,65 нмоль/л, p<0,05), фибриногена (3,80±0,11 vs 3,50±0,11 г/л, p<0,05). У возрастных пациентов с высокими показателями экскреции альбумина с мочой наблюдалось снижение ЭЗВД в пробе с реактивной гиперемией (5,76±0,49 vs 9,00±0,99%, p<0,05) и утолщение комплекса интима-медиа (1,13±0,03 vs 0,95±0,05 ммоль/л, p<0,05), в сравнении с больными, альбуминурия которых не превышает рекомендуемые значения.

Выводы. У больных пожилого возраста ССН протекает на фоне системного воспаления, характерна генерализованная дисфункция эндотелия и поражение почек. Функциональное состояние почек пожилых характеризуется как "почечное повреждение с умеренным снижением СКФ" и соответствует 3 стадии хронической болезни почек, требующей динамичного наблюдения, профилактики возможных сердечно-сосудистых осложнений.

236 ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ У ЖЕНЩИН

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ "Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования – изучить у женщин продолжительность комплекса QRS без нарушения внутрижелудочковой проводимости и определить их оптимальные значения по кривым дожития.

Материалом работы послужили данные, полученные у 5597 женщин в возрасте от 15 лет и старше. Всем женщинам проведено комплексное обследование, включающее регистрацию ЭКГ покоя в 12-ти общепринятых отведениях. Была сформирована группа здоровых женщин в возрасте старше 59 лет (n=387), за которыми осуществляли мониторинг фатальных событий на протяжении 10-13 лет с момента включения в исследование. В зависимости от продолжительности комплекса QRS все женщины были распределены на 5-ть групп: 1-я группа – продолжительность QRS до 0,075 (n=27); 2-я группа – от 0,075 с до 0,084 с (n=87); 3-я группа – от 0,085 с до 0,094 с (n=127); 4-я группа – от 0,095 с до 0,104 с (n=129) и 5-я группа – от 0,105 с до 0,114 с (n=17). Учитывая малое количество женщин 1-й и 5-й групп, при данном шаге группировки, мы из дальнейшего анализа их исключили. 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. Средний возраст женщин на момент включения в исследование составил 67,7±4,8 лет (Me 67 лет; интерквартильный размах от 64 до 71 лет). Из них за 10-13 лет наблюдения умерло 71 (32,8%); выбыло 9 женщин (4,2%) и на окончание исследования под наблюдением осталось 136 женщин (63%). Средние значения возраста женщин на момент включения в исследование 2-й группы составили 67,8±5,0 лет (Me 67 лет; интерквартильный размах от 64 до 71 лет). Средний возраст женщин 3-й группы составил 66,6±4,7 лет (Me 67 лет; интерквартильный размах от 63 до 70 лет) и в 4-й группе – 67,6±4,7 лет (Me 67 лет; интерквартильный размах от 64 до 71 лет). Результаты анализа по Kaplan-Meier показали, что наилучшая выживаемость наблюдается у женщин 3-й группы со значениями продолжительности комплекса QRS от 0,085 с до 0,094 с. Кривые выживаемости женщин 2-й и 4-й групп совпали, что позволило нам объединить их в одну группу. В результате этого в последующем анализе выживаемости мы сравнивали две группы женщин: одна группа женщин с продолжительностью комплекса QRS от 0,085 с до 0,094 с; другая группа женщин имела продолжительность комплекса QRS от 0,075 с до 0,085 с и от 0,095 с до 0,104 с. Кривые выживаемости сравниваемых двух групп женщин расходятся с самого начала и имеют статистически значимые различия (Cox's F-Test: p=0,041).

Выводы. 1. Наилучшая выживаемость наблюдается у женщин с продолжительностью комплекса QRS от 0,085 с до 0,094 с (p=0,041).

2. Продолжительность комплекса QRS от 0,085 с до 0,094 с предлагаем рассматривать в качестве оптимальных значений для здоровых женщин в возрасте от 60 лет и старше.

237 К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ У МУЖЧИН

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ "Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования – изучить среди мужчин продолжительность комплекса QRS без нарушения внутрижелудочковой проводимости и определить их оптимальные значения по кривым выживаемости.

Материалом работы послужили данные, полученные у 2930 мужчин в возрасте от 15 лет и старше. Всем мужчинам проведено комплексное обследование, включающее регистрацию ЭКГ покоя в 12-ти общепринятых отведениях. Была

сформирована группа здоровых мужчин в возрасте от 40 до 85 лет (n=567), за которыми осуществляли мониторинг фатальных событий на протяжении 10-13 лет с момента включения в исследование. В зависимости от продолжительности комплекса QRS все мужчины были распределены на 3 группы: 1-я – продолжительность QRS до 0,085 (n=88); 2-я – от 0,085 с до 0,094 с (n=169); 3-я – от 0,095 с до 0,114 с (n=310). 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. Средний возраст мужчин на момент включения в исследование составил 57,5±10,8 лет (Me 57 лет; интерквартильный размах от 48 до 67 лет). Из них за 10-13 лет наблюдения умерло 194 (34,2%); выбыли 50 мужчин (8,8%) и на окончание исследования под наблюдением осталось 323 мужчины (57%). Средние значения возраста у мужчин, на момент включения в исследование, 1-й группы составили 58,7±11,2 лет (Me 56,5 лет; интерквартильный размах от 49 до 69 лет); 2-й группы – 57,7±10,9 лет (Me 58 лет; интерквартильный размах от 47 до 66 лет) и 3-й группы – 57,0±10,7 лет (Me 57,5 лет; интерквартильный размах от 48 до 65 лет). Несмотря на то, что вторая группа мужчин оказалась старше по возрасту (по медиане), тем не менее, результаты анализа выживаемости по Kaplan-Meier свидетельствуют о наилучшей выживаемости этой группы мужчин (QRS от 0,085 с до 0,094 с включительно). Достоверность различий трёх кривых составила 0,089. Кривые выживаемости мужчин 1-й и 3-й групп совпали, что позволило нам объединить их в одну группу. В результате этого в последующем анализе выживаемости мы сравнивали две группы мужчин: одна группа с продолжительностью комплекса QRS от 0,085 с до 0,094 с включительно; другая, объединённая группа (Me 57 лет; интерквартильный размах от 48 до 67 лет), имела продолжительность комплекса QRS до 0,085 с и от 0,095 с до 0,114 с. Кривая выживаемости группы мужчин с продолжительностью комплекса QRS от 0,085 до 0,095 с располагается выше кривой выживаемости объединённой группы (QRS до 0,085 с и от 0,095 до 0,114 с). Кривые выживаемости имеют значимые различия (Gehan's Wilcoxon Test: p=0,042; Cox's F-Test: p=0,027; Peto Wilcoxon Test: p=0,043).

Выводы. 1. Наилучшая выживаемость наблюдается у мужчин с продолжительностью комплекса QRS от 0,085 с до 0,094 с включительно.

2. Продолжительность комплекса QRS от 0,085 с до 0,094 с включительно предлагаем рассматривать в качестве оптимальных значений для здоровых мужчин в возрасте от 40 до 85 лет.

238 ПРОБЛЕМЫ В ОЦЕНКЕ ЗНАЧЕНИЙ ИНТЕРВАЛА QTc ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ АВТОМАТИЧЕСКОМ СПОСОБЕ ИЗМЕРЕНИЯ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ "Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования – изучить частоту совпадений и расхождений продолжительности измеренного, корригированного интервала QT (ПИQTc) на электрокардиограмме (ЭКГ) при "ручном" и автоматическом способах измерения.

Материалы и методы. Анализу подверглись 8940 поверхностных ЭКГ покоя в 12-ти общепринятых отведениях зарегистрированных у женщин 15 лет и старше. Сравнительному анализу подверглись данные автоматического измерения интервалов: QTизм; QTc со значениями полученными при "ручном" способе измерения. Расчёт всех интервалов проводили во II стандартном отведении. Для большей точности "ручного" способа измерения все ЭКГ были переведены в электронный формат с последующим их измерением с помощью электронной линейки. Критериями исключения для расчёта ПИQ-T являлись случаи регистрации на ЭКГ: 1) продолжительности комплекса QRS более 0,11 с.; 2) феномене WPW; 3) наличии артифициальной ЭКГ; 4) трепетании и фибрилляции предсердий; 5) двух водителях ритма на одной записи; 6) аллоритмированной экстрасистолии; 7) изоэлектричном зубце T. Q-Tc рассчитывали по формуле H. Bazett (1920). За полное совпадение результатов измерений принимали значения до тысячной доли секунды.

Полученные результаты. Из зарегистрированных 8940 мы исключили 2421 ЭКГ и анализ проводился на 6516 ЭКГ. Полностью совпали значения QTизм при автоматическом и "ручном" способах измерения в 4,1% случаев. При автоматическом способе измерения в 83,9% QTизм был занижен, а в 12% случаев был завышен по сравнению с "ручным" способом. Наибольший интерес представляет анализ QTc. Полностью совпали значения QTc при автоматическом и "ручном" способах измерения в 4,1% случаев. При автоматическом способе измерения в 83,8% QTc был занижен, а в 12,1% случаев был завышен по сравнению с "ручным" способом. С практической точки зрения важным является не пропускать случаи удлинения интервала 450 мс и более. Поэтому мы провели анализ случаев удлинения интервала QTc "ручным" способом и сравнили полученные значения при автоматическом способе измерения. Случаи удлинения интервала 450 мс и более были зарегистрированы на 435 ЭКГ. Автоматический же измеритель интервала зарегистрировал удлинение в 361 случае (83,0%). А среди 74 случаев удлинения, он не был зарегистрирован автоматическим способом, т. е. в каждом пятом случае. Анализ занижения для 74 случаев показал, что в 56,8% автоматический способ измерения занижал до 30 мс. В то же время из 5852 ЭКГ значения ПИQTc менее 450 мс при "ручном" способе измерения, автоматическим способом получено 1016 ЭКГ с ПИQTc более 450 мс, т. е. аппарат завышал значения.

Выводы. 1. Совпадение значений QTc при автоматическом и "ручном" способах измерений составило 4,1% случаев. 83,8% случаев QTc при автоматическом способе был занижен, а в 12,1% случаев был завышен по сравнению с "ручным" способом.

2. При значениях ПИQTc 450 мс и более автоматический способ занижает в 20,5% случаев.

3. При значениях ПИQTc менее 450 мс автоматический способ завышает в 17,4% случаев.

239 К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ ИЗМЕРЕНИЯ "РУЧНЫМ" СПОСОБОМ ИНТЕРВАЛА QT НА ЭКГ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ "Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования – изучить причины расхождений продолжительности измеренного, корригированного интервала QT (ПИQTc) на электрокардиограмме (ЭКГ) при "ручном" и автоматическом способах измерения.

Материалы и методы. Анализу подверглись 5145 поверхностных ЭКГ покоя в 12-ти общепринятых отведениях зарегистрированных у мужчин 15 лет и старше. Сравнительному анализу подверглись данные автоматического измерения интервалов QTизм; QTc со значениями полученными при "ручном" способе измерения. Расчёт всех интервалов проводили во II стандартном отведении. Для большей точности "ручного" способа измерения все ЭКГ были переведены в электронный формат с последующим их измерением с помощью электронной линейки. Критериями исключения для расчёта ПИQ-T являлись случаи регистрации на ЭКГ: 1) продолжительности комплекса QRS более 0,11 с.; 2) феномене WPW; 3) наличии артифициальной ЭКГ; 4) трепетании и фибрилляции предсердий; 5) двух водителях ритма на одной записи; 6) аллоритмированной экстрасистолии; 7) изоэлектричном зубце T. Q-Tc рассчитывали по формуле H. Bazett (1920).

Полученные результаты. Из зарегистрированных 5145 мы исключили 1220 ЭКГ и анализ проводился на 3925 ЭКГ. Полностью совпали значения QTизм при автоматическом и "ручном" способах измерения в 4,3% случаев. При автоматическом способе измерения в 83,8% QTизм был занижен, а в 11,9% случаев был завышен по сравнению с "ручным" способом. Полностью совпали значения QTc при автоматическом и "ручном" способах измерения в 4,3% случаев. При автоматическом способе измерения в 83,1% QTc был занижен, а в 12,6% случаев был завышен по сравнению с "ручным" способом. С практической точки зрения важным является не пропускать случаи удлинения интервала 440 мс и более. Поэтому мы провели анализ случаев удлинения интервала QTc "ручным" способом и сравнили полученные значения при автоматическом способе измерения. Случаи удлинения интервала 440 мс и более были зарегистрированы на 294 ЭКГ. Автоматический же измеритель интервала зарегистрировал удлинение в 234 случаев (79,6%). А среди 60 случаев удлинения, он не был зарегистрирован автоматическим способом, т. е. в каждом пятом случае. Анализ занижения для 60 случаев показал, что в 58,3% автоматический способ измерения занижал до 30 мс. В то же время из 3640 ЭКГ значения ПИQTc менее 440 мс при "ручном" способе измерения автоматический способ "выявил" удлинение на 632 ЭКГ, т. е. аппарат завышал значения. Анализ расхождений в измерениях интервала QT "ручным" и автоматическим способах показал, что в 35% случаях ошибка измерений связана с нечёткостью начала комплекса QRS/зубца R; в 25% случаях – нечёткость окончания зубца Т; в 15,1% случаев – низкая амплитуда зубца Т; в 13,3% случаев – альтернация зубца Т в измеряемом отведении; в 3,3% случаев – нечёткость как начала комплекса QRS/зубца R, так и окончания зубца Т. В 8,3% случаев мы не смогли определить причины расхождений.

Выводы. Несмотря на постоянное развитие и совершенствование технических средств измерения и обязательно должен использоваться при анализе ЭКГ.

240 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНЫХ ФОРМ СТЕНОКАРДИИ

Дурнецова О.С., Морозова Т.Е.
ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: изучить структуру назначений лекарственных средств (ЛС) при ишемической болезни сердца (ИБС), стабильной стенокардии в амбулаторной практике и оценить эффективность бета-адреноблокаторов (БАБ) с точки зрения современных стандартов.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе 2 поликлиник центрального округа г. Москва. Ретроспективно оценивались амбулаторные карты пациентов с ИБС, стабильной стенокардией, наблюдавшихся в данных поликлиниках не менее года. Учитывались демографические данные пациентов, основной диагноз, осложнения, сопутствующие заболевания, назначенные лекарственные средства с указанием дозы и кратности приема.

Результаты исследования. Были проанализированы амбулаторные карты 114 пациентов (50 женщин, 64 мужчин, средний возраст пациентов составил 77,8±8,58 лет). У этой группы пациентов стенокардия напряжения ФК I была зарегистрирована в 3,9%, ФК II в 54,3%, ФК III в 40,0%, ФК IV в 0,9% случаев; инфаркт миокарда в анамнезе встречался у 7% пациентов. Из сопутствующих заболеваний артериальная гипертония (АГ) I степени повышения АД отмечена у 35%, АГ II ст. у 21%, АГ III ст. у 14% пациентов, ХОБЛ у 14%, сахарный диабет 16,7% пациентов. Антигипертензивную терапию иАПФ или блокаторами АРА получали 65,79%; терапию нитратами, в т.ч. короткого действия получали 24,56% пациентов. Терапию БАБ получали 43,85% пациентов. Из них бисопролол был назначен 29,63%, меторолол 24,07%, атенолол 20,37%, небиволол 11,1%, карведилол 7,4% пациентов в среднесуточных дозах 3,85±2,36, 60±24,32, 53,4±39,56, 4,58±1,02, 7,81±3,13 мг соответственно. В результате анализа было выяснено, что ЧСС ср. у данной группы пациентов составила 71,24 уд/мин.; значения ЧСС, рекомендуемые пациентам с ИБС (менее 70 уд/мин) были достигнуты лишь у 26,5% пациентов. Значение САД ср. составило 141,77 +21,7 мм рт. ст., ДАД ср. 81,38+12,2 мм рт. ст.; целевой уровень АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) был достигнут у 33,3% пациентов. Анализ терапии показал, что в 7,89% случаев применялись комбинации ритмурежающих ЛС, однако в 4,02% из общего числа наблюдений, даже комбинация ритмурежающих ЛС не позволила достичь целевых значений ЧСС, а в 42,98% случаев пациентам, несмотря на наличие показаний, вообще не были назначены ритмурежающие ЛС.

Выводы. Таким образом, для лечения ИБС, стабильной стенокардии в амбулаторной практике используется широкий арсенал ЛС различных групп препаратов, однако контроль уровней ЧСС и АД остается недостаточным вследствие назначения низких доз БАБ и других пульсурежающих ЛС, что может быть связано с недостаточным уровнем знаний пациента о целевых значениях ЧСС и АД, низкой приверженностью врача клиническим рекомендациям. Полученные данные могут быть использованы для разработки мероприятий по совершенствованию фармакотерапии ИБС, стабильной стенокардии.

241 КОРРЕЛЯЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ И СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗУБЦА Т В ГРУППАХ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ИБС

Дурнова Н.Ю., Довгалевский Я.П., Бурлака А.Н., Фурман Н.В.
ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель: определить наличие взаимной корреляции показателей временной негомогенности реполяризации и показателей, характеризующих скорость и морфологию зубца Т в группах ПЗЛ и больных ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 248 пациентов. 137 практически здоровых лиц (ПЗЛ) в возрасте от 20 до 60 лет. Из них 76 лиц в возрасте до 35 лет и 61 – в возрасте от 36 лет. В первой возрастной группе мужчин было 59,2% и женщин 40,8%. Во второй возрастной группе мужчин было 54,1%, а женщин 45,9%.

Помимо стандартного обследования всем больным проводился стресс-тест на тредмиле и коронароангиография по методике M.Judkins.

Группу больных ишемической болезнью сердца составили 111 человек. Средний возраст у больных ИБС составил 49,7±7,5 лет. Мужчин было 84 человека, женщин – 27 человек. 46 человек имели II ФК стенокардии, III – IV ФК – 65 человек. У 81 человека диагностирован гемодинамически значимый (≥70%) стеноз и у 30 – гемодинамически не значимый стеноз.

Всем больным проводилась запись 5-минутной ЭКГ во II стандартном отведении с целью сравнительного изучения временных (продолжительность интервала QT и его индексов) и скоростных показателей, оцененных при помощи первой производной зубца Т в группах ПЗЛ и больных ИБС.

Статистический анализ данных проводили при помощи пакетов программы STATISTICA 6,0.При сравнении двух групп статистически значимых считали различия при значениях двухстороннего $p<0.05$.

Результаты. В группе ПЗЛ выявлено отсутствие корреляционной связи между исследуемыми показателями. Однако наблюдалась положительная умеренная корреляционная связь между показателями, характеризующими дисперсию отношения модулей скорости на нисходящем и восходящем колене зубца Т и дисперсией продолжительности интервала QT. Скорее всего, это связано с наличием физиологического разброса интервала RR, а при сравнении этого показателя

с дисперсией QTc, при вычислении которого производится коррекция по синусовой аритмии эта связь исчезает.

В исследуемой группе больных ИБС отмечается наличие разнонаправленной слабой корреляционной связи. И только при сравнении показателей, отражающих модуль скорости нисходящего колена зубца Т (Т2) и дисперсии продолжительности интервала QT наблюдается отрицательная умеренная связь, а при использовании корригированной дисперсии интервала QT эта связь уменьшается до слабой, но сохраняет свой знак. Это также по аналогии с группой ИБС связано с наличием разброса интервала RR.

Выводы. Показатели, характеризующие скоростные и временные параметры реполяризации имеют самостоятельное значение независимо от возраста и пола, также могут использоваться для диагностики ИБС.

242 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Дурова О.А.[1], Ларева Н.В.[1], Щаднева С.И.[1], Горбунов В.В.[2]
[1]ЧГМА, Чита, Россия; [2]ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия

Цель. Оценить уровень информированности пациентов о риске сердечно-сосудистых осложнений при РА и характер проводимых профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проведен опрос 51 больного ревматоидным артритом (РА) по анкете, оценивающей информированность больных о факторах риска ССЗ и показателях собственного здоровья, характер и объем проводимых профилактических мероприятий.

Результаты. Опрошено 45 (88%) женщин и 6 (12%) мужчин. 39 человек (76,5%) знают о повышенном риске ССЗ при РА, из них 19 (48,5%) получили эту информацию от терапевта, 13 (33,5%) узнали самостоятельно из литературы, 6 (15,5%) -от ревматолога, 1 (2,5%) – из интернета. 12 пациентов (23,5%) данной информацией не владеют. Анализ зависимости информированности от уровня образования не выявил статистически значимой разницы между пациентами с высшим образованием и не имеющими такового (p=0,4).

Традиционные факторы риска ССЗ: артериальная гипертензия – у 31пациента (61%), дислипидемия – у 15 (29%); избыточный вес – у 12 (23%), курение – у 10 (19%), сахарный диабет – у 5 (9%). Только 16 человек (31%) знают о влиянии этих факторов на риск развития ССЗ. Получили рекомендации по немедикаментозной профилактике: отказу от курения – 5 человек (50% курящих пациентов), нормализации веса – 4 человека (33%, имеющих избыточный вес). 20 пациентов (64% гипертоников) принимают антигипертензивные препараты, но только 6 из них (30%) считают терапию успешной. Всем пациентам проводилось обследование с целью выявления ССЗ: ЭКГ – 51 человек (100%), ЭХОКГ 40 (80%), липидный спектр – 26 (50%), ХМ ЭКГ– 15 (30%), исследование периферических артерий 17 (33%).

У 38 (74,5%) опрошенных имеются подтвержденные заболевания ССС: 29 (76%) – атеросклероз аорты и периферических артерий, 24 (63%) – ИБС, 10 (26%) – ХСН, 3 (8%) – перенесли ОНМК.. В этой группе о возможной связи ССЗ и РА знают 29 человек (76,5%). 34 человека (89%) не реже 1 раза в год осматриваются кардиологом, 26 (68%)- неврологом, 30% (11 человек) сосудистым хирургом, окулистом. 34 респондента (89%) отметили, что инициатива регулярного направления к узким специалистам принадлежит участковому врачу – терапевту. При этом гиполипидемические препараты получают только 10 человек (26,3%), дезагреганты 12 (31,5%). 13 пациентов (25,5%) не имеют ССЗ. Из них 10 (77%) знают о связи ССЗ и РА и 3 (23%) не знают. В этой группе у всех пациентов имеется хотя бы один фактор ССЗ. Рекомендации по первичной профилактике получили только 3 человека (23%).

Выводы. 1.Большинство больных РА знают о наличии у себя повышенного риска ССЗ, степень информированности не зависит от уровня образования. 2. 60% пациентов получили эту информацию от лечащего врача. 3. Выявлена недостаточная осведомленность больных РА о характере и критериях оценки факторов риска ССЗ. 4. У всех пациентов с РА необходимо активно выявлять и влиять на факторы риска ССЗ, что позволит снизить частоту сердечно- сосудистых катастроф.

243 ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Дурова О.А.[1], Ларева Н.В.[1], Николаева И.И.[2], Сергеева Л.А.[2]
[1]ЧГМА, Чита, Россия; [2]ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь между толщиной комплекса интима-медиа (КИМ) и кардиоваскулярным риском у больных с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Обследовано 60 женщин с РА в возрасте от 32 до 62 лет (средний 47±13,1 года). Диагноз РА верифицирован по критериям АРА (1988 г.). Всем больным проведена оценка 10 – летнего риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по шкале SCORE. Оценка толщины КИМ проводилась на аппарате ACUSON Sequoia на сонных артериях методом дуплексного сканирования.

Результаты. Высокий риск 10- летней смертности от ССЗ выявлен у 20 (33%) женщин (средний возраст 56±6,2 года). Средние показатели суммарного риска в этой группе составили 6,2%. Умеренный риск сердечно – сосудистых осложнений установлен у 18 женщин (средний возраст – 47±5 лет).Средние показатели суммарного сердечно – сосудистого риска 4,1%. Выявлена прямая зависимость степени суммарного сердечно – сосудистого риска от возраста больных (r =0,67, p< 0,05), длительности ревматоидного артрита (r =0,58, p<0,05).

Утолщение КИМ выявлено у 26 женщин (1,03±0,054 мм). Из них у 17 (65%) изменения обнаружены в обеих сонных артериях, в остальных случаях имелось одностороннее утолщение КИМ. Обнаружена положительная корреляция между толщиной КИМ и возрастом (r =0,62, p<0,05), длительностью РА (r =0,47, p<0,05), активностью процесса (оценивался по индексу DAS 28) –r = 0,43, p< 0,05.

Выявлена статистически значимая взаимосвязь между суммарным сердечно – сосудистым риском и толщиной КИМ (r=0,46, p<0,05).

Выводы. Более половины женщин имеют высокий и умеренный риск 10 – летней смерти от кардиоваскулярных осложнений. Отмечена значимая прямая корреляционная зависимость между степенью суммарного риска и продолжительностью РА; толщиной КИМ и длительностью и активностью заболевания, а также зависимость суммарного сердечно-сосудистого риска и изменений в комплексе интима-медиа.

244 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

*Дымова Д.М., Воробьева Ю.А., Яхонтов Д.А.**
КГУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет*, Новосибирск, Россия

Цель. Оценить качество жизни (КЖ) у больных диастолической сердечной недостаточностью различных возрастных групп.

Материал и методы. Оценка КЖ с использованием специализированного Миннесотского опросника проведена у 146 больных диастолической ХСН в возрасте 26-80 лет, распределенных, в зависимости от возраста на две группы. В 1-ю группу вошли 69 пациентов в возрасте 25-64 (49,1±0,5) лет, во 2-ю-77 пациентов в возрасте 65-90 (68,1±0,3) лет с диастолической ХСН II-III ФК NYHA.

Результаты. Анамнестически длительность ХСН была достоверно выше у пациентов 2-й группы (p<0,05). При

проведении тестирования суммарный балл Миннесотского опросника качества жизни оказался достоверно выше у пациентов пожилого возраста (68,7±0,5), чем у пациентов среднего возраста (36,5±0,9; p<0,001). Анализ полученных результатов по подгруппам опросника обнаружил у пациентов пожилого возраста достоверно более высокий балл в 1 подгруппе (12,1±0,3), чем у пациентов среднего возраста (6,8±0,3; p<0,001), что говорит о значительно меньших физических возможностях у данной группы пациентов. Что касается эмоциональных факторов, то суммарный балл в этой подгруппе также был выше у пациентов пожилого возраста (31,8±0,6) против 19,4±0,4 у лиц 1-й группы (p<0,001), что косвенно свидетельствует о повышенной эмоциональности пожилых пациентов в связи с наличием заболевания. Третья подгруппа факторов, характеризующая половую функцию и возможность трудовой деятельности, выявила у пациентов пожилого возраста больший балл (9,3±0,4) в сравнении с лицами среднего возраста (5,3±0,3); p<0,001, что согласуется с естественными физиологическими изменениями в сочетании с имеющейся патологией. Четвертая подгруппа опросника, касающаяся необходимости госпитализации, лечения и побочных действий лекарств, также по абсолютным значениям была выше у пациентов пожилого возраста (13,6±0,4), чем у пациентов 1-й группы (5,3±0,3; p<0,001), что согласуется с более частой декомпенсацией ХСН и потребностью в госпитализациях у пожилых пациентов.

Таким образом, диастолическая дисфункция ЛЖ значительно снижает качество жизни пациентов, особенно пожилого возраста, что ассоциируется с достоверно более высокими баллами всех параметров Миннесотского опросника.

245 СВЯЗЬ ПРЕДИКТОРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ОБЪЕМА МЫШЕЧНОЙ МАССЫ

*Евгеньева А.В., Заводчиков А.А., Лаврухина А.А., *Прокопенко О.Н., Потапова Е.М.*

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия; *Клиническая больница №9, Москва, Россия

Дисфункция эндотелия (ДЭ), увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий и повышение жесткости сосудистой стенки позиционируются как предикторы субклинического развития атеросклероза.

Цель: выявить характер зависимости между уровнем физической активности, оцениваемому по функциональным пробам и объемом мышечной массы, и показателями субклинического атеросклеротического поражения.

Материалы и методы: исследование выполнено на 30 пациентах в возрасте 54±8,5 лет, страдающих хроническими формами ИБС. Все пациенты получали антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, статины; на момент исследования у всех пациентов на фоне лечения достигнуты целевые цифры АД. Всем пациентам проводили определение индекса массы тела (ИМТ) и состава тела с помощью биоимпедансного анализатора внутренних сред организма Диамант – АИСТ мини (Россия). В качестве основных показателей, свидетельствующих об объеме мышечной массы организма, были использованы% активной клеточной массы (% АКМ) и % безжировой массы (%БЖМ) от общей массы тела. Жесткость сосудистой стенки оценивалась по скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического (Сэ, м/с) и мышечного (См, м/с) типов на аппарате Поли-Спектр-СРПВ (Нейрософт, Россия). У всех исследуемых пациентов функция эндотелия оценивалась по эндотелий зависимой вазодилятации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией ("Nemio Toshiba XG"). Для оценки КИМ сонных артерий проводилось ультразвуковое сканирование общей сонной артерии ("Nemio Toshiba XG"). Всем пациента проводилась велоэргометрия (ВЭМ), толерантность к физическим нагрузкам определялась по количеству потребляемого кислорода, при вычислении метаболического эквивалента (МЕТ). Контрольную группу составили 15 пациентов без ИБС сопоставимого возраста.

Результаты. У пациентов с ИБС ИМТ составил 29,3±4,6 кг/м^2,% АКМ и БЖМ – 49,1±4,9 и 77,2±8,2, соответственно. Скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического типа 9,5±2,6 м/с, мышечного 6,2±2,4 м/с, что на 15,2% и 8,9% ниже показателей группы сравнения (p<0,05). Показатель ЭЗВД в группе пациентов с ИБС составил 10,8±8,3%, в группе сравнения 12,5±8,3%. Значения КИМ у пациентов с ИБС и в группе сравнения составили 0,82±0,2 мм и 0,75±0,3 мм, соответственно.

У пациентов, страдающих ИБС дисфункция эндотелия была выявлена у 14 человек (ЭЗВД 5,8±2,4%), у пациентов без ДЭ в той же группе показатель ЭЗВД составил 17,7±6,4%. Однако различия значений КИМ в этих подгруппах не было выявлено (p>0,05). Показатель МЕТ в группе пациентов с ИБС составил 4,2±0,4, что на 8,5% меньше значения группы сравнения (p<0,05).

В ходе исследования наблюдались следующие корреляции – МЕТ и ИМТ (r=-0,45, p<0,05), МЕТ и % АКМ и % БЖМ (r=0,33 и r=0,3, p<0,05), соответственно. Также были выявлена зависимость МЕТ и скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического типа (r=–0,65, p<0,05). Наблюдается прямая зависимость МЭТ и вазомоторной функции сосудистого эндотелия (r=0,69, p<0,05). При этом не было выявлено значимых корреляций МЕТ и толщиной КИМ. Подобные корреляции сохранялись и в группе сравнения у пациентов без ИБС, а также вне зависимости от результата ВЭМ (положительная или отрицательная проба ВЭМ).

Выводы. Толерантность к физической нагрузке, оцениваемая ВЭМ с вычислением МЕТ, в большей степени зависит от объема мышечной массы пациента. С учетом прямо пропорциональной зависимости ЭЗВД и СРПВ от объема мышечной массы, они могут служить независимыми критериями оценки функционального состояния больных с хроническими формами ИБС.

246 ЛОГИКО-ВЕРОЯТНОСТНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ И СОЗДАНИЮ МОДЕЛИ ПРЕДСКАЗАНИЯ ИСХОДОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОБОСТРЕНИЕ ИБС

Евдокимова М.А.[1], Упоров И.В.[2], Курочкин И.Н.[2], Сулимов А.В.[2,3], Втюрина Д.Н.[2,3], Носиков В.В.[4], Затейщиков Д.А.[1] от имени коллектива многоцентрового исследования

[1]Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия; [2]Димонта, ОАО, Москва, Россия; [3]ФГУ "Учебно-Научный Медицинский Центр" УД Президента РФ, [4]ФГУП "ГосНИИ генетика", Москва, Россия

Стратификация риска у пациентов, перенесших обострение ИБС важная и только частично разрешенная клиническая проблема. Трудности в определении прогноза у больных, переживших обострение ИБС, вынуждают к поиску новых факторов риска и разработке новых моделей стратификации риска у этой категории больных.

Целью исследования было создание новой модели, включающей клинические, генетические данные, а также, результаты инструментальных исследований.

Материал и методы исследования. В исследование участвовали 1190 больных (63,3% мужчины) из 7 регионов РФ. Включение больного в исследование проводилось на 10 сутки с момента обострения ИБС при условии стабильного течения заболевания. В ходе наблюдения регистрировались: нефатальный и фатальный ИМ, нефатальный и фатальный инсульт, НС, потребовавшая госпитализации, внезапная коронарная смерть и смерть от других (некардиальных) причин.

Результаты. Средний период наблюдения составил 18 месяцев. База данных исследования содержала 407 переменных, включавших клинические характеристики, особенности образа жизни, данные инструментальных исследований, а, также, 30 полиморфных маркеров генов, кодирующих белки системы гемостаза, факторы воспаления, белки-участники липидного обмена. Байесовский метод был применен для предсказания возможных неблагоприятных исходов. Пациентам исследования был присвоен статус "больной", в том случае, если в течение периода наблюдения у пациента произошло неблагоприятное событие; или "здоровый" если неблагоприятных исходов у пациента не отмечалось. Был проведен анализ кривых выживаемости и определены факторы, связанные с возникновением неблагоприятных исходов. Предсказательная ценность при использование байесовского метода составила (C-statistics=0.59). Было обнаружено, что некоторые факторы (к примеру, генотип FGB-455G/A) оказывают противоположный эффект на возникновение неблагоприятных исходов у мужчин и женщин. При учете половых различий в анализе вероятности неблагоприятных исходов качество прогноза удалось значительно повысить: предсказательная ценность при использование байесовского метода составила (C-statistics=0.67) для мужчин и (C-statistics=0.63) для женщин.

Таким образом, использование метода Байесовских сетей может оказаться полезным в оценке риска неблагоприятных исходов у пациентов, перенесших обострение ИБС, в зависимости от пола.

247 ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ И НЦД: ФОКУС НА ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ И ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ. ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА СТУДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Г. СТАВРОПОЛЯ

Евсевьева М.Е., Никулина Г.П., Ерёмин М.В., Семёнова Ф.С., Шнюков В.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить встречаемость нейро-циркуляторной дистонии (НЦД) среди студентов, её влияние на стресс-устойчивость и другие показатели здоровья, а также возможности её коррекции с помощью препарата Мексикор.

Материал и методы: обследовано в динамике 125 студентов Ставропольской госмедакадемии в возрасте от 20 до 23 лет (юношей 42, девушек 83). Проводилось анкетирование по опроснику Вейна А.В. и шкале стресс-устойчивости, а также оценка конституционально-антропометрических данных, параметров вариабельности сердечного ритма, показателей офисного и мониторного исследования АД, провокационные ЭКГ-пробы. Студентам с признаками НЦД кроме рекомендаций по налаживанию образа жизни (полноценный восьмичасовой сон, активные виды отдыха, рациональные физические нагрузки, полноценное сбалансированное питание, управление стрессом и др.) назначался препарат Мексикор, обладающий антиоксидантным, цитопротекторным и др. действиями по 1 капсуле 100мг дважды в сутки в течении месяца (28 человек). Указанные показатели оценивались до начала терапии и по окончании указанного курса. Группой сравнения служили 22 студента с признаками НЦД, придерживающиеся режимных рекомендаций. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета системы BIOSTAT.

Результаты. Оказалось, что из обследованных студентов почти половина – 58 человек – отличаются наличием признаков НЦД, которая, по мнению опрошенных в большинстве случаев мешала им в прохождении учебного процесса. Среди молодых людей, прошедших курс лечения антиоксидантом мексикором, значительно уменьшились проявления разбитости, вялости, сниженной работоспособности, а также симптомы нейро-вегетативных нарушений. В соответствии с результатами спектрального анализа показатели общей мощности спектра регуляции сердечного ритма увеличилось на 42%, а соотношение волн разных частотных характеристик сдвинулось в положительную сторону у 26 из 28 человек. На фоне приёма препарата становились более стабильные результаты ЭКГ-проб. Количество студентов, у которых указанные пробы оказались положительными через месяц курсового лечения, уменьшилось практически в три раза. В соответствии с результатами анкетного динамического обследования число студентов со значительно и умеренно сниженной стресс-устойчивостью также снизилось в 2,5 раза. Студенты отмечали, что переносимость учебных нагрузок – зачётов, собеседований – повысилась и соответственно, повысилась их успеваемость.

Заключение. Необходимо своевременно выявлять среди студенческой молодёжи лиц, страдающих дисрегуляторными нарушениями по типу НЦД, как фактора, негативно влияющего на уровень их успеваемости и на самочувствие в целом. Использование антиоксиданта Мексикора в виде курсового лечения продолжительностью один месяц способно оказать комплексное положительное влияние на состояние студентов, отличающихся наличием признаков нейроциркуляторной дистонии в сторону улучшения нейровегетативного статуса и повышения их устойчивости к учебному стрессу.

248 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ С УЧЁТОМ МАГНИЕВОГО СТАТУСА

Евсевьева М.Е., Ерёмин М.В., Никулина Г.П., Семёнова Ф.С., Памукчи С.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Актуальность проблемы. Распространённость врожденных нарушений соединительной ткани (СТ) по типу её дисплазии среди детского и молодого контингентов достигает 25-35%, а среди подростков экологически неблагоприятных регионов – до 60%. В силу своей универсальности и повсеместного присутствия СТ при ее врожденной дисфункции, может участвовать в развитии различных заболеваний и, в частности, в появлении нейро-циркуляторной дистонии (НЦД). С другой стороны, доказано, что синтез структур СТ при её дисплазии в значительной степени обусловлен дефицитом магния. Ему же приписывается роль в формировании резистентности к стрессовым воздействиям.

Цель: оценить представленность ДСТ и её взаимосвязь с дефицитом магния, наличием НЦД, уровнем стресс-устойчивости, а также эффективность магнезаместительной профилактической терапии у студентов-медиков.

Материалы и методы исследования. Обследовано 78 студентов в возрасте от 18 до 23 лет (М 22, Ж 36) с помощью фенотипического анализа внешних стигм дизэмбриогенеза, баллированных анкет для предварительной оценки дефицита магния, наличия вегетативной дистонии, уровня стресс-устойчивости, а также нагрузочных ЭКГ-проб и определения внутриклеточного магния. Выявление диспластических синдромов и фенотипов проводилось в соответствии с диагностическими критериями, изложенными в Национальных рекомендациях по наследственным нарушениям СТ (Москва, ВНОК, 2009). Оценивалась также эффективность магний-заместительной курсовой терапии магнеротом по результатам переносимости указанных проб и сессионного стресса. Статистическая обработка проведена с помощью программы STATISTICA версия 6.

Результаты. Обнаружено, что среди обследованных признаки различных диспластических синдромов отмечены у 36,3%, в том числе почти у половины эти синдромы носили диагностический характер. Среди последних доминировали неклассифицируемый фенотип и морфаноидная внешность. Примечательно, что среди студентов с наличием описанных диспластических синдромов и фенотипов скрининговые признаки дефицита магния отмечены в 5,6 раз чаще, чем студентов без указанных проявлений ДСТ. Проведённый среди них анализ крови на уровень внутриэритроцитарного магния показал его снижение в среднем на 31,3% ($P \leq 0,05$) по сравне-

нию с группой контроля, сформированной из части студентов без наличия признаков ДСТ. НЦД и сниженная стрессустойчивость среди диспластиков встречались в 7,2 и 6,4 раза чаще, чем среди лиц без фенотипических изменений. Среди студентов-диспластиков отмечалась худшая переносимость учебного стресса, особенно ощутимая в процессе сессионного периода. Двухмесячный курс превентивной терапии магнеротом привёл к повышению стресс-устойчивости у всех обследуемых студентов, но особенно значимый эффект в этом плане получен среди студентов-диспластиков с признаками магниевого дефицита. Показатели, характеризующие нервно-психический и вегетососудистый статус, отличались максимальными сдвигами в положительную сторону среди указанных студентов.

Выводы. Каждый третий-четвёртый ставропольский студент-медик отличается наличием признаков ДСТ, которая, в свою очередь, ассоциируется с гипомагниемией, НЦД и снижением устойчивости к учебному стрессу. Курсовое превентивное применение магний-содержащего препарата Магнерот у студентов способствует повышению их резистентности к учебным психо-эмоциональным нагрузкам.

249 ЗДОРОВЬЕ-СБЕРЕЖЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ С УЧЁТОМ МАГНИЕВОГО СТАТУСА. ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА СТУДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Евсевьева М.Е., Ерёмин М.В., Никулина Г.П., Семёнова Ф.С., Памукчи С.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Актуальность проблемы. Распространённость врожденных нарушений соединительной ткани (СТ) по типу её дисплазии среди детского и молодого контингентов достигает 25-35%, а среди подростков экологически неблагоприятных регионов – до 60%. В силу своей универсальности и повсеместного присутствия СТ при ее врожденной дисфункции, может участвовать в развитии различных заболеваний и, в частности, в появлении нейро-циркуляторной дистонии (НЦД). С другой стороны, доказано, что синтез структур СТ при её дисплазии в значительной степени обусловлен дефицитом магния. Ему же приписывается роль в формировании резистентности к стрессовым воздействиям.

Цель: оценить представленность ДСТ и её взаимосвязь с дефицитом магния, наличием НЦД, уровнем стресс-устойчивости, а также эффективность магнезаместительной профилактической терапии у студентов-медиков.

Материалы и методы исследования. Обследовано 78 студентов в возрасте от 18 до 23 лет (М 22, Ж 36) с помощью фенотипического анализа внешних стигм дизэмбриогенеза, баллированных анкет для предварительной оценки дефицита магния, наличия вегетативной дистонии, уровня стресс-устойчивости, а также нагрузочных ЭКГ-проб и определения внутриклеточного магния. Выявление диспластических синдромов и фенотипов проводилось в соответствии с диагностическими критериями, изложенными в Национальных рекомендациях по наследственным нарушениям СТ (Москва, ВНОК, 2009). Оценивалась также эффективность магний-заместительной курсовой терапии магнеротом по результатам переносимости указанных проб и сессионного стресса. Статистическая обработка проведена с помощью программы STATISTICA версия 6.

Результаты. Обнаружено, что среди обследованных признаки различных диспластических синдромов отмечены у 36,3%, в том числе почти у половины эти синдромы носили диагностический характер. Среди последних доминировали неклассифицируемый фенотип и морфаноидная внешность. Примечательно, что среди студентов с наличием описанных диспластических синдромов и фенотипов скрининговые признаки дефицита магния отмечены в 5,6 раз чаще, чем студентов без указанных проявлений ДСТ. Проведённый среди них анализ крови на уровень внутриэритроцитарного магния показал его снижение в среднем на 31,3% (P≤0,05) по сравнению с группой контроля, сформированной из части студентов без наличия признаков ДСТ. НЦД и сниженная стрессустойчивость среди диспластиков встречались в 7,2 и 6,4 раза чаще, чем среди лиц без фенотипических изменений. Среди студентов-диспластиков отмечалась худшая переносимость учебного стресса, особенно ощутимая в процессе сессионного периода. Двухмесячный курс превентивной терапии магнеротом привёл к повышению стресс-устойчивости у всех обследуемых студентов, но особенно значимый эффект в этом плане получен среди студентов-диспластиков с признаками магниевого дефицита. Показатели, характеризующие нервно-психический и вегетососудистый статус, отличались максимальными сдвигами в положительную сторону среди указанных студентов.

Выводы: Каждый третий-четвёртый ставропольский студент-медик отличается наличием признаков ДСТ, которая, в свою очередь, ассоциируется с гипомагниемией, НЦД и снижением устойчивости к учебному стрессу. Курсовое превентивное применение магний-содержащего препарата Магнерот у студентов способствует повышению их резистентности к учебным психо-эмоциональным нагрузкам.

250 ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ХАРАКТЕРА ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Евсина М.Г., Поддубная А.В., Хурс Е.М.

ГОУ ВПО УГМА, Кафедра внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии, Екатеринбург, Россия

Вопрос о различиях в механизмах и характере изменений функционального состояния почек и нарушений ренальной гемодинамики у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом остается открытым.

Цель исследования – выявить различия нарушений почечной гемодинамики и функционального состояния почек при диабетической и гипертонической нефропатии.

Материалы исследования. Проведено открытое одномоментное исследование 40 больных артериальной гипертензией (АГ). По признаку наличия у пациентов нарушений углеводного обмена (НУО) было выделено 2 группы: группа 1 (АГ): N =22, 12 мужчин и 10 женщин, больных АГ без НУО, ср.возраст 56,64±6,85 лет, САДср 177,64±25,38 мм рт.ст, ДАДср 102,0±10,73 мм рт.ст, ЧССср 75,18±5,41, индекс массы тела (ИМТ) 32,55±4,76); группа 2 (АГ+СД) – N =18, а 6 мужчин и 12 женщин, больных АГ с СД 2 типа, ср.возраст 57,55±9,89 лет, САДср 160,22±20,65 мм рт.ст, ДАДср 94,11±7,95 мм рт.ст, ЧССср 80,67±11,37, ИМТ 34,69±4,61.

Результаты. Исследованные группы пациентов были сравнимы по возрасту, полу, уровню САДср, ДАДср, ЧССср и ИМТ (p>0,05). В обеих группах не было выявлено значимых нарушений функции почек и уровня креатинина сыворотки крови. Пациенты группы 2 значимо отличались от группы 1 по значениям МАУ (13,1 (10,9;14,9) и 52,9 (34,7;68,4) для групп 1 и 2, соответственно, p<0,05). В группе 2 было выявлено статистически значимое (p<0,05) увеличение среднего значения максимальной скорости почечного кровотока в воротах почки в сравнении с группой 1 (0,41(0,33;0,46) и 0,49 (0,39;0,56) для групп 1 и 2, соответственно p<0,05)). При анализе взаимосвязей между параметрами УВ обмена, функции почек, характеристиками почечной гемодинамикой в группе 2 выявлена умеренная положительная корреляция между СКФ и средним значением толщины паренхимы почечной ткани (r=0,64, p=0,04). В группе 2 наблюдалась зависимость между HbA1C и средним значением Ri в воротах почек (r=0,7, p=0,04). Креатинин крови имел взаимосвязь с толщиной паренхимы в группе 1 (r=0,74, p=0,001), в группе 2 (r=-0,57, p=0,03). В группе 2 показатели СКФ и толщины паренхимы

имели среднюю прямую корреляционную связь (r=0,67, p=0,002). Уровень глюкозы крови натощак и HbA1C имеют тесные отрицательные корреляции с толщиной почечной паренхимы у больных СД (r=-0,72, p=0,01, r=-0,77, p=0,03).

Выводы. У пациентов с диабетический нефропатией параметры ЛСК в почечной артерии в воротах почек имеют более высокое значение, чем у больных гипертонической нефропатией что отражает компенсаторное ускорение кровотока на фоне увеличенного сосудистого сопротивления. Предиктором нарушения функции почек у пациентов с гипертонической нефропатией является снижение толщины почечной паренхимы. У пациентов с диабетической нефропатией глюкоза крови натощак является основным предиктором дисфункции почек и изменения скоростных характеристик почечного кровотока, повышения резистивности почечных артерий. Степень компенсации СД влияет на степень снижения скорости клубочковой фильтрации и уменьшения толщины почечной паренхимы.

251 ДИНАМИКА ЭНДОТОКСИНА, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА И sE-СЕЛЕКТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Егорова Е.Н., Кузьмина М.А., Мазур В.В., Калинкин М.Н., Мазур Е.С.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Целью исследования было изучить динамику уровней эндотоксина (ЭТ), фактора некроза опухоли альфа (ФНОα), растворимой формы Е-селектина (sE-селектина) в крови больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) IIА и IIБ стадий на фоне лечения, направленного на уменьшение венозного застоя в большом и малом круге кровообращения.

Методы исследования. Обследовано 45 больных (мужчин – 31, женщин – 14, средний возраст 61,7±2,8 года) больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН. Уровень эндотоксинемии определяли хромогенным LAL-тестом по конечной точке, используя тест-систему фирмы Charles River Endosafe® (США). Концентрацию ФНОα, sE-селектина в плазме крови исследовали методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем производства Bender MedSystems® (Австрия).

Результаты. На основании клинического, эхокардиографического и лабораторного исследования (уровень аминотерминального мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP)), среди больных ПИКС у 26 человек была диагностирована IIА стадия ХСН, у 19 пациентов – IIБ стадия ХСН. Исследование показало, что уровни ЭТ и ФНОα в крови больных ХСН IIБ стадии достоверно выше, чем при ХСН IIА стадии и составили соответственно 0,57±0,14 и 0,33±0,08 Ед/мл (p<0,05), 15,9±2,7 пг/мл и 5,53±1,7 пг/мл (p<0,01). Концентрация sE-селектина имела тенденцию к повышению при ХСН IIБ стадии по сравнению с ХСН IIА стадии – 46,7±15,1 нг/мл и 36,8±9,3 нг/мл (p>0,05) соответственно.

Проведенное лечение в обеих группах больных привело к достоверному уменьшению концентраций ЭТ и ФНОα, которые составили соответственно у больных ХСН IIА стадии (p<0,05) – 0,25±0,03 Ед/мл и 3,8±1,2 пг/мл, IIБ стадии (p<0,01) – 0,38±0,05 Ед/мл и 6,7±2,6 пг/мл. Уровень sE-селектина после проведенного лечения снизился несущественно до 33,1±6,4 нг/мл и 38,3±7,3 нг/мл соответственно у больных ХСН IIА и IIБ стадий.

Выводы. Прогрессирование ХСН сопровождается повышением в крови уровней эндотоксина, ФНОα – провоспалительного цитокина, и sE-селектина – молекул межклеточной адгезии, то есть маркеров системного воспаления. Компенсация ХСН, характеризующаяся уменьшением венозного застоя в большом и/или малом круге кровообращения в результате проведенного лечения у больных ХСН IIА и IIБ стадий приводит к достоверному снижению уровня ЭТ и ФНОα, но не sE-селектина. В связи с выявленной динамикой изученных маркеров ХСВ можно полагать, что sE-селектин, экспрессируемый активированным эндотелием, является фактором, поддерживающим хроническое системное воспаление при ХСН.

252 ПРИМЕНЕНИЕ АТОРВАСТАТИНА У ТАБАКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Елисеева И.В., Матросова И.Б., Томашевская Ю.А.
Медицинский Институт ПГУ, Пенза, Россия

Дислипидемия занимает важное место в составе метаболического синдрома (МС). Проводимыми ранее исследованиями доказана связь между уровнем общего холестерина (ОХ) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) с риском развития макрососудистых катастроф в популяции, а также у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. В связи с этим адекватная медикаментозная коррекция МС подразумевает обязательное назначение гиполипидемических препаратов.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения аторвастатина-ТЭВА у табакозависимых пациентов, страдающих артериальной гипертонией (АГ) 1–2 степени в сочетании с МС, на фоне 16-недельной терапии.

Методы исследования: обследовано 20 табакозависимых пациентов с АГ 1-2 степени в сочетании с МС (4 женщины, 16 мужчин; средний возраст 50,1±9,6 года). Исследование биохимических параметров проводили с помощью прибора Olympus AU400 (Olympus Corporation, Япония). Изучали уровни ОХ, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов (ТГ). Антигипертензивная терапия включала карветренд в средней суточной дозе 29,4±7,6 мг/сут. При недостижении целевых значений артериального давления (АД) на фоне монотерапии добавляли коринфар УНО в дозе 34,3±9,8 мг/сут. Все пациенты получали формин 950±282,3 мг/сут и аторвастатин-ТЭВА 23,5±7,9мг/сут.

Полученные результаты: до лечения офисное АД составило 153,4±13,1 и 95,8±8,5 мм рт. ст., индекс массы тела – 33,4±4,5 кг/м^2, окружность талии – 109,8±9,9 см, индекс курильщика – 24,6 (15; 30) пачка/лет. Исходно отмечались следующие показатели липидного обмена: ОХ составил 7,1±1,3 ммоль/л, ЛПНП – 4,5±0,9 ммоль/л, ЛПВП – 1,3±0,4 ммоль/л, ТГ – 2,8±1,2 ммоль/л. Через 16 недель фармакотерапии наблюдали достоверное снижение ОХ до 5,0±1,4 ммоль/л (на 29,5%, p<0,01), ЛПНП – до 2,7±0,9 ммоль/л (на 40%, p<0,01), ТГ – до 1,7±0,5 ммоль/л (на 39,3%, p<0,01). Выявлена тенденция увеличения ЛПВП до 1,5±0,9 ммоль/л (на 15,3%). Для оценки безопасности проводимой гиполипидемической терапии исследовали уровни аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и креатинфосфокиназы. Их исходные значения составили, соответственно, 32,7±11,3 Ед/л, 28,2±7,2 Ед/л и 126,2±63,7 Ед/л. На фоне терапии показатели достоверно не менялись.

Выводы: назначение аторвастатина при МС у табакозависимых больных АГ 1-2 степени способствует достоверному и безопасному снижению атерогенных фракций липидного профиля, позволяя оптимизировать значения не только общего холестерина и липопротеидов низкой плотности, но и триглицеридов.

253 ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КАТЕХОЛАМИНОВ КАК ПРЕДИКТОР ОТВЕТА НА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Емельянов И.В., 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 123 пациента с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии в возрасте 44,3±4,2 года, из них женщин – 31. Всем пациентам исходно, без антигипертензивной терапии проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью прибора SpaceLabs 90207 (США) по стандартной методике, а также в день мониторирование определялась экскреция с мочой катехоламинов (КА) и их метаболитов – метанефринов (МН) методом катионно-обменной хроматографии и оценки на спектрофотометре СФ-36 (Россия). Затем пациентам назначалась антигиперттензивная терапия нифедипином в ретардированной форме (40 мг в сутки), при ее неэффективности в комбинации с эналаприлом в дозе 20-40 мг в сутки. При недостижении целевых значений АД в качестве третьего компонента к лечению добавлялся гидрохлортиазид в дозе 25 мг в сутки. Назначение того или иного режима лечения осуществлялось при повторных амбулаторных визитах в клинику по "офисным" значениям АД на визите. Повторное СМАД проводили через 6 месяцев на фоне многокомпонентной антигипертензивной терапии.

Результаты. В результате исследования оказалось, что 29 (23,6%) пациентов по данным СМАД не достигли целевого уровня АД, несмотря на то, что при медицинских осмотрах к 6 месяцу лечения АД у них на фоне терапии было менее 140/90 мм рт.ст. Все больные с неконтролируемой АГ оказались мужчинами (31,5% среди больных мужского пола).

Исходный уровень суточной экскреции с мочой КА и МН среди пациентов с неконтролируемой ГБ был заметно выше (338±19 мкг/сутки и 942±24 мкг/сутки, против 379±22 и 992±14 мкг/сутки, соответственно, при $p<0.05$) по сравнению с больными, достигшими на фоне комбинированного лечения нормальных показателей СМАД.

Вместе с тем, величина исходной экскреции с мочой метанефринов тесно коррелировала о степенью снижения среднесуточных показателей систолического АД ($r=-0,52$ при $p<0.001$) и диастолического АД ($r=-0,44$ $p<0.05$) у всех включенных в исследование пациентов.

Выводы. Выявленная связь динамики АД на фоне лечения и исходных показателей МН позволяет предположить, что повышение показателей метаболизма КА можно рассматривать как предиктор недостаточного ответа на комбинированную терапию у больных ГБ. Вместе с тем, следует отметить, что выявленные тенденции касаются многокомпонентного лечения, не включающего антиадренергические препараты.

254 НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ермакова Е.А., Матюшин Г.В., Гоголашвили Н.Г., Еремина Н.П.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Целью нашего исследования было изучение частоты и структуры наджелудочковых нарушений ритма у женщин в течение беременности.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе женских консультаций г. Красноярска. Обследовано 67 беременных женщин. Возраст обследованных женщин от 19 до 34 лет (средний возраст 23±0,3). Всем обследованным беременным проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее анкетирование, клинический осмотр с измерением АД, ЧСС, запись ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях, 24 часовое холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ с использованием кардиорегистратора "Valenta" и "Maxaon". При оценке 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 у 28 (42%) были жалобы на периодическое ощущение учащенного сердцебиения и перебои в работе сердца. Из них у 19 (28%) данные жалобы сопровождались чувством нехватки воздуха и разнообразными болями в области сердца.

По данным однократной регистрации ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях из наджелудочковых нарушений ритма (ННР) регистрировалась только наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ). Данная аритмия была выявлена у 3 (4%) женщин в первом триместре беременности.

По данным ХМ в обследованной группе женщин наиболее часто отмечалась НЖЭ. Данное нарушение ритма было зафиксировано в первом триместре беременности у 52 (78%), во втором у 57 (85%), в третьем у 53 (79%) женщин. В структуре этой аритмии наибольший удельный вес имела редкая НЖЭ: 79% от общего количества случаев этой аритмии в первом триместре беременности, 77% от всех случаев данного нарушения ритма во втором триместре беременности и 72% от общего количества случаев этой аритмии в третьем триместре беременности. Частая НЖЭ составила 6%, 3%, 8% от всех случаев данного нарушения ритма в первом, втором и третьем триместрах беременности соответственно. Парная НЖЭ встречалась в 15% от всех случаев этой аритмии в первом, в 16% от общего количества случаев данного нарушения сердечного ритма во втором и в 14% от всех случаев этой аритмии в третьем триместрах беременности. Групповая НЖЭ была зафиксирована во втором и третьем триместрах беременности. Составила соответственно 4% и 6% от общего количества случаев данной аритмии. Кратковременные пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НЖТ) регистрировались в первом и втором триместрах беременности у 1 женщины (1,5%).

В целом, по данным однократной регистрации ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях, ХМ ННР зарегистрированы у 85% обследованных беременных женщин.

Таким образом, по результатам нашего исследования ННР в период беременности достаточно распространены. По данным однократной регистрации ЭКГ покоя, ХМ наиболее часто регистрировалась НЖЭ. Значительно реже зафиксированы кратковременные пароксизмы НЖТ.

255 СМЕРТНОСТЬ И ЕЕ СВЯЗЬ С НЕКОТОРЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ерченкова В.Е., Константинов В.В., Недбайкин А.М., Баланова Ю.А., Тимофеева Т.Н., Капустина А.В., Лельчук И.Н., Деев А.Д.

ФГУ ГНИЦПМ Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: изучить общую смертность (ОС), в том числе смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и прочих причин и оценить ее связь с некоторыми хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНЗ), факторами риска (ФР), поведенческими и социальными характеристиками среди населения 19-64 лет, проживающего в Брянской области.

Методы: исследование проводилось на выборке из городского и сельского населения обоего пола в возрасте 19-64 лет, прошедшего одномоментное обследование по Федеральной целевой программе "Разработка системы мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией среди населения 19-64 лет" и Приказа Минздрава РФ №440 от 16.09.2003 г. Диагнозам ИБС, цереброваскулярным заболеваниям (ЦВЗ), артериальной гипертонии (АГ), сахарному диабету (СД), болезням почек (БП) соответствовали записям в амбулаторной карте участкового врача (форма 25), соответствующих специалистов и результатов опроса по стандартной форме 140-1/у. Употребление алкоголя для женщин и мужчин соответствовало 47 и 67 гр. чистого этанола в сутки. По уровню образования выделяли лиц с высшим, средним и образованием ниже среднего. Численность обсле-

дованных 2435 чел. Отклик составил 76,1%. За 4 года произошло 102 смерти, что в целом составило 88317,4 человеко-лет наблюдений (ЧЛН)

Результаты. В структуре ОС смертность от ССЗ в целом составила 45,5%, смертность от онкологических заболеваний–29,7%, травм, отравлений и несчастных случаев –16,9%, прочих причин-7,9%. В структуре ССЗ смертность от ИБС составила 65,2%, от МИ- 10,1% и 24,7% другие ССЗ. Стандартизованная по возрасту ОС и смертность от ИБС составили 10,4 и 3,1 на 1000 ЧЛН. В том числе для женщин и мужчин ОС: 7,2 и 17,9 на 1000 ЧЛН; ИБС: 3,0 и 3,16 на 1000 ЧЛН. соответственно. При анализе установлено, что ОС, смертность от ССЗ и прочих причин при наличии ИБС была существенно выше, чем при ее отсутствии (2,4% и 6,9%; 1,0% и 7,8%; 1,5% и 5,6% соответственно, p<0,01). Аналогичная закономерность прослеживалась и при наличии в популяции ЦВЗ: 3,1% и 7,5%; 1,4 и 3,2%; 1,7 и 4,3% соответственно, p< 0,01); АГ: 2,3% и 4,7%; 0,9 и 3,4%; 1,4 и 2,5% соответственно, p< 0,01) и болезней почек: 2,1% и 8,0%; 0,8% и 4,2%; 1,3% и 3,8% соответственно, p< 0,01). При наличии у больных СД достоверно выше смертность была только от ССЗ (1,4% и 4,8%, p<0,01).

Выводы. Результаты, полученные в ходе выполнения исследования, в настоящее время с успехом используются практическим здравоохранением Брянской области при осуществлении профилактической программы в отношении АГ и других ХНЗ.

256 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НОВЫХ СЛУЧАЕВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ерченкова В.Е., Константинов В.В., Недбайкин А.М., Баланова Ю.А., Тимофеева Т.Н., Капустина А.В., Лельчук И.Н., Деев А.Д.

ФГУ ГНИЦПМ Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: изучить частоту развития новых случаев (ЧНС) артериальной гипертонии (АГ) и оценить ее связь с факторами риска (ФР) и образованием среди населения 19-64 лет, проживающего в Брянской области.

Методы: исследование выполнено на репрезентативной выборке из городского и сельского населения обоего пола в возрасте 19-64 лет, проживающего в Брянской области и прошедшего обследование по Федеральной целевой программе. Критерии АГ: САД или ДАД ≥140/90 мм. рт. ст., а также прием гипотензивных препаратов в последние 2 недели при нормальном уровне АД. Гиперхолестеринемии (ГХС) соответствовал уровень общего холестерина 5,2 ммоль/л. и более. Употребление алкоголя для женщин и мужчин соответствовало 47 и 67 гр. чистого этанола в сутки. По уровню образования выделяли лиц с высшим, средним и образованием ниже среднего. Численность обследованных 2435 чел. Отклик составил 76,1%. За 4 года развилось 59 новых случаев АГ, что составило 9329,04 человеко-лет наблюдений (ЧЛН).

Результаты. Для женщин и мужчин ЧНС АГ составила 35,6 и 38,3 на 1000 ЧЛН соответственно. Развитие ЧНС АГ положительно ассоциировалось с возрастом обследованных. ЧНС АГ возрастала у лиц с 30-39 лет (1,7%). В группе 40-49 лет она увеличивалась в 13,9 раза (23,7%), а в группе 50-59 лет в 2,3 за выше, чем в 40-49 лет (23,7 и 54,2%, p<0,01) и в 32 раза выше, чем в группе 30-39 лет (p<0,001). ЧНС АГ положительно ассоциировалась с уровнем АД: в 1-й терцили распределения ДАД и САД она составила 8,7 и 10,1%, тогда как 3-й терцили 27,9 28,2% соответственно, p<0,01). ЧНС АГ чаще возникала в группе лиц, имевших “нормальное” повышенное САД и ДАД, чем у лиц с нормальным уровнем АД: 3,5% и 13,2%, p<0,01). ЧНС АГ была достоверно ниже среди не употреблявших алкоголь, чем среди употреблявших (13,7% и 33,3% соответственно, p<0,01). Более низкая ЧНС АГ наблюдалась у лиц с нормальным уровнем ОХС в крови, чем с повышенным: 20,5% и 39,2% соответственно, p<0,02). Развитие ЧНС АГ также зависело от уровня образования популяции. Более низкая ЧНС АГ наблюдалась у лиц с высшим и средним уровнем образования, чем у лиц, имевших уровень образования ниже среднего: 15,4% и 23,3% соответственно, p<0,05). Развитие ЧНС АГ также зависело от числа ФР. Установлено, что среди лиц, не имевших ФР ЧНС АГ составила только 9,6%; с одним ФР она составляла 17,7%; в комбинации из 2-х ФР- 28,6%, а в комбинации из 3-х и более ФР- 37,5% (p< 0,001). И, наконец, ЧНС АГ зависела от типа поселения: более низкая ЧНС АГ наблюдалась среди городского, чем сельского населения (12,4% и 22,9% соответственно, p<0,01).

Выводы. Среди неорганизованного населения Брянской области развитие ЧНС АГ в значительной мере связано с ФР и статусом образования населения. Кроме того, более высокая ЧНС АГ наблюдается среди сельского населения. Результаты учитываются администрацией здравоохранения области при осуществлении профилактической программы в отношении АГ.

257 ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ В СВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ И СОЦИАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ерченкова В.Е., Недбайкин А.М., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Лельчук И.Н., Деев А.Д.

ФГУ ГНИЦПМ Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: изучить общую смертность (ОС), в том числе смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и оценить ее связь с факторами риска (ФР), поведенческими и социальными характеристиками среди населения 19-64 лет.

Методы: исследование проводилось на выборке из городского и сельского населения обоего пола в возрасте 19-64 лет, прошедшего обследование по Федеральной программе “Разработка системы мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с АГ среди населения 19-64 лет” и Приказа Минздрава РФ №440 от 16.09.2003г. Наличие данных о гиперхолестеринемии (ГХС), гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) сердца, ретинопатии (РТП), гиперкреатининемии (ГКН), тахикардии (ТХК), избыточной массы тела (ИМТ), курении, употреблении алкоголя, а также данных о статусе образования и профессиональной деятельности соответствовали записи в амбулаторной карте участкового врача, соответствующих специалистов (форма 25) и результатов опроса по стандартной форме 140-1/у. Умеренное употребление алкоголя для женщин и мужчин соответствовало не более 47 и 67 гр. чистого этанола в сутки. По уровню образования выделяли с высшим (В), средним (С) и образованием ниже среднего (НС). Число обследованных 2435 чел. Отклик составил 76,1%.

Результаты. В структуре ОС смертность от ССЗ в целом составила 45,5%, смертность от онкологических заболеваний 29,7%, травм отравлений и несчастных случаев 16,9%, прочих причин-7,9%. Результаты анализа показали, что уровни ОС, смертности от ССЗ были достоверно выше при наличии: ГЛЖ (2,4% и 6,9%; 0,9% и 3,6%); ТХК (2,9% и 5,7%; 1,3% и 2,9%); РТП (2,9% и 13,3%; 1,2% и 7,8%); ГКН (3,1% и 33,2%; 1,4% и 25,0%, соответственно, p<0,01). В популяции при наличии ГХС и ИМТ достоверно выше была ОС (3,4% и 5,9%, 2,1% и 8,0% соответственно, p< 0,05). Показатели ОС и смертности от ССЗ были ниже среди не курящих, чем курящих (2,4% и 5,6%; 1,1% и 2,7%, соответственно, p<0,01). Среди лиц, не употреблявших алкоголь, ОС и смертность от ССЗ была ниже, чем среди употреблявших (2,5% и 6,1%; 1,2 и 2,5%, соответственно, p< 0,01). Среди лиц, имевших С и В образование ОС и смертность от ССЗ была ниже, чем среди лиц, имевших образование НС (2,9% и 5,0%; 1,1% и 3,9%, соответ-

ственно, p<0,01). Среди лиц, занятых преимущественно умственным трудом, уровни ОС и смертность от ССЗ была ниже, чем среди занятых физическим трудом (1,5% и 3,7%; 0,3% и 1,8%, соответственно, p<0,05). И, наконец, уровень ОС зависел от поселения популяции: ОС была ниже среди городского населения, чем сельского (2,9% и 4,1%, p<0,05)

Выводы. Результаты, полученные в ходе выполнения исследования, в настоящее время с успехом используются практическим здравоохранением Брянской области при осуществлении профилактической программы в отношении АГ и других хронических неинфекционных заболеваний.

258 ПАРАМЕТРЫ ЛОКАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ И КАРОТИДНО-ФЕМОРАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Ершова А.И., Мешков А.Н., Рожкова Т.А., Балахонова Т.В., Рогоза А.Н., Бойцов С.А.

ФГУ "РКНПК Минздравсоцразвития РФ", Москва, Россия

Цель. Оценить параметры локальной и региональной жесткости у больных семейной гиперхолестеринемией, ранее не получавших гиполипидемическую терапию.

Материалы и методы. В исследование было включено 66 больных семейной гиперхолестеринемией в возрасте 37±15 лет (медиана±SD) в диапазоне от 10 до 66 лет, ранее не получавших гиполипидемическую терапию. В контрольную группу вошли 57 родственников больных семейной гиперхолестеринемией без диагностированной семейной гиперхолестеринемии в возрасте 32±13 лет (11 до 61 года). Пациенты с сахарным диабетом, системными воспалительными заболеваниями, онкологическими заболеваниями в исследование не включались. Измерение скорости распространения пульсовой волны (СПВ) проводилось каротидно-феморальным способом (SphygmoCor, AtCor, Сидней, Австралия). Показатели локальной жесткости каротидных артерий оценивались при дуплексном сканировании методом эхо-трекинг (Aloka Prosound Alpha7, Токио, Япония); измерения проводились в 1 см от бифуркации обеих общих сонных артерий и вычислялись средние значения параметра жесткости (β) и модуля упругости Петерсона (Ep). Статистический анализ проводился с помощью критерия Манна-Уитни, данные представлены в виде медианы и 25 и 75 процентилей (mediana [25;75]).

Результаты. Группы сравнения статистически не отличались по возрасту, полу, уровню ХС-ЛПВП, СРБ, фибриногена, Лр (а), гомоцистеина и наличию артериальной гипертензии (p>0,05). В то же время в группе больных по сравнению с контрольной группой были достоверно выше индекс массы тела (24,3 [21,5 до 28,2] и 22,5 [20,4; 25,4] соответственно, p=0,02), уровень общего холестерина (9,21 ммоль/л [7,73; 10,4] и 4,98 ммоль/л [4,39; 5,53] соответственно, p<0,001), холестерина липопротеинов низкой плотности (7,07 ммоль/л [5,51; 8,04] и 3,16 ммоль/л [2,69; 3,54] соответственно, p<0,001) и триглицеридов (1,14 ммоль/л [0,84; 1,81] и 0,83 ммоль/л [0,59; 1,07] соответственно, p<0,001). Группы достоверно не отличались по уровню.

Показатель региональной жесткости СПВ достоверно не различался между группами: 6,76 м/с [6,0; 7,92] и 6,48 м/с [6,16; 7,12] соответственно в группе больных и их родственников, p=0,138. Параметр жесткости и модуль упругости были достоверно выше в группе больных: β (6,2 [4,7; 8,5] и 5,1 [4,1; 6,2] в группах больных и их родственников соответственно, p=0,005) и Ep (75кПа [53; 113] и 58кПа [48; 76], p=0,006).

Выводы. У ранее не леченных больных семейной гиперхолестеринемией по сравнению с их "здоровыми" родственниками достоверно выше показатели локальной жесткости каротидных артерий, в то время как для показателя региональной жесткости различия не получены.

Работа поддержана Правительством Москвы ГК №8/3-280н-10 и ГК №8/3-281н-10

259 ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПРОЕКТОВ РЕГИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ефимова Л.П.

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель: разработка проектов региональных стандартов оказания специализированной кардиологической помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа-Югры.

Материалы и методы: при разработке проектов стандартов за основу принимали федеральные стандарты оказания медицинской помощи, национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний кардиологического профиля, современные руководства по клинической фармакологии средств, влияющих на сердечно-сосудистую систему, руководства по лабораторной и функциональной диагностике, организации здравоохранения.

Результаты. Разработаны 20 проектов стандартов по нозологическим формам кардиологического профиля, включая артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца, кардиомиопатии, нарушения сердечного ритма, перикардит. Проекты стандартов были переданы на обсуждение и рецензирование ведущим специалистам кардиологического профиля Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, после чего были рекомендованы к пилотному внедрению в лечебные учреждения округа. Содержание проектов стандартов послужило основой для разработки региональных медико-технологических стандартов услуги определения их стоимости.

Выводы: опыт разработки проектов региональных стандартов оказания специализированной кардиологической помощи может быть использован при разработке стандартов в других регионах.

260 КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ РИСК И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ШИРОТ

Ефимова Л.П.

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель: оценка кардиометаболического риска и психологического статуса у здоровых лиц и лиц с артериальной гипертонией, постоянно проживающих в условиях Севера.

Материал и методы. Нами было проведено обследование на организованной выборке офисных служащих. Обследованы 98 здоровых лиц и 43 больных артериальной гипертонией (АГ) 2 стадии (ВНОК, 2008), постоянно проживающих в условиях Севера более 10 лет. Всем измеряли рост, массу тела, окружность талии, рассчитывали индекс массы тела. Психологический статус определяли с использованием опросников шкалы Цунга и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Статистическая обработка данных произведена методами описательной статистики, сравнение показателей в группах производилось с использованием критерия Стьюдента для несвязанных выборок. Использовали пакет статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. Установлено, что индекс массы тела у здоровых был меньше, чем у больных АГ (26,9±7,3 и 30,0±6,2 кг/м² соответственно). Окружность талии также была выше у лиц с АГ (83,5±13,7см у здоровых и 94,1±13,7см у лиц с АГ). При этом показатели у мужчин и женщин с АГ статистически значимо не различались. Показатели уровня тревоги и депрессии в Т-баллах у больных АГ статистически значимо не различался от аналогичных показателей здоровых лиц. У здоровых

мужчин показатель тревоги по шкале Цунга составил 27,7±0,7, у больных АГ – 29,6±1,8, у здоровых женщин – 33,6±0,8, у женщин с АГ – 33,4±1,5. Показатель депрессии по шкале Цунга у здоровых мужчин составлял 24,1±1,0, у здоровых женщин – 27,4±0,6. У больных АГ аналогичные показатели у мужчин были 25,7±1,9, у женщин – 26,9±1,2. По показателям Госпитальной шкалы тревоги и депрессии статистически значимых различий у здоровых лиц и лиц с АГ также не выявлено. В целом внутри каждой группы наблюдалась тенденция к более высокому уровню тревоги и депрессии у женщин. При этом различия не были статистически значимы.

Выводы: у лиц с АГ, постоянно проживающих в условиях Севера, более высокие показатели кардиометаболического риска, чем у лиц с нормальным артериальным давлением. Показатели тревоги и депрессии у лиц с нормальным артериальным давлением и лиц с АГ не различаются.

Проведена оценка взаимосвязи показателей кардиометаболического риска и психологического статуса у жителей Севера Сибири трудоспособного возраста с нормальным уровнем артериального давления на выборке офисных служащих.

В результате корреляционного анализа изученных показателей была выявлена связь систолического АД с массой тела ($r=0,5$; $p<0,05$) и окружностью талии ($r=0,5$; $p<0,05$). Определены 5 факторов, которые описывают 82% наблюдений. Наибольшая факторная нагрузка установлена для показателей, характеризующих метаболические нарушения: масса тела, индекс массы тела, окружность талии и бедер (t=0,9; 29,6%). Второй фактор составили психологические показатели (t=0,9; 26,7%); третий фактор определили переменные систолического АД, пульсового АД (ПАД) и диастолического АД и показатель массы тела (t=0,4-0,8; 10,6%).

Наиболее значимыми составляющими 4-го и 5-го факторов явились показатели тревоги и депрессии, возраста и времени проживания в условиях Севера. Таким образом, наиболее значимым установлен фактор, связанный с наличием метаболических нарушений. Показатели психологического состояния присутствуют во всех группах переменных, во всех "факторах", это подчеркивает их патогенетическую значимость.

261 ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК И КОГНИТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ефимова Н.Ю., Чернов В.И., Ефимова И.Ю., Идрисова Е.М., Лишманов Ю.Б.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Целью работы было изучение церебрального кровотока и когнитивной функции у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Пятидесяти четырем пациентам с МС и 38 больным АГ без нарушений углеводного обмена были выполнены однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) головного мозга (ГМ) с ^{99m}Tc-гексаметилпропиленаминоксимом (^{99m}Tc-ГМПАО) с расчетом значений регионарного мозгового кровотока (рМК, мл/100 г/мин), оценка когнитивной функции и суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты исследования показали, что у пациентов с МС по сравнению с больными АГ отмечались более низкие значения церебральной перфузии. Так, у пациентов с МС было выявлено снижение рМК в левой задней теменной доле на 6,3%, в правой и левой височных областях на 5,5% и 7,1%, соответственно, а также в левой и правой затылочных долях на 9,2% и 8,1% по сравнению с аналогичными показателями при АГ без метаболических нарушений. Результаты нейропсихологического тестирования показали более выраженное нарушение кратковременной памяти у пациентов с МС на 16% по сравнению с больными АГ. При проведении регрессионного анализа определена тесная корреляция между рМК и когнитивным статусом. Так, у всех пациентов показатели кратковременной памяти прямо зависели от уровня рМК в задних отделах левой теменной области, правой и левой височных долях, а также от состояния церебрального кровотока в левой затылочной области. Кроме того, у пациентов с МС снижение показателей кратковременной памяти было связано с обеднением перфузии ГМ в передних отделах теменных долей, а также правой затылочной области. По результатам многофакторного регрессионного анализа выявлены обратные зависимости между показателями СМАД и церебрального кровотока у пациентов с АГ и МС. На это указывают, отмеченные нами, отрицательные взаимосвязи межу уровнем среднедневного ДАД и величиной рМК в левой затылочной доле ($R^2=0,10$, $p=0,033$). Кроме того, индекс площади гипертензии ДАД в ночное время обратно коррелировал с уровнем кровотока в передних и задних отделах правой теменной доли ($R^2=0,12$ $p=0,011$ и $R^2=0,10$, $p=0,027$), а также с рМК в правой и левой височных областях ($R^2=0,08$, $p=0,04$ и $R^2=0,11$, $p=0,016$). В пользу отрицательного влияния повышенного АД на когнитивную функцию пациентов с АГ и МС свидетельствовали обратные зависимости между показателями когнитивной функции и СМАД.

Таким образом, у больных АГ и МС имеют место развитие когнитивных расстройств, которые более выражены у лиц с метаболическими нарушениями и тесно связаны с дефицитом церебральной перфузии, формирование которого, в свою очередь, зависит от степени возрастания систолического и диастолического АД в разное время суток, а так же увеличения индексов времени и площади гипертензии.

262 ВЛИЯНИЕ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ефремушкин Г.Г., Ломакина Н.А.

ГОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет Росздрава", Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние велотренировок (ВТ) на морфофункциональное состояние сердца у больных артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования: обследовано 122 больных в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст 76,78±1,28 лет), из них 30 женщин. Среди исследуемых больных АГ II стадии – 8%, III – 92%. При поступлении больных в стационар систолическое АД было в пределах 140-180 мм.рт.ст. (152,6±1,87), диастолическое – 80-110 мм.рт.ст. (96,3±1,61). Число сердечных сокращений (ЧСС) было в пределах 60-103 ударов в минуту (75,01±1,24). У всех больных отмечалась хроническая сердечная недостаточность (ФК 1,85±0,07), у 82% – ИБС. Всем больным до и после лечения проводилась эхокардиография на аппарате "Vivid7" (США). Определяли: поперечный размер левого и правого предсердия, конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический размеры (КСР) обоих желудочков, толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), фракцию выброса (ФВ) и ударный объем (УО). Диастолическую функцию определяли: по пиковым скоростям раннего диастолического наполнения и систолы предсердий (пик Е и А), отношению пиковых скоростей (Е/А), времени изоволюмического расслабления миокарда желудочков (IVRT). Рассчитывали объем (V) остаточной крови в левом и правом желудочках в систолу. Определялось давление в легочной артерии (ДЛА) в мм рт.ст.

Результаты: при поступлении в стационар у больных в обеих группах отмечалось увеличение толщины ЗСЛЖ, снижение ФВ и УО желудочков, повышение давления в ЛА. КДР и КСР желудочков, поперечный размер левого и правого

предсердия были в пределах нормы. На фоне лечения ВТ в основной группе снижалась АД и ЧСС на 8% (p<0,03), уменьшались КДР и КСР обоих желудочков на 5% и 7% соответственно (p<0,05). ФВ ЛЖ прирастала на 11% и ПЖ – на 10% (p<0,0001) и отмечена тенденция к увеличению УО обоих желудочков в среднем на 7%. ДЛА снизилось на 8% (p<0,05). IVRT обоих желудочков уменьшилось на 11% (p<0,05). Поперечные размеры левого и правого предсердия, ЗСЛЖ и МЖП после лечения существенно не изменились. После лечения в группе сравнения отмечалось уменьшение КДР обоих желудков в среднем на 6% (p<0,05). ФВ ЛЖ увеличивалась на 4%, ПЖ – на 8% (p<0,02). Отмечена тенденция к снижению КСР желудочков, ДЛА и IVRT ЛЖ. На фоне лечения ВТ в основной группе уменьшился остаточный V крови ЛЖ на 17,4% и ПЖ – на 18% (p<0,03), в группе сравнения остаточный V крови ЛЖ уменьшился на 19% (p< 0,05).

Заключение: применение велотренировок в комплексном лечении больных АГ пожилого и старческого возраста замедляет процессы ремоделирования, оказывает нормализующее влияние на показатели систолической и диастолической функции сердца.

263 ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГЕМОДИНАМИКА У “ЗДОРОВЫХ” СТУДЕНТОВ ВУЗа В ВОЗРАСТЕ ДО 23 ЛЕТ

Ефремушкин Г.Г., Харлова А.Г., Максакова Е.И., Филиппова Т.В.

ГОУ ВПО “АГМУ Росздрава”, ГУЗ “Краевой госпиталь для ветеранов войн”, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить показатели центральной и периферической гемодинамики у клинически здоровых студентов медицинского ВУЗа.

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

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

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

264 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ПРИ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЯХ

Жалолов Б.З., Салаев О.С., Хусанов Ш.С.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение клинико-функциональных показателей и параметров электрофизиологического исследования (ЭФИ) у пациентов с реципрокными суправентрикулярными тахикардиями (СВТ).

Материалы и методы: в исследование включено 76 больных с СВТ (средний возраст 39,1±12,8 лет). В зависимости от аномалии проводящей системы сердца (ППС) больные были распределены на 2 группы: I (n=47) пациентов с синдромом WPW и II (n= 29) больных с АВ-реципрокными тахикардиями. Из исследования исключались пациенты с миокардитами и перикардитами в анамнезе, врожденными и приобретенными пороками сердца, ИБС и эндокринными заболеваниями. Учитывалась длительность аритмологического анамнеза, возраст пациента при манифестации СВТ, частота приступов тахикардии в месяц в течение последнего года. Всем больным проводили чреспищеводное ЭФИ с оценкой атриовентрикулярной (АВ) проводимости и проведения через дополнительные проводящие пучки (ДПП) с определением их эффективных рефрактерных периодов (ЭРП). С помощью двухмерной эхокардиографии оценивали размеры левого предсердия (ЛП), конечный диастолический (КДР) и систолический размеры (КСР) левого желудочка (ЛЖ), фракцию выброса (ФВ) и толщину задней стенки (ЗС) ЛЖ. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0

Полученные результаты: при анализе полученных результатов нами выявлено, что в группе пациентов с синдромом WPW отмечалась статистически значимая взаимосвязь частоты пароксизмов тахикардии в месяц с возрастом пациента (r=0,29; p<0,05), с давностью “аритмологического анамнеза” (r=0,25, p<0,05). Частота пароксизмов СВТ имела статистически значимую обратную взаимосвязь с проведением по ДПП (r=-0,41; p<0,05); выявлялась умеренная прямая корреляционная зависимость толщиной ЗС ЛЖ (r=0,26, p<0,05) и ФВ (r=0,27; p<0,05). Кроме этого, частота пароксизмов СВТ обратно коррелировала со средней ЧСС во время тахикардии (r=-0,27; p<0,05) Во II группе пациентов нами обнаружена обратная взаимосвязь между средней ЧСС во время тахикардии с частотой пароксизмов тахикардии в месяц (r= -0,28; p<0,05).

Выводы. У пациентов с реципрокными суправентрикулярными тахикардиями независимо от аномалии проводящей системы существует достоверная обратная корреляционная связь частоты приступов тахикардии в месяц со средней ЧСС во время пароксизма СВТ. У пациентов с синдромом WPW величины толщины задней стенки левого желудочка, а также его систолическая функция оказывают влияние на течение суправентрикулярных тахикардий.

265 НЕСТАБИЛЬНЫЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ИБС

Жданов В.С., Веселова С.П., Дробкова И.П., Чумаченко П.В.
ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий, Москва, Россия

Различные определения, используемые для характеристики нестабильных атеросклеротических бляшек (НАБ) при ИБС имеют в основном описательный характер и подчеркивают лишь отдельные свойства НАБ.

Цель. Изучение механизмов развития и морфологических проявлений НАБ при ИБС.

Материалы и методы. Изучены эндартерэктомированные (ЭАЭ) сегменты КА 123 больных хронической ИБС. Определяли наличие в бляшках липидов, коллагеновых волокон (КВ), эластических волокон, макрофагов (Мф), гладкомышечных клеток (ГМК) и кальциевых отложений.

В 35 случаях (у больных, не получавших статины) была проведена компьютерная морфометрия атеросклеротических бляшек: определяли площадь, занимаемую липидами, Мф, КВ и ГМК. Липиды и Мф, составляющие липидный комплекс, рассматривали как факторы, способствующие прогрессии атеросклероза и развитию НАБ, КВ и ГМК – как факторы, стабилизирующие атеросклеротические бляшки. Соотношение факторов прогрессии атеросклероза стабилизирующих факторов использовали для определения индекса нестабильности (ИН) [Shiomi M. et al., 2005]. При ИН равном 1 дестабилизирующие и стабилизирующие АБ структуры находятся в равновесии и такая бляшка квалифицируется как стабильная; при значении ИН<1 стабильность АБ возрастает; напротив, при ИН>1 увеличивается нестабильность бляшки.

Результаты. В зависимости от строения и механизмов развития НАБ выделены 3 основных их типа: 1. Липидный тип – бляшки с большим содержанием липидных масс и с надрывами/разрывами покрышки с или без тромбоза.

2. Липидно-воспалительный тип – те же изменения, что и в пункте 1, в сочетании с воспалительными явлениями. 3. Кальциевый тип – кальцификация бляшек с истончением и надрывами/разрывами их покрышек, с или без воспалительной клеточной реакции.

При окрашивании срезов на липиды постоянно выявлялся липоидоз КВ, их деструктивные изменения и скопления липидных частиц в интерстиции бляшек, что повышало их нестабильность.

Морфометрическое исследование АБ в КА больных ИБС выявило 27% стабильных и 73% нестабильные АБ от общего числа бляшек.

НАБ в отличие от стабильных бляшек характеризовались увеличением содержания липидного компонента в бляшках на 55,7% и Мф – на 53,8%, при этом наблюдалось уменьшение содержания КВ 45,4% и ГМК на 21,1%.

Заключение. 1. Оценка стабильности/нестабильности атеросклеротических бляшек может быть определена при количественном оценке содержания в бляшках: липидов, макрофагов, гладкомышечных клеток и коллагеновых волокон.

2. Липоидоз КВ, отмечавшийся во всех исследованных наблюдениях, сопровождается деструктивными изменениями их и тем самым может способствовать накоплению свободных липидов в бляшках и развитию их нестабильности.

266 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕДИНФАРКТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Железнякова Н.А., Гафанович А.Я., Соколов И.М., Кабанова И.А., Хороводов А.Ю.
ГОУ ВПО Саратовский Государственный Медицинский Университет имени В.И. Разумовского Минзравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель: изучить частоту встречаемости предынфарктной нестабильной стенокардии при развитии острого инфаркта миокарда и определить её прогностическое значение для пациентов.

Методы: в исследование было включено 100 пациентов (42 женщины и 58 мужчин, средний возраст 58,4+12,6 года), поступивших в отделение кардиологии Клинической больницы им С.Р. Миротворцева СГМУ за последние 6 месяцев с диагнозом острый инфаркт миокарда. Из анализа были исключены больные с анемией, онкологией, активными воспалительными процессами. Диагноз установлен в соответствии с критериями ВНОК (2007): клиника, ЭКГ, увеличение титра МВ КФК, визуализация сердца (ЭхоКГ с определением участков нарушения локальной сократимости). Учитывалось наличие предынфарктной нестабильной стенокардии.

Результаты: при анализе полученных данных установлено, что у 36% пациентов до госпитализации в стационар по поводу развития острого инфаркта миокарда, присутствовала клиника нестабильной стенокардии. Из этой группы 24% больных обращались в поликлинику менее чем за 7 дней до госпитализации. Среди всех больных с клиникой предынфарктной стенокардии 66% имели нестабильную стенокардию IA (классификация E. Braunwald, 1989), 20% – нестабильная стенокардия IB, 14% – II, III класс нестабильной стенокардии. Практически у всех пациентов имеющих на догоспитальном этапе клинику нестабильной стенокардии II и III класса развился острый Q-инфаркт миокарда, подтвержденный результатами ЭКГ и ЭХО-КГ, тогда как у больных, имеющих нестабильную стенокардию IA в предынфарктном периоде, развивался, в подавляющем большинстве случаев, неQ инфаркт миокарда.

Выводы: нестабильная стенокардия II и III класса ассоциирована с высокой активностью атеросклеротического процесса, выраженной дестабилизацией атеросклеротической бляшки, что и приводит при истощении компенсаторных механизмов организма к развитию распространенного, трансмурального инфаркта миокарда. Имеющаяся в предынфарктном периоде нестабильная стенокардия IA, связана преимущественно с относительной коронарной недостаточностью и более благоприятное течение острого инфаркта миокарда, вероятно, обусловлено развитием феномена ишемического прекондиционирования миокарда. Распространенность предынфарктной нестабильной стенокардии достаточно высока, что позволит, при раннем выявлении данной группы, направлять пациентов для проведения чрескожного коронарного вмешательства и, при назначении адекватной терапии, избежать развития острого инфаркта миокарда и его осложнений.

267 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРИЕМА АТОРВАСТАТИНА В ДВУХ ДОЗОВЫХ РЕЖИМАХ

Жиляева Ю.А., Замяткина О.В., Гаврилюк Е.В., Харченко А.В., Авдеева Н.В.
ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

В основе патогенеза ИБС лежит атеросклеротическое поражение сосудов, в развитии которого важную роль играет повышение жесткости и снижение эластичности крупных артерий. Изучение свойств сосудов позволяет выявить степень поражения сосудистой стенки, а значит максимально рано выявить дополнительную группу риска среди населения.

Цель исследования: Изучить влияние аторвастатина (Торвакард, Zentiva) в суточной дозе 10 мг/сут и 20 мг/сут на показатели жесткости сосудистой стенки у больных ИБС.

Материалы и методы исследования. Длительность наблюдения и терапии статинами – 12 нед. Обследовано 29 пациента (15 мужчин и 14 женщин) со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в возрасте 45-60 лет.

В течение всего периода наблюдения пациенты получали гиполипидемическую терапию: торвакард в суточной дозе 10 мг/сут, при уровне холестерина ниже 6,5 ммоль/л и 20 мг/сут, при уровне холестерина выше 6,5 ммоль/л. Фоновая терапия включала: бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов, антиагреганты.

Жесткость сосудистой стенки определяли при помощи сфигмоманометра VaSera VS – 1000 (FUKUDA DENSHI, Япония) при этом оценивали показатели CAVI – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс, ABI – лодыжечно-плечевой индекс; отражающий степень стеноза или окклюзии артерий при атеросклеротическом поражении; AI – индекс аугментации.

Результаты. Через 12 недель приема торвакарда выявлена тенденция к незначительному уменьшению показателей ЛПИ у пациентов, принимавших 10 мг аторвастатина в сутки. Тоже самое можно сказать и о показателях ЛПИ у пациентов, принимавших 20 мг торвакарда в сутки. Показатель жесткости сосудистой стенки, т. е. индекс CAVI к четвертой недели терапии снизился на 4,92%. Через 12 недель на 12,94% по сравнению с исходными параметрами. У пациентов принимавших 20 мг в сутки это значение к четвертой недели терапии уменьшалось на 3,8%, а к 12 недели на 11,95%. Причем, существенных различий между показателями при приеме торвакарда в двух дозовых режимах не выявлено. Также отмечается тенденция к уменьшению показателей индекса аугментации у пациентов, принимавших 10 и 20 мг/сут. торвакарда.

Выводы. Таким образом, после курсового приема торвакарда в двух дозовых режимах (10 мг/сут и 20 мг/сут) у пациентов со стабильной стенокардией II-III ФК наблюдается положительная динамика изменения показателей CAVI, ABI и индекса аугментации преимущественно к 12 недели терапии, что связано с улучшением эластических свойств магистральных артерий эластического типа. Однако существенных различий между показателями при приеме аторвастатина в двух дозовых режимах выявлено не было.

268 ЧАСТОТА ОРГАНИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Губская П.М., Бондаренко В.С., Сухенко И.А.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования. Выяснить как часто у больных артериальной гипертензией (АГ) II ст. мужчин и женщин с нормальной массой миокарда левого желудочка (ММЛЖ) наблюдается органическая диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ).

Материал и методы исследования. Обследованы 56 женщин (средний возраст 50,1±1,2 лет) и 30 мужчин (средний возраст 49,7±1,4 лет) больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007). После определения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) по данным эхо-кардиографии (Devereux R. et al., 1984) из общей группы были выделены больные с нормальной геометрией левого желудочка (при значениях ИММЛЖ менее 134 г/м² для мужчин и менее 110 г/м² для женщин). Диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ) исследовалась методом допплерэхокардиографии, 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. Если показатель Е/А в покое был меньше 1,0, но под влиянием ХП увеличивался до 1,2 и более, то такие изменения показателя расценивались как функциональные. При органической ДДЛЖ показатель Е/А под влиянием ХП за счет функционального компонента мог уменьшаться или увеличиваться, но при этом показатель Е/А оставался всегда меньше 1,0. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы “Statistica 6,0”.

Результаты исследования. Из общего числа обследованных нормальная геометрия левого желудочка была выявлена у 17,9% женщин, тогда как количество больных АГ мужчин с нормальной геометрией ЛЖ было в несколько раз больше – 56,7% ($p< 0,05$).

Использование ХП показало, что при нормальной геометрии ЛЖ органическая ДДЛЖ у больных АГ женщин и мужчин встречалась примерно с одинаковой частотой (в 20% и 29,4% случаев, соответственно, $p>0,05$). Половых различий по частоте развития функциональной ДДЛЖ у больных АГ II ст. так же не было выявлено (у 20% женщин и у 23,8% мужчин, $p>0,05$).

Таким образом, нормальная геометрия ЛЖ достоверно чаще встречается у больных АГ мужчин по сравнению с женщинами. Отсутствие гипертрофии левого желудочка у больных АГ мужчин и женщин не исключает развитие как функциональной, так и органической диастолической дисфункции левого желудочка. Исследование еще раз подтвердило, что развитие гипертрофии левого желудочка и нарушений ДФЛЖ идут не зависимо друг от друга.

269 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РЕГРЕСС ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жолдин Б.К., Беркинбаев С.Ф., Рахим Л.А.

ЗКГМУ им. М. Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Цель: сравнительная оценка влияния гипотензивных препаратов разных групп на обратное развитие гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования: в исследование было включено 94 больных (40 мужчин, 54 женщин) в возрасте от 25 до 68 лет с АГ 1 и 2 степени, средний возраст – 49,8±9,5 лет. Средняя длительность АГ составила 8,1±6,1 лет. В зависимости от проводимой монотерапии пациенты были распределены на 4 группы. Больные первой группы (n=24) получали β1-блокатор бисопролол (конкор, NYCOMED и Merck KGaA, Германия, средняя суточная доза (ССД) 2,8±0,8 мг), больные второй группы (n=25) – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента фозиноприл (моноприл, фирма “Bristol-Myers Squibb”, США, ССД 11,0±3,2 мг), пациентам третьей группы (n=23) был назначен антагонист рецепторов ангиотензина II эпросартан (теветен, “Solvay Pharma”, Нидерланды, 600 мг/сут), больным четвертой группы (n=22) – антагонист кальция лацидипин (лаципил, “GlaxoSmithKline”, Великобритания, ССД 4,0±0,8 мг). Все группы сопоставимы между собой по полу, возрасту, длительности и степени АГ. Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась исходно и через 4, 12, 24, 48 недель терапии изучаемыми препаратами.

Полученные результаты: по результатам ЭхоКГ у всех обследованных больных выявлена ГМЛЖ. В частности у 13 (13,8%) пациентов – легкая степень, у 21 (22,4%) – умеренная и у 60 (63,8%) – тяжелая степень гипертрофии. В 67,0% (63 пациента) случаев определен концентрический тип ГМЛЖ и в 33,0% (31 больных) – эксцентрический тип. Изменения показателей толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки (ТЗС) левого желудочка (ЛЖ) на фоне длительной монотерапии изучаемыми препаратами носили достоверный характер только к концу 24 недели. К концу срока наблюдения ТМЖП и ТЗС соответственно уменьшились на 13,1% ($p<0,001$) и 11,6% ($p<0,05$) на фоне лечения конкором, на 14,1% ($p<0,001$) и 12,9% ($p<0,001$) –

моноприлом, на 14,5% (p<0,001) и 16,4% (p<0,001) на фоне приема теветена и на 9,9% (p<0,05) и 10,2% (p<0,05) – лацидипила в сравнении с исходными данными. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) к концу 48-недели непрерывной терапии уменьшился на 22,1% (p<0,001) с 186,8±35,1 г/м^2 до 145,5±24,5 г/м^2 (p<0,001) в первой группе, на 25,7% с 187,3±38,9 г/м^2 до 139,1±25,5 г/м^2 (p<0,001) во второй группе, на 27,8% с 202,8±30,8 г/м^2 до 146,3±22,3 г/м^2 (p<0,001) в третьей группе и на 18,5% с 188,2±31,8 г/м^2 до 153,2±19,6 г/м^2 (p<0,001) в четвертой группе. Следовательно, на фоне 48-недельной монотерапии изучаемыми препаратами наиболее выраженный регресс ГМЛЖ отмечался под влиянием фозиноприла и эпросартана вследствие блокады ангиотензина II.

Выводы: монотерапия фозиноприлом и эпросартаном достоверно в большей степени вызывает регресс гипертрофированного миокарда ЛЖ (соответственно на 25,7% и на 27,8%), чем лечение лацидипином (на 18,5%).

270 РАСПРОСТАРНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Жолдин Б.К., Беркинбаев С.Ф., Бекжанова Ж.С., Жолдина К.К.

ЗКГМУ имени Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Цель: изучение распространенности ХСН среди пациентов различных возрастных групп.

Методы исследования: в г. Актобе и области было проведено скрининговое исследование среди пациентов, обратившихся в стационары и поликлиники. По результатам исследования у 20,5% пациентов выявлена ХСН (n=3215). Исследуемые были распределены по возрастным группам: до 20лет, от 21 до 30лет, от 31 до 40лет, от 41 до 50лет, от 51 до 60 лет, от 61 до 70 лет, от 71 до 80 лет, старше 81года.

Результаты: в исследуемой группе, пациентов с ХСН в возрасте до 20лет было 1%. Преобладали женщины (80%), обратившиеся в поликлиники города (60%). Основными причинами развития ХСН в данной группе явились ВПС: ДМЖП, Тетрада Фалло, ДМПП. В исследуемой группе, пациентов с ХСН от 21 до 30лет было 2,7%. Среди них преобладали мужчины (61,1%), жители города, обратившиеся в поликлиники города (72,2%). Основными причинами развития ХСН, в 44,4% установлены ВПС, в 38,9%-приобретенные пороки, в 16,7%-различные заболевания миокарда (эндокардиты, миокардит, КМП). Среди пациентов с ХСН, лица в возрасте от 31 до 40лет составили 7%. Из них, большинство составили мужчины (52%), городские жители, обратившиеся в поликлиники города (70%). Основными заболеваниями, приведшими к ХСН, в 30,4% была ХРБС, в 8,7%-различные заболевания миокарда, в 10,9%-ИБС, в сочетании с АГ-2,1%. Эссенциальная АГ отмечена у 11%, СД и ВПС по 10,9%. Пациентов с ХСН в возрасте от 41 до 50лет, в исследуемой группе было 19%. Среди них, большинство мужчин (55,2%), обратившиеся в поликлиники города (63%). В данной группе, основными причинами развития ХСН были установлены: в 18%-ИБС, в сочетании с АГ-10,4%, эссенциальная АГ-22,4%, ХРБС-21%, СД-8%, ВПС-7,2%, в 14%-различные заболевания миокарда. В исследуемой группе, пациентов с ХСН в возрасте от 51 до 60лет отмечено в 39,2% случаев. Данная группа представлена мужчинами (60,2%), жителями города, обратившимися в поликлиники города (66%). Среди них пациентов с ИБС-24,4%, в сочетании с АГ-29%, изолированной АГ-24%, с ХРБС-14%, СД-7%. В 2% причиной ХСН установлены заболевания миокарда. Пациентов с ХСН в возрасте от 61 до 70лет выявлено 22,9%. В 58% группа представлена мужчинами, проживающими в городе, обратившимися в поликлиники (57,4%). Среди них, пациентов с ИБС-26%, в сочетании с АГ-35%, с изолированной АГ-21%, с ХРБС-4%, СД-14%. В исследуемой группе, пациентов от 71 до 80лет-8,1%. Среди них преобладали мужчины (52,4%), жители города, обратившиеся в поликлиники. Основными причинами развития ХСН в 36% установлена ИБС, АГ-45%, изолированная АГ-19%. Пациенты с ХСН старше 80 лет составили 0,3%. Данная группа в 56% случаев представлена мужчинами, госпитализированными в стационары города (56%). Основными причинами развития ХСН, были ИБС в сочетании с АГ.

Выводы: с увеличением возраста, частота ХСН увеличивается, достигая максимума в интервале от 51-70 лет (61,9%). Пациенты в возрасте до 40 лет чаще страдали врожденными и приобретенными пороки сердца. А в группах пациентов старше 50лет преобладали лица с ИБС, в сочетании и без АГ.

271 АССОЦИАЦИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ У ПОЖИЛЫХ МОСКВИЧЕЙ

Жукова В.А[1]., Шальнова С. А.[2], Метельская В.А[1]., Деев А.Д[1]., Худяков М.Б[1]., Александри А.Л[1]., Баланова Ю.А.[1], Капустина А.В.[1], Константинов В.В.[1], Кукушкин С.К.[1], Лельчук И.Н.[1], Платонова Е.В.[1]

[1]ФГУ Государственный Научно-исследовательский Центр Профилактической Медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия; [2]ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Москва, Россия

Актуальность проблемы: Известно, что артериальная гипертензия и абдоминальное ожирение имеют характер пандемии. С-реактивный белок (СРБ) является доказанным маркером сердечно-сосудистого риска, в том числе и у пожилых. Взаимосвязь СРБ с артериальной гипертензий и абдоминальным ожирением в популяции пожилых москвичей ранее не изучалась.

Цель. Исследовать взаимосвязь между СРБ, артериальной гипертензией и абдоминальным ожирением у пожилых москвичей в возрасте 55 лет и старше.

Методы. На представительной выборке пожилых москвичей, средний возраст 69,8±8 лет, 1876 (47,9% мужчин), проведено одномоментное исследование. Все обследованные пациенты являются участниками продолжающегося исследования “Стресс, Старение и Здоровье”, выполняемое по гранту R 01AG026786 (NIA, USA). В анализ включены: абдоминальное ожирение (АО) ≥ 94 см для мужчин, ≥88 см для женщин, артериальная гипертония (АГ) 140/90 и/или прием гипотензивных препаратов, высокий уровень СРБ (вСРБ) ≥3 мг/л по критериям АНА (2003). Выборка была разделена на 4 группы: только АГ, только АО, АГ+АО, контрольной группой считались пациенты без АГ и АО. Статистический анализ включал среднее ± стандартное отклонение, для оценки связи СРБ и с указанными группами использовалась логистическая регрессия (ОШ и 95% ДИ).

Результаты. Около трети обследованных имели высокий СРБ (30,1% мужчин и 31,6% женщин), 57% мужчин и 54% женщин имели АО, 75% мужчин 72% женщин имели АГ, 47% и 43% соответственно имели комбинацию АО и АГ. ОШ высокого СРБ для АО было 1,5 (1.1-2,0) (p=0,.04) у мужчин и 3,0 (2,2-4,0) (p=0,0001) у женщин. ОШ высокого СРБ для АГ составило 1,6 (1,1-2,2) (p=0,008) и 1,7 (1,2-2,4) (p=0.001) соответственно. В многофакторной модели ОШ высокого СРБ для АО и АГ составили 1,4 (1,0-1,9) (p=0,02) и 1,5 (1,1-2,2) (p=0,003) для мужчин и 2,9 (2,2-9,9) (p=0,001) и 1,4 (1,0-2,0) (p=0,004) для женщин, соответственно.

В модели, стандартизованной по полу и возрасту шанс высокого СРБ относительно контрольной группы (N= 138) был на 90% (1,3-2,9) (p=0,003) выше в группе АО (N =244), на 30% (1,0-1,9) (p=0,08) в группе АГ (N =85) и в 2,8 (2,1-4,0) (p=0,0001) раза выше при сочетании АО и АГ (N =424).

Выводы. Высокий уровень СРБ имел более выраженную положительную ассоциацию у лиц с сочетанием АГ и ОА. Высокий уровень СРБ сильнее ассоциировался с АО, чем с АГ у пожилых москвичей, особенно у женщин.

272 ПРИМЕНЕНИЕ АЛИСКИРЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Жупанова Т.С, Рудаков А.В., Велижанина Е.С., Велижанина И.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение влияния прямого ингибитора ренина алискирена у пациентов с артериальной гипертонии (АГ) и ожирением.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 пациентов АГ 2 степени (17 мужчин, 3 женщины) со средним и высоким риском сосудистых осложнений. Возраст пациентов составил 47,36±1,73 лет. Все пациенты страдали ожирением 1-2 степени. Проводилось клиническое обследование, контроль офисного артериального давления, суточное мониторирование артериального давления (АД), определение массы тела, окружности талии и бедер, биохимических показателей – уровня глюкозы, мочевой кислоты, показателей липидного профиля в динамике, исходно и через 12 недель на фоне монотерапии с использованием препарата алискирен 300 мг в сутки. Анализ полученных данных проводили с использованием пакета статистических программ SPSS for Windows (версия 10.0).

Результаты исследования. У большинства пациентов (16 человек) применение препарата алискирен в качестве монотерапии оказалось достаточно эффективным, через 12 недель был достигнут целевой уровень АД (ниже 140/90 мм рт.ст.), отмечалось статистически значимое снижение уровня как диастолического, так и систолического офисного артериального давления. При проведении суточного мониторирования АД отмечено значимое снижение уровня систолического и диастолического АД, как в период бодрствования, так и в период ночного сна. Выявлено уменьшение величины пульсового давления. У 4 пациентов целевой уровень АД достигнут не был, в дальнейшем они получали комбинированную терапию (алискирен 300 мг, амлодипин 5 мг в сутки). В группе с хорошим клиническим эффектом достоверно снизился как уровень систолического, так и диастолического давления. В среднем по группе отмечалось статистически значимое уменьшение массы тела и окружности талии через 12 недель на фоне приема препарата алискирен. Достоверного изменения мочевой кислоты, уровня глюкозы крови натощак, показателей липидного профиля не выявлено. Отмечена хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных проявлений.

Таким образом, у пациентов, страдающих артериальной гипертонией и ожирением прямой ингибитор ренина алискирен оказывает выраженный гипотензивный эффект, является метаболически нейтральным препаратом и способствует снижению сердечно – сосудистого риска.

273 МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Журавлева А.М., Кузнецов В.А., Енина Т.Н., Рычков А.Ю.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Мозговой предшественник натрийуретического пептида (NT-proBNP) используется как предиктор декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН). В основе развития ХСН лежит иммуновоспалительная реакция, проявляющаяся выработкой цитокинов, в частности интерлейкинов 1β, 6,1 0, α-ФНО. Медиатором неспецифического воспаления является С-реактивный белок (СРБ), индуцирующий синтез провоспалительных цитокинов.

Цель: изучение взаимосвязи плазменных уровней цитокинов у больных с ХСН и имплантированными устройствами сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) в группах с различными уровнями NT-proBNP.

Методы и материалы: у пациентов с ХСН и имплантированными СРТ устройствами проведено повторное исследование уровней NT-proBNP, интерлейкинов 1β, 6, 10, α-ФНО, СРБ (n=117). По уровню NT-proBNP выделено три группы: I (n=47) ≤ 1000 пг/мл; II (n=46) – 1000-4000 пг/мл; III (n=24) ≥ 4000 пг/мл. Проведен корреляционный анализ полученных показателей.

Результаты: отмечено снижение ИЛ-1β соответственно росту NT-proBNP: в I гр – 5,15+1,46 пг/мл; во II гр. – 4,96+1,20 пг/мл; III гр.- 4,36+0,88 пг/мл, причем уровень ИЛ-1β в III гр. был ниже, чем в I гр. (p=0,004) и во II гр. (p=0,023). Уровень ИЛ-6 в группах соответственно: 3,01+1,81 пг/мл, 4,67+4,52 пг/мл, 4,62+2,39 пг/мл, причем в III гр. был выше, чем в I гр. (p<0,001) и во II гр. (p=0,028). Кроме того α-ФНО был выше во II гр., чем в I гр. (p=0,015). Получены следующие корреляции в I гр.: ИЛ 1β и ИЛ 6 (r=0,434, p=0,002), ИЛ 1β и ИЛ 10 (r=0,563, p<0,001), ИЛ 1β и α-ФНО (r=0,394, p=0,006), ИЛ 1β и СРБ (r=0,306, p=0,039), ИЛ 6 и ИЛ 10 (r=0,396, p=0,006), ИЛ 10 и α-ФНО (r=0,598, p<0,001), ИЛ 6 и α-ФНО (r=0,345, p=0,017). Во II гр. сохранялась прямая корреляция ИЛ 1β с уровнями ИЛ 10 и α-ФНО (r=0,585; p<0,001и r=0,449; p=0,002 соответственно), а также ИЛ 10 и α-ФНО (r=0,422; p=0,003). Кроме того выявлена отрицательная корреляция ИЛ 1β и ИЛ10 с уровнем NT-proBNP (r=-0,306; p=0,039; r=-0,290; p=0,051). В III гр. сохраняется отрицательная корреляция ИЛ 1β и NT-proBNP (r=-0,418; p=0,042) и выявлена отрицательная корреляция ИЛ 6 и NT-proBNP (r=-0,587; p=0,03) и прямая корреляция ИЛ 6 и СРБ (r=0,419; p=0,042).

Заключение: выявленные взаимосвязи между уровнями про- и антивоспалительных цитокинов свидетельствуют о нарастающем дисбалансе выработки нейромедиаторов воспаления при утяжелении ХСН, что, вероятно, является проявлением истощения системы антивоспалительных цитокинов, сопровождающей декомпенсацию ХСН. Прямая достоверная корреляция между ИЛ-6 и СРБ в III гр. свидетельствует о более высокой степени иммунного воспаления в этой группе. Снижение плазменных уровней антивоспалительных цитокинов может быть использовано в качестве самостоятельного критерия декомпенсации ХСН, эффективности СРТ терапии.

274 ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

Заводчиков А.А.[1], Евгеньева А.В.[1], Чаморовский А.Н.[2], Харчева Ю.А.[2]

[1]Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия; [2]Клиническая больница №9, Ярославль, Россия

Субклиническое поражение органов мишеней в виде увеличения жесткости сосудистой стенки является фактором, влияющим на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний, и традиционно рассматривается в качестве начального этапа развития атеросклеротического поражения сосудов. Однако в ряде работ продемонстрирована обратимость изменений жесткости сосудистой стенки на фоне физических тренировок как у молодых, так и пожилых пациентов, в том числе уже имеющих манифестированные проявления атеросклероза.

Целью исследования – оценка у больных с хроническими формами ИБС зависимости между функциональным состоянием пациентов и объемом мышечной массы и жесткостью сосудистой стенки

Методы исследования. Объектом исследования послужили 20 пациентов с хронической ИБС, возраст 54,5±8,5 лет. Все пациенты получали антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины; на момент исследования у всех пациентов на фоне лечения достигнуты целевые цифры АД. Жесткость сосудистой стенки оценивалась по скорости распространения пульсовой волны с вычислением каротидно-феморального индекса (КФИ) на аппарате Поли-Спектр-СРПВ (Нейрософт, Россия). Объем мышечной массы опреде-

ляли по % активной клеточной массы (%АКМ) от общей массы тела с помощью биоимпедансного анализатора внутренних сред организма Диамант – АИСТ мини (Россия). Функциональное состояние пациентов оценивали по анкетам-опросникам уровня физической активности (баллы от 1 до 8) и в тесте 6 минутной ходьбы (ТШМ).

Результаты. По уровню физической активности всех пациентов условно можно было разделить на низко активных (от 1 до 3 баллов), средне активных (от 3 до 5 баллов) и высоко активных (более 5 баллов). КФИ составил 11,8±2,8 м/с, 9,6±2,6 м/с, 8,2±2,4 м/с, соответственно. При этом КФИ > 12 м/с выявлен в 54,4% случаев и не зависел от стажа заболевания, наличия либо отсутствия инфаркта миокарда в анамнезе, толщины комплекса интима-медиа; однако 68% пациентов с выявленной прогностически неблагоприятной жесткостью аорты (КФИ> 12 м/с) были из группы низкой физической активности. Расстояние 6 минутной ходьбы в низко активной группе в среднем составило 234±24,8 м, в средне активной группе – 434±35,5 м и в высоко активной –685,2 м. Во всех трех группах наблюдалась положительная корреляция расстояния ТШМ с %АКМ (r=0,35, p<0,05). Кроме того имелась отрицательная корреляция КФИ с %АКМ и ТШМ (r = -0,32, p<0,05 и r = -0,41, p<0,05, соответственно).

Таким образом, наличие зависимости жесткости сосудистой стенки от объема мышечной массы свидетельствует ни сколько о наличии атеросклеротического процесса, сколько о функциональном состоянии больного на момент исследования. Это обосновывает необходимость разработки программ физической реабилитации для пациентов с хроническими формами ИБС. В основе рациональной ЛФК должны лежать силовые тренировки, направленные на увеличение объема периферической мускулатуры.

275 СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИТАМИН В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Заика С.Н., Жилкова Н.Н.
ГОУ ВПО “Владивостокский государственный медицинский университет”, Владивосток, Россия

Гомоцистеин (ГЦ) – это серосодержащая аминокислота, являющаяся продуктом метаболического превращения метионина, избыточное его количество может либо превращаться обратно в метионин, либо разрушаться для выведения из организма. Обезвреживание гомоцистеина осуществляется с участием ферментов, в структуре которых важно присутствие витаминов В6, В12 и фолиевой кислоты.

Цель работы. Оценка состояния системной гемодинамики (СГ) у больных витамин В12-дефицитной анемией в течение развития заболевания, обнаружение влияния гипергомоцистеинемии на показатели центрального кровотока.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 103 больных витамин B_{12}-дефицитной анемией, получавших лечение в специальном отделении военно-морского клинического госпиталя Тихоокеанского флота. Уровень гомоцистеина (ГЦ) определяли одностадийным иммуноферментным методом на оборудовании фирмы “Амеркар” (Великобритания). Для изучения центральной гемодинамики использовали методику тетраполярной прекардиальной реографии по Kubicek et al. в модификации Пушкаря Ю.Т. и соавт. Статистическая обработка выполнена с помощью программы Statistic-6.0. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты. У больных с дефицитом витамина B_{12} выявлена гипергомоцистеинемия, степень выраженности которой прямо зависит от тяжести анемии (23,86±2,54 мкмоль/мл, p<0,01 – при средней степени; 29,42±2,83 мкмоль/мл, p<0,001 – при тяжелой) и длительности заболевания (21,41±2,32 мкмоль/мл, p<0,05 – менее 2 лет, 31,73±2,12 мкмоль/мл, p<0,001 – при анамнезе более 2 лет). При длительности анемии менее 2-х лет отмечается гиперкинетический тип ЦГ (минутный объем крови – 7,93±0,32 л/мин, p<0,001; удельное периферическое сосудистое сопротивление – 26,946±3,141 усл. ед., p<0,05). При длительности анемии более 2-х лет гемодинамический тип трансформируется в гипокинетический (минутный объем крови – 4,43±0,32 л/мин, p<0,001; удельное периферическое сосудистое сопротивление – 41,837±3,180 усл. ед., p<0,001). Определяется положительная корреляционная связь между уровнем гомоцистеинемиии и величиной УПСС у больных с длительным анамнезом заболевания (r=0,58-0,83).

Выводы. Выявленная корреляционная зависимость между гипергомоцистеинемией и периферическим сопротивлением сосудов позволяет предполагать, что гипергомоцистеинемия является одним из важнейших факторов нарушения системного кровотока, в результате чего сосуды теряют свою эластичность, снижается их способность к дилатации, что обусловлено дисфункцией эндотелия.

276 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИБС

Зайцева А.В., Татарченко И.П., Морозова О.И.
ГОУ ДПО “ПИУВ Росздрава”, МУЗ “ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина”, Пенза, Россия

Цель: определить особенности новой характеристики электрической нестабильности миокарда – турбулентности ритма сердца (ТРС) у больных с болевой (БИМ) и безболевой (ББИМ) ишемией миокарда.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 39 больных с ИБС, стенокардией напряжения II – III ФК (16 мужчин и 23 женщины в возрасте 54,6±7,3 лет). Из них у 22 человек по данным ХМ ЭКГ диагностирована изолированная ББИМ (первая группа), у 17 человек – изолированная БИМ (вторая группа). Всем больным проводилось суточное ХМ ЭКГ на аппарате “ДМС, передовые технологии”, Россия. Анализ ишемии заключался в оценке частоты встречаемости болевой и безболевой форм. Оценка ТРС по результатам ХМ ЭКГ включала оценку суточного количества эпизодов ТРС (реакции ЧСС на желудочковую экстрасистолу, которая реализуется через барорефлекторный механизм), а также показателя турбулентности “onset” (TO – период ускорения ЧСС после желудочковой экстрасистолы) и показателя турбулентности “slope” (TS – период замедления ЧСС после периода тахикардии). Нормативами для TO и TS считались значения менее 0 и свыше 2,5 мс/RR соответственно. Наряду с этим при ХМ ЭКГ оценивались количество и характер желудочковых экстрасистол.

Полученные результаты. В ходе исследования было выявлено, что в первой группе желудочковая экстрасистолия наблюдалась у 35 (52,23%) обследованных в среднем количестве 97,3±53,2 за сутки. При анализе ТРС оказалось, что в первой группе больных среднее количество эпизодов ТРС составило 79,23±12,3 за сутки, т. е. нарушение сердечного выброса, связанное с желудочковой экстрасистолой, возникало в ответ на 81,9% желудочковых экстрасистол, вследствие чего запускалась компенсаторная реакция ЧСС в виде ТРС.

Во второй группе желудочковые экстрасистолы выявлялись у 28 (54,9%) больных в среднем количестве 124,4±55,1 за сутки. Среднее количество эпизодов ТРС было ниже, чем в первой, и равнялось 56,14±9,8 за сутки (td = 2,91; p<0,01). При болевой ишемии миокарда только 45,2% экстрасистол вызывали нарушение внутрисердечной гемодинамики.

Во второй группе больных повышенные значения TO и сниженные значения TS наблюдались в 27,2% случаях, то есть на 9,6% чаще, чем в группе с БИМ (17,6% случаев).

В первой группе среднее значение TO было выше, чем во второй, и составляло -1,8±1,19 против -2,6±3,3 во второй

группе (td = 2,76, p<0,01). Среднее значение TS в первой группе больных было ниже и равнялось в среднем 4,4±2,5 мс/RR, а во второй группе 7,4±3,9 мс/RR (td = 2,82, p<0,01).

Вывод. Данные, полученные при анализе ТРС, свидетельствуют о сравнительно более выраженном нарушении как быстрого, так и отсроченного ответа сердечного ритма на желудочковую экстрасистолу при безболевой ишемии миокарда. Это обусловлено снижением вегетативной регуляции ЧСС при ИБС, более выраженном при безболевой ишемии миокарда.

277 РОЛЬ ХИМИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Зайцева Н.В., Устинова О.Ю., Аминова А.И., Носов А.Е., Байдина А.С., Якимова О.И.

ФГУН "Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения" Роспотребнадзора, Пермь, Россия

Поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии (АГ) многократно увеличивают риск сердечно-сосудистых осложнений. Одним из важных критериев поражения миокарда при АГ является развитие его гипертрофии, характеризующейся повышением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Поражение сосудистой стенки возможно оценить измеряя скорость распространения пульсовой волны (СРПВ). Условия современного промышленного производства характеризуются воздействием химических и физических вредных факторов, которые могут усиливать тяжесть течения АГ.

Целью работы явилось изучение влияния промышленных токсикантов на поражение органов мишеней при АГ.

В исследование включены 68 работников одного из промышленных предприятий Пермского края страдающие АГ. По роду своей профессиональной деятельности пациенты подвергались воздействию углеводородов (ацетон, ароматические вещества), металлов (хром, марганец). Средний возраст составил 49,9±6,7 лет, длительность заболевания – 10-15 лет, стаж работы на предприятии – 5-10 лет. Пациенты не страдали сахарным диабетом. В исследовании использованы лабораторные и инструментальные методы. Определялась концентрация органических промышленных токсикантов в крови с использованием газового хроматографа и содержание металлов методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии. Ультразвуковое исследование сердца проводилось по стандартной методике на аппарате "Toshiba Aplio " (Япония). СРПВ в сонно-бедренном сегменте оценивали аппаратно-программным комплексом Поли-Спектр-СРПВ (Россия).

У обследованных работников содержание ацетона крови по группе составило 0,0740±0,011 мг/л, что превышало референтный уровень (0,054±0,01 мг/л) для данного токсиканта в 1,1 – 2,3 раза (p<0,05) и увеличивалось со стажем работы. При стаже работы на предприятии менее 7 лет средняя концентрация ацетона составила 0,0597±0,010 мг/л, а более 7 лет – 0,0871±0,013 мг/л (p<0,05). Содержание марганца в крови в среднем по группе составило 0,0360±0,005 мг/л, что превышает референтный уровень (0,022±0,003 мг/л) в 1,3 – 2,5 раза (p<0,05). При стаже менее 7 лет средняя концентрация марганца составила 0,029±0,004 мг/л, а более 7 лет – 0,0431±0,005 мг/л (p<0,05). Значения СРПВ в среднем по группе составили 17,8 ± 4,2 м/с, что в 1,5 раза превышает верхнюю границу нормы (p<0,05). Среднее значение ИММЛЖ у женщин составило 137,7±10,2 г/м^2, а для мужчин 161,2±12,4 г/м^2, что в 1,25 – 1,29 раза превышало верхнюю границу нормы для данного пола (p<0,05). Установлены тесные прямые взаимосвязи СРПВ и концентрации ацетона крови (R=0,82; p<0,05), а также ИММЛЖ – с концентрацией марганца крови (R=0,72; p<0,05). При повышении концентрации этих токсикантов в крови от 1,1 до 2,5 раз от фоновых значений соответствовало большим значениям СРПВ и ИММЛЖ для данной группы пациентов.

Таким образом, в результате исследования выявлено влияние ацетона на жесткость артерий, марганца на развитие гипертрофии миокарда.

278 НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Муха Н.В., Радаева Е.В., Перевалова Е.Б.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучение взаимосвязи допплеровских показателей потоков диастолического наполнения левого желудочка с нарушением суточного профиля артериального давления у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы: в настоящей работе представлены результаты обследования 23 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил 34±6,1 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту с основной группой пациентов. В исследование не включались пациенты старше 45 лет, имевшие различные заболевания сердца, артериальную гипертензию в анамнезе и воспалительные заболевания любой другой локализации. Эхокардиографическое исследование проводилось с помощью ультразвукового аппарата Acuson "Sequoja"-512 (США). Для оценки диастолической функции левого желудочка проводилось исследование трансмитрального потока из апикального доступа в 4-камерном сечении. Определялись следующие величины: максимальная скорость потока быстрого наполнения (Е), м/с; максимальная скорость потока артериального наполнения (А), м/с; отношение Е/А, усл. ед. Суточное мониторирование артериального давления (АД) проводилось с помощью аппарата АВРМ-04 "Meditech" (Венгрия). Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ "Statistica 6.0". Значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты: при проведении суточного мониторирования АД у 17 пациентов с хроническим простатитом (74%) был зарегистрирован патологический суточный профиль АД. Так, у 9 больных (39%) больных ХП не происходило достаточного ночного снижения систолического и/или диастолического АД (нон-дипперы). У 4 пациентов (17,8%) зафиксирована лабильная ночная систолическая артериальная гипертензия; в 17,2% случаев нарушения суточного профиля АД были представлены повышением вариабельности систолического и диастолического АД в ночные часы, а также чрезмерным ночным снижением систолического АД. У лиц контрольной группы нарушения суточного профиля АД не регистрировались. При изучении эхокардиографических показателей выявлено снижение пика Е на 27% и соотношения допплеровских скоростей трансмитрального кровотока Е/А на 24% у пациентов с нарушениями суточного профиля АД (нон-дипперы и пациенты с лабильной ночной систолической артериальной гипертензией), по сравнению с пациентами с сохраненным суточным профилем АД и показателями лиц контрольной группы.

Выводы. У больных хроническим простатитом имеет место нарушение суточного профиля АД, преимущественно в виде недостаточного ночного снижения систолического и/или диастолического АД. Наиболее часто нарушение функции расслабления левого желудочка регистрировалось у больных нон-дипперов и пациентов с лабильной ночной систолической артериальной гипертензией.

279 НАРУШЕНИЯ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Чередник А.В., Бронников С.И., Николаев М.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучение суточного профиля артериального давления у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы: в настоящей работе представлены результаты обследования 23 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил 34±6,1 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту с основной группой пациентов. В исследование не включались пациенты старше 45 лет, имевшие различные заболевания сердца, артериальную гипертензию в анамнезе и воспалительные заболевания любой другой локализации. Суточное мониторирование артериального давления (АД) проводилось с помощью аппарата АВРМ-04 "Meditech" (Венгрия). Статистическая обработка материала проведена с применением пакета статистических программ "Statistica 6.0". Значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты: при проведении суточного мониторирования АД у 17 пациентов с хроническим простатитом (74%) был зарегистрирован патологический суточный профиль АД. Так, у 9 больных (39%) больных ХП не происходило достаточного ночного снижения систолического и/или диастолического АД (нон-дипперы). У 4 пациентов (17,8%) зафиксирована лабильная ночная систолическая артериальная гипертензия; у 4 больных (17,2%) нарушения суточного профиля АД были представлены повышением вариабельности систолического и диастолического АД в ночные часы, а также чрезмерным ночным снижением систолического АД. У лиц контрольной группы нарушения суточного профиля АД не регистрировались.

Выводы. У больных хроническим простатитом имеет место нарушение суточного профиля АД, преимущественно в виде недостаточного ночного снижения систолического и/или диастолического АД.

280 СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Карамова И.М., Гареева Н.Х.

ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа, Россия

Цель исследования: оценить состояние систолической функции левого желудочка (ЛЖ) и ремоделирование миокарда у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы. В исследование включены 78 больных ОИМ, из них 38 человек – с мелкоочаговым ОИМ и 40 – с крупноочаговым ОИМ. Группу сравнения составили 37 пациентов со стабильной стенокардией II функционального класса. В контрольную группу вошли 23 здоровых лица. Исследование внутрисердечной гемодинамики выполнено с использованием методов двухмерной эхокардиографии. Оценивали линейные и объемные показатели, индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ, рассчитывали структурно-геометрические параметры и типы ремоделирования ЛЖ.

Результаты. Установлено, что у больных ОИМ были значимо увеличены параметры ИММ, конечного диастолического и конечного систолического объемов ЛЖ, а фракция выброса ЛЖ существенно снижена по сравнению контролем. Выявлено, что выраженность гемодинамических сдвигов зависела от тяжести ОИМ и была наиболее значимой при крупноочаговом ОИМ, при которой параметры ИММ ЛЖ почти в 2 раза превышали данные контроля и на 57,3% – стабильной стенокардии. Увеличение ИММ ЛЖ у больных крупноочаговым ОИМ развивалось на фоне значимого возрастания относительной толщины стенки и индекса сферичности, сопровождалось повышением миокардиального стресса ЛЖ. Максимальные показатели миокардиального стресса отмечены при крупноочаговом ОИМ, его значения в 1,6 раза превышали данные контроля и в 1,4 раза показатели стабильной стенокардии. Наиболее информативным показателем оценки выраженности ремоделирования ЛЖ при ОИМ оказался интегральный систолический индекс ремоделирования ЛЖ, его параметры при крупноочаговом ОИМ были не только меньше контроля, но и значимо отличались от данных стабильной стенокардии и мелкоочагового ОИМ.

При оценке типов ремоделирования ЛЖ установлено, что 75% пациентов крупноочаговым ОИМ имели эксцентрическую гипертрофию ЛЖ, а у больных мелкоочаговым ОИМ отмечено сочетание концентрической гипертрофии (33,3%) и концентрического ремоделирования (11,8%) с эксцентрической гипертрофией ЛЖ (41,2%).

Заключение. Развитие процессов ремоделирования миокарда с нарушениями систолической функции ЛЖ наиболее существенно при крупноочаговом ОИМ.

281 СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Гареева Н.Х.

ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа, Россия

Цель исследования: оценить уровни провоспалительных цитокинов у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в зависимости от глубины поражения миокарда.

Материал и методы. В исследование включены 78 больных ОИМ, из них 38 человек – с мелкоочаговым ОИМ и 40 – с крупноочаговым ОИМ. Группу сравнения составили 37 пациентов со стабильной стенокардией II функционального класса. В контрольную группу вошли 23 здоровых лица. Состояние внутрисердечной гемодинамики изучали методом двухмерной эхокардиографии. Содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α в сыворотке крови оценивали методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Установлено, что уровень ИЛ-6 у больных ОИМ, независимо от глубины поражения, был существенно выше данных контроля и стабильной стенокардии. Максимальные показатели ИЛ-6 выявлены у больных крупноочаговым ОИМ, его значения были в 3,6 и 2,6 раза выше контроля и величин стабильной стенокардии, на 42,4% превышали данные мелкоочагового ОИМ.

При крупноочаговом ОИМ зарегистрировано существенное повышение концентрации ИЛ-1β, его параметры были в 3 раза выше контроля и значимо отличались от показателей стабильной стенокардии и мелкоочагового ОИМ (43,4%). Содержание ФНО-α у больных ОИМ было существенно увеличено при сопоставлении с данными здоровых и больных стабильной стенокардией. Максимальные величины ФНО-α установлены при крупноочаговом ОИМ, его значения существенно превышали данные контроля, стабильной стенокардии и мелкоочагового ОИМ.

При корреляционном анализе, проведенном у больных ОИМ, установлены зависимости между уровнем провоспалительных цитокинов и показателями внутрисердечной гемодинамики. Значимая зависимость имелась между концентрацией ФНО-α и индексом массы миокарда, показателями относительной толщины стенки, индекса сферичности и миокардиального стресса левого желудочка.

Заключение. Течение ОИМ характеризуется активацией иммуновоспалительных реакций. Гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α может индуцировать процессы ремоделирования миокарда у больных ОИМ.

282 АКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Гареева Н.Х.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа, Россия

Цель исследования: определить активность противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10 у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы. В исследование включены 78 больных ОИМ, из них 38 человек – с мелкоочаговым ОИМ и 40 – с крупноочаговым ОИМ. Группу сравнения составили 37 пациентов со стабильной стенокардией II функционального класса. В контрольную группу вошли 23 здоровых лица. Исследование внутрисердечной гемодинамики проведено с использованием методов двухмерной эхокардиографии. Активность противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10) в сыворотке крови оценивали методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Установлено, что у больных ОИМ показатели ИЛ-4 были значимо снижены по сравнению с контролем и данными стабильной стенокардии. Активность ИЛ-4 при мелкоочаговом ОИМ была существенно снижена по сравнению с контролем (49,1%; $p<0,001$) и величинами стабильной стенокардии (51,3; $p<0,001$). Минимальные значения ИЛ-4 были зарегистрированы у больных острым крупноочаговым ОИМ. Содержание ИЛ-4 у больных крупноочаговым ОИМ было существенно меньше данных контроля и стабильной стенокардии, но не отличалось значимо от параметров ИЛ-4 при мелкоочаговом ОИМ.

При оценке концентрации ИЛ-10 при ОИМ установлено падение его активности независимо от тяжести ОИМ. Так, показатели ИЛ-10 при мелкоочаговом ОИМ достигали низких величин и были более, чем в 2 раза меньше контроля и данных стабильной стенокардии. Максимальное падение активности ИЛ-10 зарегистрировано при крупноочаговом ОИМ: его значения были не только ниже контроля и данных стабильной стенокардии, но и меньше уровня ИЛ-10 при мелкоочаговом ОИМ.

Заключение. Течение ОИМ сопровождается падением активности противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10, изменения которых ассоциируются с тяжестью течения острого коронарного синдрома.

283 ГИПОТЕНЗИВНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕСТАНСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Закирова А.Н., Фаткуллина Е.З., Филиппова О.А.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа, Россия

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность, влияние на метаболический профиль комбинированной терапией с использованием периндоприла и амлодипина (Престанс, Servier, Франция) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом.

Материал и методы: обследовано 27 мужчин с АГ 1-3 степени и метаболическим синдромом, средний возраст которых составил 56,3 года. Общая длительность терапии составила 12 недель. В исследование включались больные с эссенциальной АГ и метаболическим синдромом с недостаточным контролем АД (систолическое АД более 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД более 90 мм рт.ст.), несмотря на прием антигипертензивных средств, в том числе комбинации 2 и 3 антигипертензивных препаратов, с гипертрофией левого желудочка, с дислипидемией. При неэффективной монотерапии назначался Престанс 5/5 мг, неэффективной комбинации 2-х препаратов – Престанс 10/5 мг или 5/10 мг, неэффективной комбинации 3-х препаратов – Престанс 10/10 мг. Критериями исключения из исследования являлись симптоматическая АГ, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения давностью менее 3 месяцев, нестабильная стенокардия, хроническая сердечная недостаточность 3-4 ФК, сахарный диабет 1 типа или декомпенсация сахарного диабета 2 типа, печеночная и почечная недостаточность. Клиническое артериальное давление (АД) определяли, как среднее трех измерений АД 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). Лабораторные исследования проводились в исходном состоянии и через 12 недель лечения исследуемым препаратом. Клиническая эффективность и безопасность 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 таблетке Престанс однократно в утренние часы натощак в течение 12 недель.

Результаты: исходный уровень САД составил 186 мм. рт. ст., а ДАД 112 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 167,2 мм рт.ст., а ДАД – 105,3 мм рт.ст. соответственно. Через 2 месяца лечения САД равнялось 148,5 мм рт.ст., а ДАД 93, 2 мм рт.ст. соответственно. После 12 недель лечения уровень САД достиг 129,3 мм рт.ст., а ДАД 82,9 мм рт.ст. 100% больных достигли целевого уровня АД. Значимой динамики биохимических показателей крови на фоне лечения исследуемым препаратом не отмечено. Отмечалась хорошая переносимость препарата, что проявлялось повышением физической активности, уменьшением головных болей, улучшением сна.

Заключение: комбинированная антигипертезивная терапия с использованием Престанса у больных артериальной гипертензией и метаболическим синдромом характеризуется хорошей антигипертензивной эффективностью с достижением целевого уровня АД, метаболической нейтральностью, хорошей переносимостью.

284 ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АМЛОДИПИНОМ И ВАЛЬСАРТАНОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Закирова А.Н., Фахретдинова Е.Р., Зайнуллина М.Г., Соколова А.В., Стрекалова Л.Ф.
Башкирский государственный медицинский университет, Поликлиника МУГКБ №5, Уфа, Россия

Целью исследования было оценить в амбулаторных условиях эффективность и безопасность терапии больных гипертонической болезни (ГБ) комбинацией амлодипина и вальсартана. В исследовании принимало участие 25 пациентов с гипертонической болезнью 2 стадии 2-3 степени. Среди них 11 мужчин и 14 женщин, средний возраст 48±10,6 года. Диагноз гипертонической болезни подтверждался данными объективного осмотра, данных ЭКГ, СМАД, ЭхоКГ, УЗДС, лабораторных данных (уровень креатинина, микроальбуминурия, скорость клубочковой фильтрации), осмотра невролога. В исследование включены не были пациенты с нарушением функции почек, печени ишемической болезнью и сахарным диабетом. Среди пациентов было 11 человек со 2 степенью ГБ и 14 – с ГБ 3 степени, причем причиной обращения к кардиологу была рефрактерность к лечению. Всем больным была назначена фиксированная комбинация препаратов амлодипина 5 мг и вальсартана в дозе 80 мг. Эффективность лечения оценивалась по уровню снижения АД и изменению самочувствия. Больным (13 человек), у которых АД не дости-

гло целевого уровня (140/90мм рт.ст.), дозу препаратов увеличивали. У 8 пациентов использовалась фиксированная комбинация амлодипин 5 мг и вальсартан 160 мг, а у 5 больных – амлодипин 10 мг и вальсартан 160 мг. Кроме того, пациентам с гиперлипидемией были назначаны статины (симвостатин, аторвостатин). После достижения целевого уровня АД всем к лечению добавлялся аспирин 0,125 мг. При необходимости назначались мочегонные (гипотиазид). При первичном осмотре средние АД систол было 168,4±13,74 мм рт.ст. и АД диаст. – 97,4±10,35 мм рт.ст., ЧСС 79 ±19,07 в мин. В результате лечения были достигнуты следующие параметры: средние АД систол – 126,8±5,86 мм рт.ст. и АД диаст. – 75,1±2,65 мм рт.ст., ЧСС – 73,7 ±4,07 в мин. При этом отличные результаты (снижение уровня АД до 135/85 мм рт.ст. и ниже) были получены у 16 пациентов (64%), хорошие результаты (снижение уровня АД менее, чем на 20% от исходного) у 8 человек (32%), удовлетворительный результат (снижение уровня АД менее, чем на 10%) – 1 больной (4%), неудовлетворительных результатов получено не было. На фоне проводимого амлодипином и вальсартаном лечения на ЭКГ в динамике существенных изменений не отмечалось, уровень калия, креатинина, показатели липидного и углеводного обмена существенно не менялись. Причем показатели липидного обмена имели тенденцию к улучшению. Все пациенты были осмотрены через 7, 15 и 30 после начала лечения. Увеличения дозы препарата проводилось по мере необходимости. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, выявлено не было. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия после начала лечения.

Таким образом, комбинированная терапия амлодипином и вальсартаном эффективно и безопасно снижает давление до целевого уровня, при этом не оказывает существенного влияния на липидный и углеводный обмен (колебания показателей липидного и углеводного обмена статистически не достоверны), хорошо комбинируется с другими препаратами.

285 ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Залетова Т.С.
НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Цель: исследование кардиологического статуса у пациентов ожирением.

Материалы и методы. В исследовании, проводимом на базе отделения сердечно-сосудистой патологии Клиники НИИ питания РАМН, приняли участие 51 пациент в возрасте от 22 от 75 лет (17 мужчин и 34 женщины), которые были разделены на 3 группы в соответствии со степенью ожирения, по 17 человек в каждой группе. Всем пациентам было проведено обследование, включающее в себя оценку клинического статуса: опрос больного, измерение показателей центральной гемодинамики (артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), антропометрических показателей; инструментальное обследование: электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (СМЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты. Средний ИМТ в группе с ожирением I степени составил 32,6±0,39 кг/м^2, в группе с ожирением II степени – 37,6±0,38 кг/м^2 и в группе с ожирением III степени – 44,8±1,57 кг/м^2. Проведенное исследование выявило, что в группе с ожирением III степени жалобы на одышку предъявляли 94% испытуемых (16 человек), тогда как в группе с ожирением I степени – 59% (10 человек). При первичном измерении АД (на момент поступления в клинику) уровень САД у пациентов с ожирением II степени (152,7±3,93 мм. рт.ст.) и ожирением III степени (САД=142,5±5,5 мм рт.ст.) был выше, чем у пациентов с ожирением I степени (САД=135,3±3,99 мм рт.ст.) на 12,9% и 5,3%, соответственно. ЧСС у пациентов с I степенью ожирения (68,4±1,69 уд./мин.) была на 16,5% меньше по сравнению с другими группами (79,8±3,87 уд./мин. – у пациентов с ожирением II степени и 79,4±2,80 уд./мин. – с ожирением III степени). По данным СМАД максимальное САД составило 167,65±4,27 мм рт.ст. в группе с ожирением II степени, что на 10% больше чем в группе с ожирением I степени (152,5±5,02 мм рт.ст.). Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ (по данным ЭКГ) были выявлены у 71% больных с ожирением III степени и у 35% больных с ожирением I степени. При СМЭКГ в группе с ожирением I степени средняя ЧСС составила 66,8±2,26 уд./мин., а в группе с ожирением II и III степени – 70,5±2,13 уд./мин. и 71,4±1,94 уд./мин., соответственно. Желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) регистрировалась в 24% случаев у пациентов с ожирением I степени, у пациентов с ожирением II степени – в 29%, а у пациентов с ожирением III степени – 35%, соответственно. Анализ результатов ЭхоКГ выявил: размеры ЛП в группе с ожирением II степени на 8,9%, а в группе с ожирением III степени на 14,2% больше, чем в группе с ожирением I степени и составляют 4,14±0,11 см., 4,34±0,09 см. и 3,80±0,07 см., соответственно. Также отмечено возрастание Ср. ДЛА у пациентов с ожирением III степени (20,71±1,59 мм рт.ст.) по сравнению с пациентами в группах с ожирением I (14,31±0,91 мм рт.ст.) и II (13,08±0,98 мм рт.ст.) степени.

Выводы. У больных с высокой степенью ожирения быстрее развиваются и имеют более тяжелое течение артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность.

286 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

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

Цель: организация первичной профилактики у работников локомотивных бригад у категории высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и осложнений.

Материалы и методы: нами была разработана организационная модель первичной профилактики, максимально приближенная к рабочим местам, которые являются идеальным местом для обучения по формированию здорового образа жизни. Все профилактические мероприятия среди машинистов и помощников машинистов станции Барнаул (возраст 20-55 лет) выполняет сертифицированный специалист по медицинской профилактике.

Результаты. Организационная модель первичной профилактики включает в себя следующие направления. Проведение на постоянной основе "Школы здоровья на рабочем месте" с использованием наглядного демонстрационного материала, форм интерактивного общения 2 раза в неделю по 15 минут перед "графиком" локомотивных бригад. В условиях "Реабилитационного центра" при локомотивных депо, специалист проводит индивидуальное консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции факторов риска (питания, двигательной активности, режима сна, условий быта и отдыха) и обучение эффективным методам профилактики заболеваний. Для повышения мотивации расчет суммарного коронарного риска проводится совместно с работником по скрининговой шкале SCORE, кроме того рассчитывается суммарный 10-летний риск развития ишемических событий по шкале PROCAM. По результатам обследования формируются группы низкого, среднего, высокого риска развития ССЗ для начала проведения ранних профилактических мероприятий. На каждого работника введена первичная документация – карта здоровья, включающая оценку и мониторинг традиционных и психосоциальных факторов риска и суммарного коронарного риска. Для повышения ответственного отношения к своему здоровью и освоению навыков здорового образа жизни осуществляется выдача методических рекомендаций и индивидуального плана профилактических мероприятий с дневником само-

наблюдения (ежедневное измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, самоконтроль модифицируемых факторов риска, дневник питания...). В популяционной стратегии профилактики широко используются возможности СМИ: в газете "Локомотивщик Алтая" ведется постоянная рубрика "Сохраним профессиональное долголетие", где работники получают информацию о факторах риска и компетентные ответы от ведущих специалистов по формированию здорового образа жизни. Данные анкетирования показывают повышение мотивации к изменению и контролю за факторами риска у 31,5% опрошенных и 100% считают необходимым продолжение образовательных профилактических мероприятий.

Таким образом, организационная модель первичной профилактики ССЗ направлена на повышение безопасности движения на железнодорожном транспорте и сохранение профессионального долголетия работников локомотивных бригад.

287 ВЛИЯНИЕ МИОКАРДИАЛЬНЫХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ АНТИОКСИДАНТНОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ НА ИНОТРОПНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА ПРИ ЕГО ХРОНИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Замотаева М.Н., Инчина В.И., Чаиркин И.Н., Дроздов И.А., Кузнецов Ю.В.

ГОУ ВПО Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия; Институт биохимической физики РАН, Москва, Россия

Цель: оценить влияние миокардиальных цитопротекторов антиоксидатного типа действия на инотропную функцию миокарда и интенсивность процессов перекисного окисления липидов при хроническом его повреждении в эксперименте.

Материалы и методы: эксперименты проводились на 35 нелинейных белых крысах. Исследовано 5 групп животных: 1-ая – интактные крысы, 2-ая – контроль с хроническим повреждением миокарда (3-кратное, через 48 часов, внутрибрюшинное введение адреналина гидрохлорида 1мг/кг и окситоцина 5ЕД/кг) без коррекции, 3-я – с коррекцией мексидолом в дозе 25мг/кг, 4-ая – с коррекцией 3-оксипиридина гемисукцинатом 22мг/кг, 5-ая с коррекцией 3-оксипиридина фумаратом 25мг/кг, вводимыми внутрибрюшинно после формирования модели ежедневно в течение 10 суток. По окончанию эксперимента производилась цифровая запись механического сокращения миокарда и оценивался уровень малонового диальдегида (МДА) в плазме крови животных.

Результаты: в 1-ой группе животных амплитуда сердечных сокращений составила 31,5±1,4Мв, а уровень МДА – 2,86±0,8ммоль/л, в контроле сократимость снизилась на 22,2%, уровень МДА достоверно повысился на 155% ($p_и$<0,05), в 3-ей группе животных амплитуда сокращений достоверно увеличилась на 41,5% по сравнению с контрольной группой ($p_к$<0,05), а уровень МДА снизился на 14% по сравнению с контролем, в 4-ой серии амплитуда сердечных сокращений достоверно превосходила контрольную группу на 58,7% ($p_к$<0,05) а уровень МДА достоверно снизился на 88%($p_к$<0,05), в 5-ой группе сократимость снизилась на 9,8%, а уровень МДА достоверно снизился на 25,2% по сравнению с контрольной группой ($p_к$<0,05).

Выводы: 3-оксипиридина гемисукцинат, мексидол в дозах 22мг/кг и 25мг/кг соответственно уменьшают выраженность процессов ПОЛ и повышают сократимость миокарда при хроническом его повреждении в эксперименте.

3-оксипиридина фумарат в дозе 25мг/кг так же оказывает антиоксидантное действие, но не повышает сократимость миокарда. Таким образом, наиболее выраженный положительны инотропный эффект, сопровождающийся снижением процессов ПОЛ оказывает 3-оксипиридина гемисукцинат в дозе 22мг/кг.

288 ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Занозина О. В., Боровков Н. Н.

ГОУ ВПО "Нижегородская государственная медицинская академия", Нижний Новгород, Россия

Цель: уточнить влияние окислительного стресса (ОС) на развитие и прогрессирование ишемической болезни (ИБС) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Методы исследования. Нами обследовано 34 пациента, страдающих СД 2 типа. У 16 из них была диагностирована ИБС: стенокардия напряжения IIКФК. Гликозилированный гемоглобин составил 7,2%, длительность СД 2 типа – 8,4 года, возраст больных – 62 года. В группе с ИБС длительность последней составила 5,6 года. Диагноз подтверждён с помощью коронарографии. Контрольную группу составили 8 пациентов. По полу и возрасту группы были сопоставимы. Всем пациентам проведена эходоппплерокардиография (ЭхоКГ) на аппарате "ALOKA SSD-4000 – ProSound" (Япония) с определением следующих показателей: толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечного диастолического и конечного систолического размеров (КДР и КСР соответственно), фракции выброса (ФВ), фракционной сократимости (ФС). Оценивали скоростные и временные показатели: Е- максимальную скорость раннего диастолического наполнения левого желудочка, А- максимальную скорость позднего диастолического наполнения, их отношение – Е/А, DTe – время замедления раннего диастолического наполнения и IVRT – время изоволюметрического расслабления. Оценивали интегральную интенсивность (Imax) ОС, молекулярные продукты пероксидации – уровни диеновых конъюгатов, триеновых конъюгатов, малонового диальдегида, окислено модифицированных белков (ОМБ) – альдегид-динитрофенилгидразонов (АДФГ), кетон-динитрофенилгидразонов (КДФГ), определяли общую антиоксидантную активность (ОАА), активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КАТ),

Результаты исследования: у пациентов, страдающих СД 2 типа и ИБС, по сравнению с контролем, отмечается 2-х кратное увеличение содержания АДФГ, в 12,5 раз увеличено содержание КДФГ, что свидетельствует о более выраженном ОС при наличии у пациентов ИБС. Отмечена корреляция Е/А с Imax (r= – 0,37; p=0,048) и ОАА (r=0,29; p=0,037). С увеличением длительности заболевания происходило достоверное снижение коэффициента Е/А (p=0,03) и ОАА (p<0,001). При компенсированном СД 2 сохранялись условия для снижения ФВ, что можно объяснить взаимосвязью данного показателя с активностью КАТ (r=0,45, p=0,04), а при декомпенсации – значительной корреляцией ФВ с КДФГ (r=-0,58, p=0,02), а также корреляцией ФС с ОМБ (r=-0,81, p<0,001 и r=-0,67, p=0,006 соответственно).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о механизме влияния окислительного на развитие и прогрессирование ИБС и сердечной недостаточности у больных СД.

289 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАПОЛЯРЬЯ

Затонская Е.В., Гоголашвили Н.Г., Матюшин Г.В., Новгородцева Н.Я.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью нашей работы было изучение распространенности желудочковых нарушений ритма сердца в популяции населения города Норильска по данным однократной регистрации ЭКГ.

Проводилось эпидемиологическое обследование лиц, наблюдающихся на одном из терапевтических участков

г.Норильска. Возрастно-половой состав жителей участка существенно не отличался от возрастно-полового состава городского населения Красноярского края. На начало обследования количество лиц, проживающих на участке, составило 1658 человек.

Была проведена 25% выборка по таблице случайных чисел и алфавитному списку, отобрано 411 человек: 181 мужчина и 230 женщин в возрасте 20 лет и старше, проживающих на данном участке. Удалось обследовать 348 человек: 152 мужчин и 196 женщин. Охват составил 84,7% от объема случайной выборки.

Исследование включало в себя анкетирование, клинический осмотр, двухкратное измерение АД в состоянии покоя, запись стандартной ЭКГ с непрерывной регистрацией 100 кардиоциклов в одном из отведений. Результаты анализировались в возрастных группах: 20-39 лет, 40 лет и старше. Достоверность различий определялась с использованием критерия углового преобразования Фишера. Достоверными считались различия при значении $p<0,05$.

В результате исследования были получены следующие данные.

Распространенность желудочковых нарушений ритма по данным однократной регистрации ЭКГ в обследованной популяции составила 2,9%.

У мужчин данные нарушения наблюдались значительно чаще, чем у женщин: 5,3% и 1,1% соответственно ($p=0,009$).

В возрастной группе 20-39 лет желудочковые аритмии не регистрировались. В возрастной группе 40 лет и старше данные нарушения были выявлены у 4,8% обследованных. В этой возрастной группе у мужчин желудочковые нарушения ритма наблюдались в 9,5%, у женщин – в 1,6% случаев. При этом отмечались достоверные различия в распространенности данных нарушений у мужчин и женщин ($p=0,004$).

Во всех случаях регистрировалась только желудочковая экстрасистолия (ЖЭ). Монотопная ЖЭ наблюдалась у 2,3%, политопная ЖЭ – у 0,6% обследованных.

Монотопная ЖЭ зарегистрирована у 3,9% обследованных мужчин и 1,1% обследованных женщин. Данное нарушение в возрастной группе 40 лет и старше отмечалось в 3,9% случаев: у 7,1% мужчин и 1,6% женщин этого возраста.

Политопная ЖЭ регистрировалась только у мужчин. Данное нарушение было выявлено у 1,3% обследованных мужчин. В возрастной группе 40 лет и старше распространенность политопной ЖЭ составила 1,3%. У мужчин этой возрастной группы данное нарушение ритма отмечалось в 2,4% случаев.

290 ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Захарова Е.Х., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель исследования. Целью настоящей работы было оценить с помощью тканевой допплер-эхокардиографии (ТДЭхоКГ) динамику показателей сегментарной систолической и диастолической функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) при проведении нагрузочной пробы с изометрической нагрузкой.

Материалы и методы. Всего было обследовано 87 пациентов (87 мужчин, средний возраст 53,7±0,74 года), из них – 60 больных с верифицированным диагнозом ИБС и 27 пациентов без ИБС. Для оценки регионарной систолической и диастолической функции ЛЖ использовали режимы ТД в проекциях по длинной оси левого желудочка из верхушечного доступа в базальных сегментах миокарда ЛЖ (используя 16 сегментарную схему деления миокарда ЛЖ). Оценивались следующие параметры: в импульсно-волновом режиме ТД оценивались скорости продольного движения миокарда в базальных сегментах ЛЖ: пиковую систолическую (s, см/с), пиковую раннюю (e, см/с) и позднюю (a, см/с) диастолические скорости и отношение e/a; в режиме обработки цветового ТД оценивалась продольная деформация (максимальный систолический strain,%) миокарда ЛЖ. Оценку показателей проводили в покое и на пике изометрической нагрузки.

Результаты. В группе пациентов без ИБС (оценено 162 сегментов) при проведении изометрической нагрузки выявлено достоверное увеличение скоростей продольного движения миокарда: пик s (см/с) (5,32±0,17 и 5,6±0,17 $p<0,001$, соответственно), пик e (см/с) (6,0±0,29 и 6,11±0,28, $p<0,001$ соответственно), пик a (см/с) (5,46±0,19 и 6,54±0,25, $p<0,001$, соответственно), и снижение отношения e/a (см/с) (1,18±0,06 и 1,02±0,05, $p=0,002$, соответственно). Продольная деформация (strain) (%) (-18,11±1,02 и -17,25±0,74, $p=0,54$, соответственно) в сравнении с исходными данными не различалась. В группе пациентов с ИБС (оценено 413 сегментов) на пике изометрической нагрузки были получены следующие результаты: Выявлено достоверное снижение скорости продольного движения миокарда в раннюю диастолу пик e (см/с) (4,71±0,11 и 4,19±0,12, $p<0,001$ соответственно), увеличение в позднюю диастолу пик a (см/с) (4,86±0,1 и 5,73±0,15, $p<0,001$, соответственно) и снижение отношения e/a (см/с) (1,08±0,03 и 0,84±0,03, $p<0,001$, соответственно). Пиковая систолическая скорость пик s (см/с) (4,21±0,12 и 4,47±0,18, $p=0,32$) и продольная деформация (strain) (%) (-12,85±0,33 и -12,47±0,41, $p=0,22$, соответственно) в сравнении с исходными данными не различались.

Заключение. Таким образом, при проведении нагрузочной пробы с изометрической нагрузкой реакция сегментарной систолической и диастолической функции ЛЖ у больных с ИБС и без ИБС была различной. В группе пациентов с ИБС были выявлены нарушения сегментарной диастолической функции при неизмененных показателях сегментарной систолической функции ЛЖ. Проведение стресс-эхокардиографии с изометрической нагрузкой может использоваться в качестве дополнительного метода в диагностике скрытой ИБС у больных.

291 ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

***Зелендинова А.Р., *Бондарева И.Н., *Савельева И.А., *Лихачева Т.Ю., ***Смакотина С.А.*

*ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница, Кемерово, Россия; **Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово, Россия; ***НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СОРАМН, Кемерово, Россия;

Цель. Оценить показатели эхокардиографии и эндотелиальной функции у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы: Обследован 31 пациент (мужчин – 5 и женщин – 26) с ревматоидным артритом (средний возраст – 48,8±5,2 года). Средняя продолжительность ревматоидного артрита – 8,1±2,7 лет, без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. При проведении эхокардиографии оценивались размеры левого предсердия, левого желудочка, величины конечного диастолического, конечного систолического объема левого желудочка, ударного объема сердца, фракции выброса левого желудочка. Статистическая обработка материала с помощью пакета “Statistic 7” Me± квартильное отклонение.

Полученные результаты. По данным эхокардиографии у 20 (64,5%) пациентов с ревматоидным артритом, без наличия сердечно-сосудистой патологии в анамнезе отмечалась гипертрофия левого желудочка (индекс массы миокарда левого желудочка составил – 142,42±9,86г/м^2). Пик Е у больных составил 0,78±0,15 м/с, пик А – 0,62±0,13 м/с, соотношение Е/А – 1,2 ± 0,45 м/с. Выявлена обратная связь между Е/А

и уровнем конечного диастолического объема левого желудочка (r=-0,452; p=0,002). При оценке ультразвуковой визуализации плечевой артерии была выявлена дисфункция эндотелия сосудов в виде нарушения способности к вазодилатации: среднее значение диаметра плечевой артерии составил – 3,9±0,45 мм, после проведения пробы с реактивной гиперемией эндотелийзависимая вазодилатация составила 4,2±0,55мм, отмечалось снижение эндотелийнезависимой вазодилатации до 4,6±0,45мм. Выявлена обратная корреляция между диаметром плечевой артерии и показателем диастолической функции левого желудочка E/A (r=-0,711; p=0,03)

Заключение. У пациентов с РА без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии имеется гипертрофия миокарда левого желудочка и наличие диастолической дисфункция левого желудочка. Вероятно, в основе данных нарушений лежит эндотелиальная дисфункция. Своевременная диагностика эндотелиальной, диастолической дисфункции левого желудочка поможет предотвратить, в дальнейшем, развитие сердечно-сосудистых осложнений.

292 АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Зиновьева Н.А., Алексеева Г.В., Подпорин А.А.

Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Анализ догоспитального этапа у пациентов с подтвержденным диагнозом острого инфаркта миокарда.

Материалы исследования. Группу больных составили 60 человек (46 мужчин и 14 женщин). Возраст варьировал от 34 до 73 лет и составил в среднем (55,08±10,98). У 63,3% больных инфаркт миокарда был первым клиническим проявлением ишемической болезни сердца (ИБС). При тщательном сборе анамнеза примерно у половины больных (29 человек) выявлялся различный по длительности период (от 3-х дней до 3-х недель) нестабильного течения стенокардии. В связи с появившимися клиническими проявлениями заболевания лишь 9 человек обратились за медицинской помощью и четверо из них были госпитализированы. Остальные 20 человек за медицинской помощью не обращались в связи с недооценкой своего состояния или связывали появившиеся болевые ощущения с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, позвоночника. У подавляющего числа больных (46 человек) клиническая картина острого инфаркта миокарда была представлена типичным длительным ангинозным синдромом в прекардиальной области. У 6-ти больных дебют заболевания характеризовался развитием аритмий. Более редкими были цереброваскулярный и абдоминальный варианты заболевания. У 2-х больных развился приступ сердечной астмы. У 1-го больного локализация болевого синдрома носила атипичный характер. 51,6% больных были госпитализированы в первые 6 часов от начала заболевания. 18,3% больных были госпитализированы в срок до 12 часов. Поздние сроки госпитализации от 12 часов до 3-х недель от начала развития заболевания выявлены у 30% больных, что было связано с их несвоевременным обращением за медицинской помощью.

Системный тромболизис был успешно выполнен 7-ми пациентам. 2-м больным проводились чрезкожные коронарные вмешательства – ангиопластика и стентирование инфаркт-связанной артерии в сроки до 72 часов. 3-м больным эндоваскулярные вмешательства были выполнены в более поздние сроки. Во время госпитализации у подавляющего большинства пациентов (89,3%) были выявлены сочетание 2-х и более факторов риска развития и прогрессирования ИБС: гипер- и дислипидемия, избыточная масса тела, артериальная гипертензия, курение, нарушение толерантности к глюкозе, отягощенная наследственность по ИБС и пр. У 3-х пациентов был впервые выявлен сахарный диабет 2 типа. На догоспитальном этапе большинство пациентов не уделяли внимание контролю артериальной гипертензии, биохимических показателей и не получали систематической медикаментозной терапии.

Выводы. Поздняя госпитализация больных с острым инфарктом миокарда в основном была связана с их несвоевременным обращением за медицинской помощью в связи с недооценкой появившихся симптомов заболевания. Важными условиями эффективности первичной и вторичной профилактики ИБС являются: раннее выявление факторов риска заболевания, диспансеризация больных, организация и проведение образовательных программ для пациентов.

293 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Зуннунов З.Р.

Филиал РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации, Термез, Узбекистан

Под метеопатогенными механизмами подразумеваются причинно-следственные связи определенного комплекса климато-погодных (метеорологических, синоптических и гелиофизических) факторов, оказывающих непосредственное действие на организм человека.

Раскрытие механизмов влияния метеопатогенных факторов на процессы, происходящие в биосистемах, являются ключевой позицией для создания метеопатогенной теории воздействия климато-погодных факторов на биологические системы (в т.ч. на человека) и при разработке критериев адаптации и эффективности систем совершенствования здоровья здоровых, оздоровления больных и профилактике различных заболеваний, а также их осложнений.

На основании наших многолетних наблюдений и исследований, а также данных литературы нами сформулирована следующая схема влияния климато-погодных факторов: гелио-геофизические возмущения → резкие колебания метеорологических и синоптических погодообразующих факторов → изменения в физиологических параметрах организма (физиологические-адаптивные, – у адаптированных лиц; и патологические дизадаптивные – у неадаптированных и ослабленных лиц). Нами раскрыт единый патофизиологический механизм метеопатических реакций и обострений заболеваний в аридной зоне, в основе которой находится гипоксия, развивающаяся как в фазе продромы – перед вторжением холодных воздушных масс (развивается внешняя погодная гипоксия), так и в фазе их вторжения (развивается внутренняя циркуляторная гипоксия из-за спазмы сосудов), а также теплового дискомфорта (развивается гипертермальная погодная гипоксия), что является пусковым “стартером” развития метеопатических реакций или обострения основного заболевания у больных с внутренней патологией.

Исходя из результатов многолетних исследований, мы считаем, что исследования важнейшей проблемы: внешняя среда – человек – здоровье, необходимо проводить в следующих направлениях:

1. В общебиологическом аспекте – исходя из концепции, что сам патологический процесс представляет собой нарушения жизнедеятельности, несостоятельность компенсаторно-приспособительных механизмов, особую неустойчивость организма, который в периоды таких нарушений становится весьма чувствительным к воздействию любых, в т.ч. внешних, факторов.

2. В общемедицинском, клиническом аспекте – Глобальные климато-географические и гелиогеофизические факторы оказывают и являются “пусковыми” факторами, “стартерами” в патогенезе обострений многих заболеваний. Следовательно, необходимо изыскание путей социальной и медицинской защиты населения постоянно и временно проживающего в экстремальных регионах, а также повышения адаптационных возможностей организма.

3. В аспекте клинической климатологии, климатотерапии и курортологии – необходимость широкого изучения курортных климатических и бальнеологических ресурсов оказывающих целебное действие, активного использования этих природных факторов в лечебно-оздоровительных целях.

294 ВЛИЯНИЕ ПРЕДГОРНОЙ СПЕЛЕОТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Зуннунов З.Р., Убайдуллаев А.М., Нуров И.Х.

Филиал РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Термез, Узбекистан; РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние предгорной спелеотерапии (СТ) на клинико-физиологические параметры больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на этапе реабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 86 больных ИБС в сочетании с ХОБЛ, из них (58 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 25 до 65 лет. I-группа (основная) 68-больных получали спелеотерапию сочетании с базисной терапией (B_2-агонисты, ингаляционную кортикостероиды и др). II-группа (контрольная) 18-больных получали базисную терапию без спелеотерапии. Клинико-лабораторные исследования проводились до и после СТ. ФВД исследовали при помощи компьютерной спирометрии (фирма "Schiller", Щвецария). при этом анализировали следующие основные показатели – жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$), $ОФВ_1$/ЖЕЛ – показатель Тиффно, максимальную объемную скорость выдоха на уровне 25, 50 и 75% ЖЕЛ ($МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$ соответственно), (ПОС) пиковую объемную скорость выдоха.

Результаты. При исследовании системы ФВД до лечения обнаружено, что из всех обследованных 86 больных ХОБЛ, у 43 больного имело место обструкция на уровне периферических отделов бронхов, у 27 на уровне центральных отделов, у 16 больных отмечалась генерализованная обструкция. В целом, выявлены значительные нарушения физиологических параметров системы ФВД – низкая ЖЕЛ (67,4±4,9%), а также ОФВ1 (48,89±6,3%), ОФВ1/ЖЕЛ (72,00±4,8%), ПОС (43,89±6,3%), ФЖЕЛ (66,7±5,11%), $МОС_{25}$ (28,33±2,4%), $МОС_{50}$ (28,00±4,7%), МОС75 (32,00±4,8%), $СОС_{25-75}$ (37,4±7,9%).

После четвертой процедуры СТ у больных I группы – отмечалось некоторое уменьшение обструктивных явлений: несколько уменьшилась одышка, также сухие хрипы в легких, увеличилось отхождение мокроты. Положительная динамика клинических симптомов заболевания сопровождалась незначительными благоприятными сдвигами функции внешнего дыхания. Так, после четвертой процедуры у больных обеих групп несколько увеличились (P>0,05) показатели объемной максимальной скорости ($МОС_{25}$; $МОС_{50}$; $МОС_{75}$), что свидетельствует о некотором улучшении бронхиальной проходимости на уровне периферических отделов бронхов.

В конце курса СТ у 95,8% больных I группы одновременно с положительной динамикой клинической симптоматики, улучшились параметры системы функции внешнего дыхания. Так, достоверно повысились ЖЕЛ (81,6±3,74%); ОФВ1 (60,35±4,2%); ПОС (58,33±5,73%); ОФВ1/ЖЕЛ (76,89±6,3%); ФЖЕЛ (73,33 ±4,27%); $МОС_{25}$ (36,33±4,4%); $МОС_{50}$ (38,78±4,7%); $МОС_{75}$ (46,33±6,8%); $СОС_{25-75}$ (61,3±5,2%) и стабилизировались. Все это свидетельствует об уменьшении или исчезновении обструктивных нарушений на всех уровнях воздухоносных путей. В отличие от I-ой группы, у больных II-ой контрольной группы, получавших только базисную терапию клинические показатели и параметры системы ФВД улучшились менее значительно, достоверно по сравнению с исходным. В конце курса лечения отмечалось незначительное повышение показателей ЖЕЛ (75,5±3,9%); ОФВ1 (54,33±3,9%); ПОС (50,21±5,2%); ОФВ1/ЖЕЛ (73,86±3,2%); ФЖЕЛ (69,43±5,8%); $МОС_{25}$ (32,35±2,7%); $МОС_{50}$ (31,71±4,6%); $МОС_{75}$ (39,73±5,4%); $СОС_{25-75}$ (50,8±3,3%) (P<0,05).

Выводы. Таким образом, применение СТ в комплексном лечении больных ИБС в сочетании с ХОБЛ позволяет добиться значительного улучшения клинико-физиологических параметров, повышая эффективность проводимой терапии на этапе реабилитации.

295 ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ КУРОРТНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СПЕЛЕОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПЕЩЕРЫ "ХОДЖАЙКОН" ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Зуннунов З.Р., Убайдуллаев А.М., Нуров И.Х.

Филиал РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Термез, Узбекистан; РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: – изучить эффективность комплекса факторов спелеотерапевтической (СТ) пещеры у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на восстановительном этапе.

Материал и методы. Исследования физико-химических параметров воздуха пещеры "Ходжайкон" показали, что в пещере "Ходжайкон" наблюдается стабильные, комфортные погодные условия с умеренной внешней погодной гипоксией и гипобарией.

Так, температура в переделах 18,1+20,1C^0, атмосферное давление-698,3-698,8 мм.рт.ст, влажность воздуха – 50-60%, скорость ветра -0,2 м/сек, парциальная плотность кислорода от 254,3 до 254,8 г/м.куб были стабильными и комфортными, ионизация воздуха колебалась от 420 до 1000 в/см.куб, бактериальная обсемененность воздуха очень низкая –1-3 микробных тела в 1м.куб.

Обследованы 194 больных ХОБЛ в стадии ремиссии и неполной ремиссии, которые были разделены на 2 репрезентативные группы.

I-группа (основная) 165 больных (112 мужчин и 53 женщин), в возрасте от 30 до 60 лет, средний возраст 42,1±2,8 лет, получали спелеотерапию в сочетании с базисной терапией – B_2-агонисты, ингаляции кортикостероидов и др).

II- группа (контрольная) – 29 больных, (18 мужчин, 11 женщин), средний возраст 41,7±2,8 лет, получали базисную терапию без спелеотерапии.

До, и после заключительной процедуры изучали вентиляционную функцию легких на основании данных исследования системы ФВД при помощи компьютерной спирометрии SP-260; (фирма "Schiller", Щвецария).

Эффективность лечения оценивали также по клиническим критериям, что проявлялись в уменьшении или исчезновении одышки, кашля, урежении и прекращении приступов удушья, облегчении отхождения мокроты, лучшей переносимости повседневных физических нагрузок, седативном эффекте, а также по показателям иммунной системы.

Результаты исследования показали, что в конце курса спелеотерапии у 95,7% больных одновременно с положительной динамикой клинической симптоматики значительно улучшились параметры системы функции внешнего дыхания. Так, достоверно повысились ЖЕЛ (81,6±3,74%); $ОФВ_1$ (70,35±4,2%); ПОС (64,33±5,73%); $ОФВ_1$/ЖЕЛ (76,89±6,3%); ФЖЕЛ (73,33±4,27%); $МОС_{25}$ (42,33±4,4%); $МОС_{50}$ (40,78±4,7%); $МОС_{75}$ (46,33±6,8%); $СОС_{25-75}$ (61,3±5,2%) и стабилизировались. Все это свидетельствует об уменьшении или исчезновении обструктивных нарушений на всех уровнях воздухоносных путей.

У больных получивших базисную терапию без спелеотерапии клинические показатели и параметры системы ФВД после заметно изменялись, однако несколько выражено, как у больных 1-группы, тем не менее отмечались достоверное повышение показателей ЖЕЛ (73,5±3,9%); $ОФВ_1$ (62,33±3,9%); ПОС (50,21±5,2%); ОФВ1/ЖЕЛ (69,86±3,2%);

ФЖЕЛ (64,43±5,8%); $МОС_{25}$ (32,35±2,7%); $МОС_{50}$ (31,71±4,6%); $МОС_{75}$ (39,73±5,4%); $СОС_{25-75}$ (60,8+3,3%) (P<0,05).

Заключение: проведенное исследование показало, что СТ значительно повышает эффективность проводимой базисной терапии, оказывая противовоспалительное, секретолитическое, бронхолитическое действия, что ведет к существенному улучшению бронхиальной проходимости у больных ХОБЛ.

296 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Ибатов А.Д.
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с постинфарктным кардиосклерозом в зависимости от характера перенесенного инфаркта миокарда.

Методы исследования: обследовано 103 пациента, перенесших инфаркт миокарда. Больные разделены на две группы в зависимости от характера перенесенного инфаркта миокарда. В первую группу вошли 76 пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда, средний возраст 55,2±1,0 года. Во вторую группу вошли пациенты, перенесшие инфаркт миокарда без зубца Q, средний возраст 55,4±8,5 года (p>0,05). Вариабельность ритма сердца изучали по 5-минутным записям кардиоинтервалограммы в положении лежа на спине в состоянии расслабленного бодрствования.

Полученные результаты: группы не различались по полу и возрасту, проводимой терапии.

Показатели вариабельности ритма в покое исходно у больных, перенесших Q-инфаркт миокарда, и больных, перенесших инфаркт миокарда без зубца Q, составили соответственно: ЧСС – 62,8±1,2 и 61,1±1,6 уд/мин (p>0,05), SDNN – 28,6±1,7 и 29,7±1,7 мс (p>0,05); rMSSD – 20,6±1,6 и 24,6±2,6 мс (p>0,05), pNN50% – 4,2±1,1 и 5,0±1,3 (p>0,05); TP – 780,7±136,7 и 710,8±72,1 мс2 (p>0,05); HF – 133,3±23,1 и 186,1±30,0 мс2 (p>0,05); LF – 173,1±20,6 и 245,0±34,2 мс2 (p>0,05); VLF – 474,3±109,7 и 279,6±32,3 мс2 (p>0,05); HF% – 17,1% и 26,2% (p>0,05), LF% – 22,2% и 34,5% (p>0,05), VLF% – 60,8% и 39,3% (p<0,05). Вегетативный баланс в покое у 45,9% больных, перенесших Q-инфаркт миокарда, был отклонен в сторону преобладания парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, у 23,0% – отмечалась эйтония и у 31,1% – преобладала активность симпатического отдела вегетативной нервной системы. У пациентов, перенесших инфаркт миокарда без зубца Q, аналогичные показатели составили соответственно 44,0% (p>0,05), 24,0% (p>0,05) и 32,0% (p>0,05).

Выводы: таким образом, у больных, перенесших Q-инфаркт миокарда, по сравнению с больными, перенесших инфаркт миокарда без зубца Q, вариабельность ритма сердца в покое существенно не различалась, в то же время отмечалась более выраженная составляющая, в процентном отношении, мощности спектра волн очень низкой частоты, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

297 ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖУЛУДОЧКА

Иваненко В.В., Темирсултанова Т.Х, Лопатин Ю.М.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия; Волгоградский центр кардиологии, Волгоград, Россия

Цель: увеличение жесткости артерий играет важную роль в изменении сердечно-сосудистой системы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с нормальной фракцией выброса. Целью нашего исследования было изучение параметров центрального аортального давления у больных с ИБС и хронической сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ХСН-ССФ ЛЖ).

Материалы и методы. В простое исследование были включены 52 мужчин. Средний возраст составил 55,1±1,1 лет, систолическое АД (САД) на плечевой артерии 126,7±2,1 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) на плечевой артерии 74,5±1,2 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 49,3±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). Также, проводилась оценка эндотелиальной функции с помощью пробы с реактивной гиперемией по результатам изменения СПВ на лучевой артерии (аппарат "COMPLIOR 2"). Данные представлены в виде M+m, или Медиана [25; 75 процентиль]. Применялся коэффициент корреляции Пирсона, Спирмена.

Результаты. СПВ у больных с однососудистым поражением составила 9,7±0,3 м /сек, но у пациентов с поражением нескольких сосудов СПВ составил 11,1±0,4 м/сек (p <0,05). Изменение СПВ с реактивной гиперемией составило 4,9 [-3,4; 13,37]% (нормальное значение 10-20%, p <0,05). Среднее плечевой систолического и диастолического АД 124,9±2,3 мм рт.ст. и 77,7±1,3 мм рт.ст. Параметры аппланационной тонометрии у больных с ИБС и ХСННФВ были: аортального систолического АД было 115,9±2,2 мм рт.ст., диастолического АД 78,9±1,4 мм рт.ст., давления аугментации (АР) 10,5 [6,8; 14] мм рт.ст., индекс аугментации (AI) 27,5 [19,8; 33,3%], время отражения (Tr) 144,3±1,9 мсек, длительность выброса (ЭД) 319,8±3,4 мс, Buckberg индекс 187,0±4,4%, СПВ 10,8±0,3 м/сек. Положительная связь между прогрессивным увеличением СПВ и тяжестью поражения коронарных артерий была найдена у пациентов с ИБС и ХСН-ССФ ЛЖ: корреляции со степенью поражения коронарных артерий, с числом перенесенных инфарктов миокарда в анамнезе и приступов стенокардии (r=0,32, p <0,05). У пациентов с однососудистым поражением было отмечено наличие корреляций, между изменением СПВ и АР, r=0,48 (p <0,05), что не наблюдалось у пациентов с многососудистым поражением. Увеличение показателей аугментации (АР, AL) были связаны с фракцией выброса левого желудочка, r=-0,62, -0,67 (p<0,05).У пациентов с ИБС и ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ прослеживалась связь с увеличением показателей аугментации и замедленной релаксацией ЛЖ (E / A <1,0), r=-0,64, -0,59 (p <0,05). Корреляция между Tr и AI (r=0,54, p <0,01) демонстрирует увеличение постнагрузки ЛЖ.

Выводы: Измерение показателей центрального аортального давления и СПВ отражает тяжесть пациентов с ИБС и ХСН-ССФ ЛЖ и могут быть использованы для стратификации риска.

298 КЛИНИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА МВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Иванова Е.П., Морозова Т.Е., Рыкова С.М.
ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель. Изучить клинические и фармакоэкономические эффекты триметазидина МВ в составе комплексной терапии

у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), осложнившей течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы исследования. Влияние добавления триметазидина МВ к стандартной терапии ХСН на функциональный класс ХСН, параметры Холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ и тредмил-теста изучали у 82 больных ИБС, осложнившейся развитием ХСН II-III ФК (м.-67, ж.-15, ср.возраст-62,2±7,3 года). При анализе ХМ оценивали количество парных желудочковых экстрасистол (ЖЭ), эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ), изолированных ЖЭ, суточную продолжительность эпизодов депрессии сегмента ST. Фармакоэкономический анализ 2-х режимов терапии проводили методом расчета соотношения затраты/эффективность по каждому параметру. Перед исследованием у всех пациентов была достигнута стабилизация состояния на фоне стандартной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, сердечными гликозидами, диуретиками, бета-адреноблокаторами, на фоне которой 40 больным (1 гр.) был добавлен триметазидинМВ в дозе 70 мг/сут., остальные 42 больных (2 гр.) получали стандартную терапию без триметазидина. Длительность наблюдения составила 16 недель.

Полученные результаты. Через 16 недель лечения ФК ХСН снизился на 11% ($p<0,05$) и 10% ($p<0,05$), соответственно. По данным ХМ в 1 гр. количество парных желудочковых экстрасистол (ЖЭ) уменьшилось на 57,6% ($p<0,05$), во 2 – на 28,8% ($p<0,05$), эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ) – на 58,3% ($p<0,05$) и 36,8% ($p<0,05$) соответственно, изолированных ЖЭ – на 23,6% ($p>0,05$) и 6,9% ($p>0,05$) соответственно, а также уменьшение продолжительности эпизодов депрессии сегмента ST в 1 гр. на 55,5% ($p<0,05$), во 2-й – на 23,3% ($p<0,05$). По данным тредмил-теста максимальная мощность нагрузки у больных 1 гр. возросла на 12,3% ($p<0,05$), 2-ой – на 6,7% ($p<0,05$), общая продолжительность нагрузки возросла на 16,8% ($p<0,05$) и 8,2% ($p<0,05$) соответственно. Соотношение стоимость/эффективность, выраженное в рублях/1%эффективности, рассчитанное по ФК ХСН составило в 1 гр. 2256, во 2 – 3550; по переносимости физической нагрузки – 2018 и 3179 соответственно; по продолжительности эпизодов депрессии сегмента ST – 1394 и 1677 соответственно; по динамике количества ЖЭС – 431 и 739 соответственно.

Выводы. Добавление к стандартной терапии больных ХСН метаболического препарата триметазидинаМВ позволяет достичь более выраженного положительного влияния на ФК ХСН, переносимость физических нагрузок и снижения эктопической активности сердца. Наименьшее соотношение стоимость/эффективность при добавлении к стандартной терапии триметазидина с фармакоэкономической точки зрения свидетельствует о преимуществах данного режима терапии, обладающего меньшими затратами на единицу эффективности.

299 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ КОРРЕКЦИИ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ЛИЦ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

[1]Иванова Е.С., [2]Мухарлямов Ф.Ю.

[1]Московский Областной центр медицинской профилактики ГУЗ МО "Московский Областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации", [2]ФГУ "Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России", Москва, Россия

Цель: изучить влияние электроимпульсной коррекционной терапии (ЭИТ) на гиперсимпатикотонию и динамику клинико-функциональных проявлений у метеочувствительных лиц (МЧЛ) с мягкой артериальной гипертензией (АГ).

Методы: проведено исследование 93 больных с мягкой АГ и метеочувствительностью (42 мужчины и 51 женщина, средний возраст 41±2,4 год), из которых 49 человек занимались лечебной гимнастикой (ЛГ) на циклических тренажерах и получали процедуры ЭИТ от аппарата "Симпатокор-01" на область проекции шейных симпатических ганглиев пространственно-распределенным полем электрических импульсов тока (основная группа – ОГ). Остальным 44 пациентам (контрольная группа – КГ) проводилась только тренажерная ЛГ. В обеих группах курс медицинской реабилитации (МР) составил 10 процедурных дней. Методами контроля эффективности МР служили объемная компрессионная осциллометрия (ОКО) с применением аппаратного компьютерного анализатора АПКО-8-РИЦ и исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) на аппаратно-программном комплексе (АПК) "Полиспектр-8".

Результаты: пациенты преимущественно ОГ субъективно отмечали улучшение самочувствия, которое проявлялось снижением сосудистых реакций при изменении погоды и эмоциональных реакций на стрессы, нормализацией сна. К окончанию курса МР у больных исследуемых групп наблюдалось снижение уровня артериального давления (АД), особенно у больных ОГ – снижение на 23,2% систолического АД (САД) и уменьшение на 28,8% диастолического АД (ДАД), в отличие от КГ – 14,6% – САД и 17,5% – ДАД. По результатам ОКО выявлено: снижение сердечного выброса на 19,2 и 11,3%, ударного объема – на 15,8 и 10,1%, повышение податливости сосудистой стенки на 21,1 и 13,8%, уменьшение скорости пульсовой волны на 22,5 и 13,8%. Результаты исследования на АПК показали: увеличение общей мощности спектра на 48,2 и 27,6%, повышение высокочастотной составляющей на 23,4 и 14,5%, а также снижение индекса централизации на 64,1 и 38,9% и индекса напряжения – на 79,2 и 42,1%.

Таким образом, ЭИТ обладает гипотензивным действием, более выраженным в отношении ДАД; оказывает положительный эффект на гемодинамику и сосудистые показатели; достоверно увеличивает парасимпатические влияния и снижает напряженность центрального контура регуляции сердечного ритма. ЭИТ можно рассматривать как адекватный метод функциональной коррекции у метеочувствительных лиц с мягкой АГ, который обеспечивает саногенетический подход в комплексном лечении данной категории пациентов.

300 РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Иванов А.П., Росторощкая В.В., Эльгардт И.А., Сдобнякова Н.С.

Тверской клинический кардиологический диспансер, Тверь, Россия

Цель исследования. Определить роль метаболического синдрома (МС), обуславливающего риск развития осложненного течения заболевания у больных ИБС с приступами стабильной стенокардии и артериальной гипертензией (АГ), сочетающихся с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Методы исследований. В исследование включено 320 больных, из которых у 280 имелся СОАС, диагностированный по данным анкетного опроса и результатам бифункционального мониторирования ЭКГ и дыхания. Наличие ИБС (n=260) и АГ (n=60) определяли по данным комплексного клинико-функционального обследования. Ассоциации ИБС и АГ с СОАС имелись соответственно у 244 и 36 (93,8 и 60,0%) обследованных. Присутствие МС оценивали по наличию не менее 3 из 5 критериев по классификации АТР III.

Полученные результаты. Анализ зависимостей, проведенный методом бинарной логистической регрессии, показал, что наличие СОАС связано с вероятностью осложненного течения ИБС (отношение шансов-ОШ=2,12) а для АГ ОШ=1,64. При этом в обоих случаях наиболее существенным фактором явилось наличие абдоминального ожирения,

когда ОШ-1,72 для ИБС и 1,68 для АГ. Обращает на себя внимание значимая корреляция индекса апноэ/гипопноэ с выраженностью МС, более выраженная для больных с АГ (r=0,58; p<0,01) и несколько ниже для ИБС (r=0,44; p<0,05). Особенностями ассоциации СОАС с ИБС и АГ следует признать неоднозначность влияния отдельных компонентов МС, из которых для ИБС наряду с абдоминальным ожирением имеет значение гипергликемия (ОШ=2,17) и гипертриглицеридемия (ОШ=2,11), а для АГ – увеличение общего холестерина плазмы крови (ОШ=1,94) и повышение артериального давления (АД) (ОШ=2,07). При этом уровни систолического и диастолического АД у них оказались существенно выше, чем у больных с АГ без МС и СОАС (соответственно 148,4±9,1 и 132,2±10,1; 98,8±6,1 и 92,1±4,4 мм рт ст; оба p<0,05).

Выводы. Метаболический синдром часто встречается у больных с ИБС и АГ, сочетающихся с СОАС. Его наличие может существенно утяжелять выраженность нарушений дыхания во сне. Компоненты МС по-разному проявляются у больных с ИБС и АГ. При общей для них роли абдоминального ожирения, для ИБС и СОАС наиболее значимыми являются гипергликемия и гипертриглицеридемия, а для АГ – уровни общего холестерина плазмы крови и артериального давления.

301 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ НА ПИЩЕВОДЕ

Иванов К.М., Юдаева Ю.А., Морозова Е.А., Шеина Т.В., Андреева С.Р.

Государственная медицинская академия, НУЗ "Отделенческая клиническая больница ст. Оренбург", Оренбург, Россия

Цель: изучить состояния кардиореспираторной системы больных раком пищевода без сопутствующей соматической патологии до и после радикального хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Обследовано 13 пациентов (5 женщины, средний возраст 55,1±4,3; 8 мужчин, средний возраст 50,3±3,2), которым была выполнена радикальная хирургическая операция по поводу рака пищевода. Для оценки состояния кардиореспираторной системы изучали показатели центральной гемодинамики с помощью эхокардиографии, функции внешнего дыхания. Вегетативный статус оценивали по вариабельности сердечного ритма с определением временного и частотного спектра R-R интервалов. Исследование проводили до и после операции на 7 сутки.

Результаты. Исходные показатели центральной гемодинамики были в пределах нормы и соответствовали нормокинетическому типу гемодинамики. В послеоперационном периоде выявлено увеличение (p<0,05) давления в легочной артерии на 15%, снижение КДО на 20,9% и ударного объема на 18,6%. Фракция выброса снизилась на 3,8%, но достоверных изменений выявлено не было. Показатели функции внешнего дыхания в предоперационном периоде были в пределах нормы. В послеоперационном периоде отмечалось снижение (p<0,05) ЖЕЛ на 36% и ОФВ-1 на 27,1%. Было отмечено снижение МОС 50, МОС 75, СОС 25–75 на 20–25% по сравнению с дооперационными. При анализе ВСР до операции выявлено относительное снижение SDNN (средние значение 47,1±3,2) умеренное преобладание в спектральном анализе HF, свидетельствующее о вагосимпатическом дисбалансе. В послеоперационном периоде отмечалось достоверное увеличение частоты пульса на 17,1%, снижение SDNN на 24,1%, что свидетельствовало об усилении симпатической регуляции сердечного ритма и подавлении автономного контура. Зарегистрировано уменьшение коэффициента вариации на 27,7% (p≤0,05) и увеличение индекса напряжения в 5-6 раз. 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.

Выводы. Таким образом, у большинства больных, прооперированных по поводу рака пищевода выявляется дефицит преднагрузки сердца на фоне нормальной сократительной способности миокарда и нарушение проходимости бронхов малого калибра. У больных раком пищевода после радикальной операции наблюдается значительное снижение общей вариабельности сердечного ритма с развитием с активацией центрального контура и стабилизацией ритма сердца, истощение регуляторных систем со снижением активности управляющих механизмов.

302 ЭФФЕКТ ИНГИБИРОВАНИЯ ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА НА УРОВНИ НИТРИТОВ И НИТРАТОВ 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 продукции оксида азота (NO) уделяется большое внимание в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний, в частности инфаркта миокарда (ИМ), а также в развитии расстройств аффективного спектра, включая тревогу и депрессию. В связи с этим, заслуживает интерес изучение изменений уровней метаболитов NO в плазме крови крыс с пассивным типом поведения в условиях экспериментального ИМ при селективном подавлении индуцибельной синтазы NO (iNOS) препаратом AR-R17477.

Методы исследования. Работа проводилась на крысах линии Вистар массой 180-200 г с пассивным типом поведения, по метаболическим особенностям подобных пациентам, страдающим симптомами тревожно-депрессивного расстройства. ИМ моделировали с помощью методики O. Tarnavski (2004). За 1 час до моделирования ИМ животным внутрибрюшинно вводили ингибитор iNOS AR-R17477 в дозе 30 мг/кг веса. Проводили количественное определение нитритов (NO_2^-) и нитратов (NO_3^-) в плазме крови животных спектрофотометрическим методом на 1-е, 3-и, 7-е и 14-е сутки после операции. Выделение материала контрольных групп животных без предварительного введения AR-R17477 производилось в аналогичные сроки. 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.

Полученные результаты. В условиях предварительного введения AR-R17477 ложнооперированным животным значительных изменений уровней NO_2^-/NO_3^- (1,63±0,06/4,37±0,19мг/мин) по отношению к контролю (2,10±0,11/4,53±0,17 мг/мин) не было обнаружено. При введении ингибитора iNOS на 1-е сутки после операции содержание NO_2^-/NO_3^- в плазме крови животных было на уровне контрольных значений (2,43±0,09/4,63±0,12 мг/мин), тогда, как без введения ингибитора их уровни составляли 5,20±0,21/8,17±0,32 мг/мин. На 3-и сутки после операции увеличивались уровни NO_2^- до 4,53±0,19 мг/мин (+116%; p<0,05) и NO_3^- до 8,40±0,32 мг/мин (+85%; p<0,05). Без введения AR-R17477 эти значения составили, соответственно, 4,80±0,20/8,50±0,28 мг/мин. На 7-е сутки отмечалось снижение уровня NO_2^- на -39% (p<0,05) относительно 3-х суток ИМ до 2,77±0,08 мг/мин. Содержание же NO_3^- при этом уменьшилось, соответственно, на -36% (p<0,05) до 5,37±0,22 мг/мин. Значения без введения AR-R17477 составили 4,60±0,16/7,27±0,31 мг/мин. К 14-м суткам ИМ достоверных различий по содержанию NO_3^- (5,00±0,14) по сравнению

с 7-ми сутками получено не было (p>0,05). Уровень NO_2^- при этом уменьшился при сравнении с аналогичным сроком на -57% (p<0,05) до 1,20±0,005 мг/мин. Значения в группах без предварительного введения на 14-е сутки составили 3,00±0,12/5,73±0,21 мг/мин.

Выводы: предварительное введение AR-R17477 при моделировании ИМ оказывало положительное влияние на уровни NO_2^-/NO_3^- в плазме крови.

303 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Ижбульдина Г.И.
МУ ГКБ № 18, Уфа, Россия

Цель исследования – изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) при развитии ишемического инсульта (ИИ).

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования 626 больных АГ 1-3 степени в первые 12 часов после развития очаговой неврологической симптоматики. Анализ суточного профиля АД был выполнен у 52 больных на 3-4 сутки развития инсульта. Пациенты с АД более 180/110 мм рт.ст. в первые 36-48 часов исключены из исследования вследствие необходимости старта антигипертензивной терапии в более ранние сроки. Уровень АД в начале ИИ оценивали по цифрам, зафиксированным бригадой скорой помощи. Определяли среднесуточные, среднедневные и средненочные показатели систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД); вариабельность (Вар.) и индекс времени (ИВ) САД и ДАД в течение суток, дня и ночи; величину (ВУП) и скорость (СУП) утреннего подъема АД, степень ночного снижения АД. В качестве группы сравнения обследованы 47 пациентов с АГ II ст., контрольную группу составили 34 здоровых добровольца.

Результаты. В дебюте инсульта повышенное АД наблюдалось у большинства пациентов: у 89 человек (14,2%) – до 159/99 мм рт.ст., у 194 (31,0%) – 160/100-179/109 мм рт.ст. и у 310 (49,5%) – более 180/110 мм рт.ст. У 20 больных (3,2%) показатели АД соответствовали нормальным значениям, у 13 больных (2,1%) – были ниже 120/80 мм рт.ст. В группе больных АГ в дебюте ИИ установлена более высокая частота тяжелого течения заболевания (84,6%), тогда как у остальных пациентов доля тяжелого инсульта была достоверно ниже и в среднем составила 26,3% ($\chi^2 = 21,8$, p<0,01). Анализ клинического исхода к 21 суткам ИИ показал наиболее высокий процент летальности (60,0%) у пациентов с АД при развитии инсульта ниже 120/80 мм рт.ст.

При сопоставлении результатов суточного профиля АД у пациентов с АГ при развитии ИИ с показателями в группе больных с неосложненным течением заболевания на фоне сопоставимых уровней АД выявлено достоверное возрастание значений ИВ САД в ночное время (на 33,1%, p<0,05), среднесуточных и среднедневных уровней Вар. САД (соответственно, на 26,5% и 25,7%, p<0,05) и ДАД (на 27,6% и 42,0%, p<0,05), ВУП САД и ДАД (на 20,6% и 30,9%, p<0,05), СУП САД и ДАД (на 81,0% и 57,7%, p < 0,01). При этом группе больных АГ с ИИ наблюдалось достоверное снижение доли дипперов (на 32,0%, p<0,01) за счет существенно более высокой доли найт-пиккеров (на 32,1%, p<0,001).

Выводы. У больных с осложненным мозговой сосудистой катастрофой течением АГ артериальная гипотензия в дебюте ИИ сопряжена с тяжелым течением инсульта. Наибольшие изменения суточного профиля АД касаются характеристик, отражающих изменения АД в течение суток (Вар. АД, СУП и ВУП АД, тип профиля АД). У больных АГ при развитии ИИ имеет место переход нормального суточного ритма на неблагоприятный (night-peakers).

304 НАРУШЕНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ, КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НЕФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА

Илов Н.Н., Шварц Р.Н.
НУЗ “Медико-санитарная часть”, Астрахань, Россия

Цель: изучить влияние нефиксированной комбинации бисопролола и лизиноприла на цереброваскулярную реактивность, когнитивно-мнестические функции и качество жизни больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы исследования: В исследование были включены 35 больных ГБ в возрасте от 30 до 60 лет с САД/ДАД= 169,9(19,5)/95,7(7,8) мм рт.ст. (значения указаны в виде: среднее значение (среднеквадратичное отклонение). При отсутствии противопоказаний назначалась комбинированная терапия бисопрололом и лизиноприлом. Проводилась транскраниальная допплерография с визуализацией средней мозговой артерии (СМА) и капнометрия в покое и при проведении вентиляционных проб, вычислялись коэффициенты и индексы реактивности, индекс вазомоторной реактивности (ИВМР). Когнитивный статус оценивался по краткой шкале оценки психического состояния (Mini-Mental State Examination, MMSE). Качество жизни (КЖ) исследовалось с помощью опросника SF-36. Параметры изучались до и после лечения. Сравнение в группах проводили при помощи непараметрического метода – критерия Вилкоксона для парных сравнений.

Результаты. Целевого уровня АД достигли 27 больных (77%). После лечения определяется увеличение ИВМР (p=0,02), что указывает в целом на позитивное влияние проводимого лечения на цереброваскулярную реактивность. У больных ГБ 2 степени разница между коэффициентами реактивности составила 46% (исходно – 36%), что указывает на сохранение и, вероятно, даже усиление ангиодистонии по гипертоническому типу. У больных ГБ 3 степени также увеличивается разница между коэффициентами реактивности, однако, этот показатель остается в физиологических пределах – 15% (исходно – 5%). Исходно преобладали нарушения гемодинамического ответа СМА по типу недостаточной реакции на гипер и гипокапнию. После лечения в структуре нарушений цереброваскулярной реактивности стали доминировать парадоксальные реакции на гипокапническую нагрузку, что может свидетельствовать о снижении толерантности церебральных сосудов к повышению системного давления.

После проведения комбинированной гипотензивной терапии отмечается регресс когнитивного дефицита, проявляющийся в приросте суммарного балла MMSE, как результат, преддементные нарушения стали регистрироваться на 18% реже: исходно 27%, после лечения – 9% (p=0,04). Улучшились показатели по шкале “Внимание” на 12% (p=0,03).

Отмечается прирост показателей КЖ по шкале общего состояния здоровья (p=0,03), что может свидетельствовать о повышении комплайнса. Увеличился показатель шкалы боли, что, вероятно, связано с уменьшением частоты субъективных ощущений боли (p=0,02). После лечения регистрируется снижение значений шкалы социального функционирования (p=0,04), что указывает на ограничение социальных контактов.

Выводы. Комбинированная гипотензивная терапия бисопролом и лизиноприлом улучшает когнитивные функции, однако, неоднозначно влияет на цереброваскулярную реактивность и качество жизни больных ГБ.

305 УРОВЕНЬ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО КАТИОННОГО БЕЛКА И РАЗВИТИЕ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ, ПОКРЫТЫХ СИРОЛИМУСОМ

Имаева А.Э., Габбасов З.А., Козлов С.Г., Сабурова О.С., Босых Е.Г., Зыков К.А., Масенко В.П.

ФГУ "РКНПК Минздравсоцразвития РФ", Москва, Россия

Цель: оценка роли секретируемого эозинофильного катионного белка при развитии рестеноза после имплантации стентов, покрытых сиролимусом больным ИБС.

Методы исследования: 40 больных ИБС мужчин и женщин в возрасте 35-60 лет, которым в течение первого года после эндоваскулярной реваскуляризации миокарда с помощью стентов, покрытых сиролимусом, проведено повторное коронарографическое обследование. В исследование не включали пациентов с нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда в пределах 2 месяцев, повторной ангиопластикой в связи с возникновением рестеноза, застойной сердечной недостаточностью, количеством эозинофилов в крови >700 клеток/мкл.

Контрольную группу составили 20 лиц без ИБС. Рестенозом считали возникновение стеноза в ранее стентированном сегменте (внутри стента и на 5 мм дистальнее или проксимальнее стента), уменьшающего просвет коронарной артерии более чем на 50% от диаметра стента. У всех пациентов определяли в крови уровень эозинофильного катионного белка, иммуноглобулина Е (IgE) и высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ).

Результаты: по данным КАГ возникновение рестеноза было выявлено у 17 пациентов (1 группа), у 23 больных рестеноз отсутствовал (2 группа). Уровень эозинофильного катионного белка в плазме крови пациентов с рестенозом составил в среднем 17,7 нг/мл (11,2-24,0), что было достоверно выше, чем у пациентов без рестеноза, где он был равен 9,0 нг/мл (6,4-12,9, p=0,017). Уровень иммуноглобулина IgE в плазме крови у пациентов с рестенозом не отличался от уровня IgE в плазме крови у пациентов без рестеноза и здоровых лиц и составил соответственно 58,8 мг/мл (42,1-164,0), 52,9 мг/мл (12,8-76,1, p=0,40) и 32,0 мг/мл (21,2-80,8, p=0,91). Уровень высокочувствительного С-реактивного белка в крови у пациентов с ИБС был достоверно выше, чем у здоровых лиц, и составлял соответственно 1,76 мг/мл (0,61-2,82) против 0,36 мг/мл (0,1-0,75, p=0.0008). В группах больных ИБС, с рестенозом и без рестеноза уровень вч-СРБ был равен 2,38 мг/мл (0,30-4,08) и 1.63 мг/мл (0,61-2,47, p=0,62), соответственно. По уровню эозинофильного катионного белка в плазме крови пациенты, подвергшиеся коронарному стентированию, были разделены на две группы – больные с уровнем эозинофильного катионного белка в крови ниже медианы распределения (<11 нг/мл) и пациенты с уровнем эозинофильного катионного белка в плазме крови выше медианы распределения (>11 нг/мл). В группе больных с уровнем эозинофильного катионного белка крови ниже уровня медианы распределения рестенозы возникли у 4 (17%) пациентов, в то время как в группе пациентов с уровнем эозинофильного катионного белка в плазме крови >11 нг/мл рестеноз выявлен у 13 пациентов (63%, p=0,019).

Выводы: результаты настоящего исследования предполагают наличие связи между уровнем эозинофильного катионного белка и развитием рестеноза после имплантации стентов, покрытых сиролимусом.

306 ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА /RANKL У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ ДВУХСТВОРЧАТОГО И ТРЕХСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Иртюга О.Б., Жидулева Е.В., Васильева Е.Ю., Казакова Е.Е., Буданова М.В., Моисеева О.М.

ФГУ "ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова Минздравсоцразвития", Санкт-Петербург, Россия

Цель: патогенетические механизмы, лежащие в основе кальцификации аортального клапана (АК), до сих пор остаются не достаточно изученными. Известно, что система остеопротегерин/RANKL/RANK принимает активное участие в регуляции процессов атеро- и остеогенеза. Цель настоящего исследования – изучить взаимосвязь между кальцификацией аортального клапана, минеральной плотностью костной ткани и системой остеопротегерин/ RANKL/RANK у пациентов с аортальным стенозом различной этиологии.

Материалы и методы. Обследовано 59 пациентов с аортальным стенозом: 31 пациент с бикуспидальным аортальным клапаном (БАК) (54,3±1,8 лет; м: ж 1.6:1) и 28 пациентов с трехстворчатым аортальным клапаном (ТАК) (61,8±3,3 лет; м: ж 1.8:1). В исследование включены пациенты с пиковой скорость на аортальном клапане (Vmax) более 3,0 м/с. Пациенты с инфекционным эндокардитом и ревматизмом в исследование не включались. Минеральная плотность костной ткани оценивалась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) в поясничном отделе позвоночника и бедренных костях. Содержание остеопротегерина (ОПГ) и лиганда растворимого рецептора активатора ядерного фактора каппа-В (sRANKL) в сыворотке крови оценивали методом иммуноферментного анализа.

Результаты: Пациенты с БАК и ТАК были сопоставлены по возрасту, полу, показателям денситометрии и эхокардиографическим параметрам. Уровни sRANKL в сыворотке крови не различались у пациентов с БАК и ТАК. В то время, как содержание ОПГ снижалось у больных с БАК (0,955±0,359 pmol/l), но не у пациентов с ТАК (1,243±0,449 pmol/l) по сравнению с контрольной группой (1,8±0.540 pmol/l). Уровень sRANKL (0,373±0,204 pmol/l) имел отрицательную корреляцию с возрастом (r=-0,336; p=0,017) и артериальной гипертензией (0,343±0,369 pmol/l без АГ и 0.104±0.160 pmol/l с АГ, p<0.005). Содержание ОПГ (1.09±0.70 pmol/l) и соотношение ОПГ/sRANKL (5,29±6,50) в сыворотке крови также были связаны с возрастом (r=0,338; p=0,017 and r=0,341; p=0,019, соответственно).

Выводы: Артериальная гипертензия и возраст являются ключевыми факторами риска, влияющими на активность системы остеопротегерин/ RANKL/RANK. Снижение уровня остеопротегерина может способствовать более раннему формированию аортального стеноза у больных с БАК.

307 ВОЗМОЖНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Ирхина Е.А., Бакумова О.Р.

ВолгГМУ, Волгоград, Россия

Цель исследования. Разработать комплексный подход к оценке безопасности и эффективности антигипертензивных препаратов у больных пожилого и старческого возраста с кохлео-вестибулярной дисфункцией.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в дизайне простого нерандомизированного сравнительного исследования в параллельных группах. Объектом клинического исследования послужили 54 мужчины и 86 женщин пожилого возраста, средний возраст которых составил 69,0±8,5 лет.

Для верификации АГ были использованы традиционное 3-4-кратное определение АД по методу Короткова и СМАД. Исследование осуществлялась по стандартному протоколу с помощью монитора ВР-3400 (Россия). 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. При анализе данных мониторирования АД, в среднем за сутки, установлено, что терапия метопрололом привела к снижению САД, ДАД и ЧСС – на 7,0 (t=2,11; p<0,05); 6,52(t=2,10; p<0,05); 8,81%(t=2,05; p<0,05), соответственно. Это вызвало снижение индекса времени САД на 34,64% (t=2,14; p<0,05), и индекса времени ДАД на 33,77% (t=2,12; p<0,05).

Средние дневные показатели артериального давления (САД, ДАД, ЧСС) снижались, соответственно на 7,24% (t=2,12; p<0,05), 5,67% (t=2,00; p<0,05), 7,93% (t=2,02; p<0,05); в ночные часы только на 6,42% (t=2,01; p<0,05) САД и на 4,72% ДАД. Пульсовое давление уменьшилось на 24,49% (t=2,14; p<0,05).

Из 33 пациентов данной группы снижение слуха I степени выявлено у 66,67% человек, II степени – у 21,2%, III степени – у 12,12% больных. Субъективный шум в ушах разной интенсивности и характера отмечен у 66,7% человек.

В результате проведенного лечения у 75,75% пожилых пациентов были отмечены положительные изменения слуха, слух улучшился на 9,77% на левое ухо (t=0,29; p >0,05)) и на 5,59% – на правое ухо (t=0,14; p >0,05), но это снижение было статистически не достоверным. Также изменился характер и выраженность субъективного шума, т. е. был получен положительный эффект от проводимого лечения. У 27% человек уменьшилась интенсивность шума.

Таким образом, метопролол обладает высокой антигипертензивной эффективностью в отношении практически всех показателей СМАД, и способствует достижению целевых значений АД при трехмесячном курсе лечения. Характеризуется хорошей переносимостью и не ухудшает состояния кохлео-вестибулярного аппарата.

308 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Исаева Е.Н.[1], Коваленко Л.В.[2], Либис Р.А.[1]

[1]ГОУ ВПО ОрГМА Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия; [2]МУЗ "МГКБСМП №1", Оренбург, Россия

Нарушения углеводного обмена являются независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф.

Цель. Выявить частоту встречаемости нарушений углеводного обмена в неорганизованной городской популяции.

Материалы и методы исследования. Методом случайных чисел была сформирована выборка из 666 жителей города Оренбурга, прикрепленных к городской поликлинике, которые были приглашены на медицинский осмотр. Согласились принять участие и включены в исследование 301 человек (респонс составил 45%), из них 153 женщины и 148 мужчин. У всех обследуемых собирали социально-демографические характеристики, жалобы и подробный медицинский анамнез, проводили антропометрию. Из лабораторных исследований производился забор крови на определение уровня сахара натощак. Сахар крови определялся в цельной капиллярной крови. Через 12 месяцев проводился второй этап обследования пациентов, в котором приняли участие 151 человек. Для выявления нарушений углеводного обмена проводился оральный тест толерантности к глюкозе (ОГТ). Пациентам, у которых сахар крови натощак составил ≥7,2 ммоль/л, ОГТ не проводился.

Полученные результаты. Средний возраст обследованных лиц составил 47,5±0,95 лет. Среди них 66,8% работающих лиц, при этом 16,6% от всех обследованных заняты интеллектуальным трудом, 50,2% – физическим. Среди неработающих основную часть составили пенсионеры – 31,6%, безработные – 1%, учащиеся – 0,07%. Высшее образование имели 38,8% лиц, среднее – 19,4%, средне-специальное – 36,1%, начальное – 5,7%. На первом этапе обследования у 74 (24,6%) человек из всех обследованных уже имелись ИБС, ХСН, сахарный диабет, инфаркт миокарда или мозговой инсульт в анамнезе. Сахарный диабет 2 типа имелся в анамнезе у 11 (3,7%) человек, у 122 (40,5%) человек без нарушений углеводного обмена в анамнезе была выявлена гипергликемия натощак (сахар крови ≥5,6 ммоль/л), в том числе у 50 (16,6%) человек сахар крови натощак определялся ≥6,1 ммоль/л. Пациенты с наличием выше перечисленных ассоциированных клинических состояний не включались во второй этап обследования. На втором этапе обследования при проведении ОГТ нарушение гликемии натощак выявлено у 22 (14,6%) из 151 обследованных, нарушение толерантности к углеводам – у 34 (22,5%) человек. Сахар крови натощак ≥6,1 ммоль/л на втором этапе обследования определялся у 38 (25,2%) человек, из них у 2 человек сахар крови после проведения ОГТ был ≥11,1 ммоль/л.

Выводы. Таким образом, нарушения углеводного обмена являются широко распространенными состояниями, диагностика которых остается неудовлетворительной и требует дальнейших исследований для нахождения эффективных путей решения проблемы.

309 ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ CYP2C9 И VKORC1 У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Искакова А.Н.[1], Романова А.А.[1], Кожахметова С.С.[1], Акильжанова А.Р.[1], Жолдыбаева Е.В.[1], Каражанова Л.К.[2], Есимбекова Э.И.[2], Раманкулов Е.М[1].

[1]РГП "Национальный центр биотехнологии Республики Казахстан" КН МОН РК, Астана, Казахстан; [2]Государственный Медицинский Университет, Семей, Казахстан

Изучение полиморфизмов генов CYP2C9 и VKORC1 имеет большое значение для оценки генетической предрасположенности к развитию кровотечений при приеме антикоагулянтов. Метаболизм варфарина происходит преимущественно с участием фермента CYP2C9, кодируемого геном CYP2C9. Аллельный вариант гена CYP2C9*2 (Arg144Cys) снижает метаболическую активность биотрансформации варфарина. VKORC1 является молекулой-мишенью для кумаринов. Полиморфизм G3673A гена VKORC1 связан с межэтническими и межиндивидуальными различиями в дозировании варфарина.

Цель исследования. Изучить распространенность полиморфизмов генов CYP2C9*2 (C430T) и VKORC1 (G3673A) для индивидуального подбора дозы варфарина у пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с мерцательной аритмией казахской национальности.

Материалы и методы. В исследование были включены 36 пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с мерцательной аритмией, из которых 18 пациентов – казахи. Контрольная группа включала 90 человек казахской национальности без ишемической болезни сердца. Генотипирование полиморфизмов генов CYP2C9 и VKORC1 проводили методом ПЦР с последующим прямым секвенированием.

Результаты. Установлено, что в группе пациентов 94% являются носителями аллеля дикого типа CYP2C9*1 (wt/wt), и 6% – носителями генотипа CT (wt/m1). Все представители контрольной группы (100%) относятся к носителям аллеля дикого типа CYP2C9*1 (wt/wt). По полиморфизму гена VKORC1 (G3673A) в группе пациентов генотип GG встречается в 6%, GA в 50% и рисковый генотип AA в 44% случаев. В контрольной группе генотип GG встречается в 12%, GA в 39% и AA в 49% случаев.

Таким образом, на основе результатов генотипирования и дополнительных характеристик проведен расчет индивидуальных доз варфарина для каждого пациента с использованием сайта www.warfarindosing.org. Мы установили, что в группе больных, принимающих варфарин наибольшая поддерживающая доза рассчитана для пациентов моложе 49 лет, ростом выше 175 см и весом свыше 90 кг, тогда как наименьшая доза препарата рекомендована для лиц пожилого возраста (старше 70 лет) и с не очень большим индексом массы тела (рост менее 165 см и вес менее 80 кг). Следует отметить, что данные, полученные в обследованной группе пациентов, существенно

не отличаются от распространенности аллельных вариантов гена CYP2C9 среди здоровой популяции. Рисковый генотип АА гена VKORC1 с высокой частотой встречается как в группе контроля, так и в группе пациентов, что соответствует данным литературы о преобладании этого рискового аллеля в азиатских популяций.

310 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЗАКАТАЛЬСКОГО РАЙОНА

Исмайлова Н.Р., Касумова Ф.Н.

Азербайджанский Государственный институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, Баку, Азербайджан

Актуальность проблемы: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в последние десятилетия по-прежнему представляет собой одну из актуальных проблем современной кардиологии во многих экономически развитых странах мира, в связи с высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью, преимущественно среди лиц молодого, трудоспособного возраста. По статистике ВОЗ каждый мужчина имеет один шанс из 5 заболеть и один из 10 или 15 – умереть от инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет.

Цель исследования. Исходя из вышеизложенного, нами была поставлена цель – изучить распространенность ИБС среди мужчин, проживающих в Закатальском районе Азербайджанской республики.

Материал и методы. Нами было проведено эпидемиологическое обследование 1295 мужчин, в возрасте 20-59 лет, проживающих в Закатальском районе Азербайджанской республики. Во всех возрастных группах было отобрано по 500 человек.

Данное эпидемиологическое обследование включало: заполнение кардиологического опросника Роуза, ЭКГ-исследование с последующей кодировкой по Миннесотскому коду; определение антропометрических данных с вычислением биомасс индекса (Кетле), кг/м^2; измерение артериального давления на правой руке, определение в плазме крови общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП).

ИБС подразделяли на определенную и возможную формы.

К определенной (опр.) ИБС относились: определенный перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) по ЭКГ, стенокардия напряжения (СН), сочетание стенокардии напряжения с ишемическими изменениями на ЭКГ (смещение сегмента ST ниже изолинии), безболевая форма (ББФ) при отсутствии стенокардии напряжения и наличии ишемических нарушений на ЭКГ;

К возможной (возм.) ИБС относились: возможная ИБС по ЭКГ (отсутствие нарастания зубца R от V_1 до V_4), возможный перенесенный инфаркт миокарда при наличии в анамнезе.

Собственные результаты. Проведенное исследование выявило, что в данном регионе распространенность ИБС среди населения в целом составила 7,18±0,7%. Причем наблюдалась выраженная динамика от минимального значения в 20-29лет (1,35±0,7%) до максимального в 50-59 лет (15,9±2,2%, p<0,001).

Анализ определенных форм ИБС показал, что опр. ИМ имел место в 0,39±0,2% случаев, причем в группе 20-29 лет она вовсе не регистрировалась. СН имели 1,08±0,3% обследованных. У лиц 20-29 и 30-39 лет эта форма ИБС имела аналогичный характер.

ББФ имели 1,7±0,4% обследованных, демонстрируя возрастную динамику от минимального показателя в 20-29лет (0,34±0,3%) до максимального в 50-59 лет (4,07±1,2%, p<0,001).

Таким образом, опр. ИБС регистрировалась у 3,47±0,5% обследуемых, причем частота ее возрастала от 0,95±0,5% в 30-39лет до 7,04±1,6% (p<0,001) в 50-59 лет.

Возм. ИБС по ЭКГ определялась у 1,39±0,3% обследованных, и частота ее нарастала от 1,26±0,6% в 30-39лет до 2,22±0,9% в 50-59лет. Возм. ИБС в анамнезе имели 2,32 ±0,4% мужчин данной популяции.

Возм. ИБС в целом регистрировалась 3,71 ±0,5% случаев. Минимальные значения наблюдались в группе 20-29лет (0,34±0,3%), а максимальные в старшей возрастной группе (8,89±1,7% p<0,001).

Выводы. В обследованной популяции с одинаковой частотой встречаются как определенные, так и возможные формы ИБС, причем максимальный% приходится на возрастную группу 50-59 лет, где особенно настораживает высокий% ББФ определенной ИБС. Это диктует необходимость профилактических обследований населения с целью своевременного выявления ББФ ИБС, а также проведения активных мер борьбы с факторами риска ИБС.

311 ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ПРИ ПРОБЕ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Ишмакова Р.А., Кастанаян А.А., Яровова Е.С., Сидоров Р.В., Гребенюк С.В., Иванов И.В.

РостГМУ кафедра внутренних болезней №2, Ростов-на-Дону, Россия

В кардиологической практике используется множество функциональных проб. Из всех проб наиболее фундаментальными в плане практической значимости, изученности и широты применения являются пробы с физическими нагрузками под контролем ЭКГ. Хронотропный ответ (ХО) – показатель увеличения ЧСС в ответ на физическую нагрузку (ФН). Показателями ХО являются: хронотропные индексы (ХИ75 и ХИ 85) и хронотропный резерв восстановления (ХРВ1) в первую минуту восстановительного периода (замедленное восстановление ЧСС).

Цель работы: определить значение показателей ХО при пробе с дозированной физической нагрузкой, установить наличие корреляции между ними и другими прогностическими показателями (индекс Дюка, ИЦПМ, Двойное Произведение, толерантность к физической нагрузке).

Методы исследования: ретроспективный анализ 513 карт нагрузочного теста на тредмиле пациентов, прошедших данное исследование в РостГМУ.

Полученные результаты. Пациенты были разделены на три группы: с положительным, отрицательным и сомнительным результатом нагрузочного теста на тредмиле (НТ). Во всех трех группах превалировали мужчины (75%, 78% и 69% соответственно). ХИ75 был ниже нормы (≤0,8) в 20,1% случаях у пациентов с положительным результатом НТ, в 0,7% – с отрицательным и в 43% – с сомнительным. ХИ85 был ниже нормы (≤0,8) в 54% случаях у пациентов с положительным результатом НТ, в 14% – с отрицательным и 71% – с сомнительным результатом НТ. ХРВ1 был ниже нормы (≤12 уд/мин) в 71% случаях у пациентов с положительным результатом НТ, в 7% – с отрицательным и в 74% – с сомнительным результатом НТ. Среднее значение индекса Дюка в группе пациентов с положительным и сомнительным результатом НТ соответствовало умеренному риску сердечно-сосудистых осложнений (ССО) (среднее значение 1,4 ± 0,3 и 4,6 ± 0,2 соответственно), с отрицательным – низкому (среднее значение 6,4±0,2). По анализу ИЦПМ во всех трех группах среднее значение данного показателя соответствовало низкому риску ССО, но в процентном соотношении следующее: с положительным результатом НТ – 59%, с отрицательным – 98% и с сомнительным – 51%. Толерантность к ФН у пациентов с положительным и сомнительным результатом НТ превалировала средняя (46% и 57% соответственно), с отрицательным – высокая (47%). При анализе двойного произведения (ДП) у пациентов с положительным и сомнительным результатом НТ превалировал III ФК (51% и 46%, соответственно), с отрицательным – II ФК (61%).

Выводы. Таким образом, диагностическое значение показателей хронотропного ответа налицо, что позволяет найти им практическое применение при выполнении пробы с дози-

рованной физической нагрузкой наряду с индексом Дюка, ИЦПМ, ДП и толерантностью к физической нагрузке. Достоверность исследования повышается при достижении пациентом 85% от максимальной ЧСС. Пациенты с сомнительным результатом НТ требуют дообследования.

312 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Кадирова Ш.С.[1], Камилова У.К.[1], Авезов Д.К.[2], Пулатов О.Я.[2]

РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации[1], Ташкентская медицинская академия[2], Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить психологическое состояние у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненной I-III ФК хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 62 мужчин ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III ФК по NYHA. Клиническое состояние больных оценивалась по ШОКС, модифицированный В.Ю.Мареевым (2000).Оценку психологического статуса проводили с применением методики самооценки депрессии – шкала Цунга, реактивной и личностной тревожности – опросник Спилбергера, адаптированная Ханиным. Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц ECXEL 6.0 Windows-95. Параметры описывались в виде: среднее арифметическое ± стандартное отклонение (M±SD).

Результаты. Результаты теста 6- минутной ходьбы показали, что среди обследованных больные с I ФК составили 32,6%, со II ФК 35,7% и III ФК 31,7%. Исходные показатели ШОКС у больных с I ФК ХСН составили 3,5±0,51, со ХСН II ФК 5,6±0,62 баллов соответственно. У больных с ХСН III ФК данный показатель составил – 8,6±0,97баллов, что было на 147% выше по сравнению с показателями ШОКС у больных с ХСН I ФК. У обследованных больных после обработки и анализа опросников у 42 (55,5%) были выявлены различной степени выраженности нарушения психологического состояния. Среди обследованных больных с I ФК ХСН больные с депрессией составляли 19,4%, с тревожными расстройствами составляли 33,5%. При II ФК больные с депрессией составили 36,4%, то больные с тревожными состояниями составили 23,2%. У больных с III ФК больные с депрессией составили 39,8%, тревога наблюдалось у 18,5% больных. Легкая степень депрессии встречалась у 43,7% больных, средней тяжести у 31,5% больных и тяжелая степень у 24,8% больных.

Вывод. Таким образом, у больных с ХСН изучение психологического статуса показало взаимосвязь между показателями психологического состояния и прогрессированием заболевания: у больных с III ФК выявляются чаще более тяжёлые нарушения с преобладанием депрессивных расстройств (39,8%), чем при I ФК (19,4%).

313 РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Казанцева Л.С., Кириченко М.В., Назарова О.А., Романчук С.В.*, Шутемова Е.А.**

ГОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития РФ, ГУЗ кардиологический диспансер*, Иваново, Россия

Цель исследования: дать характеристику пациентов, перенесших хирургические вмешательства на коронарных артериях для совершенствования реабилитационных программ.

Методы исследования. Проанализированы 116 историй болезни пациентов, пролеченных в отделении профилактики и реабилитации кардиологического диспансера. Пациенты поступали в среднем через 22,2±12,3 дня от проведения чрескожных коронарных вмешательств – 63,0%, в том числе экстренных – 46,6%, или операций аортокоронарного шунтирования. Средний возраст пациентов – 55,5±9,74 лет. Женщин было 22,4%. Доля лиц пожилого и старческого возраста составила 37,2%. Проводилось общепринятое клинико-инструментальное обследование.

Результаты. Избыточный вес и ожирение зафиксированы у 69,8% пациентов. Артериальную гипертензию в анамнезе имели 75,0%, инфаркт миокарда (ИМ) – 39,3%, стенокардию напряжения – 69,7%. Пациентов с сахарным диабетом было 11,2%. Цереброваскулярные заболевания выявлены у 10,4%, атеросклероз периферических артерий – у 4,3%. Продолжали курить 19,0%, отказались от курения только 7,7%, в то время как у 39,7% данные о статусе курения отсутствуют. Целевые показатели холестерина достигнуты у 1/3 пациентов, при этом у 41,5% значения холестерина не зарегистрированы в истории болезни. Снижение фракции выброса отмечено у 7,7% пациентов, у 48,3% этот показатель не зафиксирован. Гипертрофия левого желудочка выявлена у 18,0% больных, у 65,5% данные индекса массы миокарда отсутствуют. У 4,3% диагностированы субдепрессивное и тревожное расстройства, более 60% пациентов не осмотрены психотерапевтом. Сопутствующие заболевания, требующие коррекции терапии, имели место у 41,4% пациентов. 7,7% больных имели послеоперационные осложнения. 35,3% пациентов поступали на реабилитацию с постгеморрагической анемией, в том числе 5,2% – с анемией средней степени тяжести. 10,9% больных имели осложнения в остром периоде ИМ. Хроническая аневризма левого желудочка выявлена у 18,2%, перенесших ИМ. Резидуальные стенозы (более 50%) коронарных артерий оставались у половины пациентов, в том числе у 29,7% были поражены 2 и более артерии. При этом 24,1% больных продолжали испытывать симптомы стенокардии, в том числе 11,2% пациентов соответствовали III и IV функциональным классам. Четверть пациентов имели состояния, ограничивающие их в ходе реабилитации: приступы стенокардии покоя, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, пароксизмы аритмий, обострения хронических сопутствующих заболеваний, локальные инфекции, гипертензия и гипотензия.

Таким образом, совокупность послеоперационных, ишемических осложнений, обострений сопутствующих заболеваний, развитие ХСН и высокой частоты факторов риска требуют совершенствования реабилитационных программ для пациентов, оперированных по поводу ишемической болезни сердца.

314 ФОРМИРОВАНИЕ “ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ” ГРУППЫ РИСКА СРЕДИ ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИТНЕСОМ

Калинина Е.А., Кутузова А.Э., Евдокимова Т.А.

ФГУ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий, ГОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Широкое распространение и возрастающая доступность фитнес-клубов позволяет рассматривать фитнес как современный вид массового спорта городского населения. В связи с тем, что мотивированными к фитнес-тренировкам нередко являются детренированные и не владеющие методологией самостоятельных оздоровительных физических нагрузок (ФН) лица среднего возраста, актуальным становится выделение групп риска, что позволило бы индивидуализировать вид и интенсивность тренировок, а, следовательно, обеспечить их безопасность.

Цель исследования: выявить вероятные группы риска среди занимающихся фитнес-тренировками.

Материалы и методы: у 318 женщин (в возрасте 45±11 лет) и 154 мужчин (в возрасте 37±13 лет), посещающих фитнес-клуб, было проведено полуструктурированное интервью с целью ознакомления с их медицинским и спортивным анамнезом, а также выполнены антропометрические и калипе-

метрические исследования. Исходно, с помощью 5-и минутного степ-теста у тренирующихся оценивалась переносимость повседневных "бытовых" ФН.

Результаты. Исходно, респонденты посчитали себя физически неактивными в 70% случаев, а уровень фитнеса (индивидуальной физической формы) по 10-балльной шкале оценили не выше 3±2 балла. При выполнении стептеста у 15% обследованных (31 мужчина и 41 женщина) при исходно нормальном уровне артериального давления (АД) были зарегистрированы следующие характеристики гемодинамического обеспечения ФН: избыточный прирост систолического АД (САД) (более, чем на 30% от исходного – в 57% случаев) и диастолического АД (ДАД) (более, чем на 15% от исходного – в 68% случаев). Максимальные значения САД и ДАД составили 240 и 110 мм рт.ст., соответственно. После завершения степ-теста время восстановления АД до исходного уровня превышало нормальные значения (5±0,1 минуты). Выявление вышеозначенного гипертензивного типа гемодинамического обеспечения ФН у посетителей фитнес-клуба стало основанием для формирования среди них "гипертензивной" группы риска. Спортивный врач клуба рекомендовал клиентам группы риска регулярно контролировать уровень своего АД и проконсультироваться у участкового терапевта/кардиолога, а на фитнес-занятиях избегать динамических ациклических ФН и тренировок на силовых тренажерах. Предпочтительными в группе риска могли стать контролируемые аэробные динамические циклические нагрузки. Повторный степ-тест назначался перед завершение предписанного курса тренировок через 2 месяца.

Выводы. Результаты 5-и минутного степ-теста могут использоваться для предварительной оценки гемодинамического обеспечения ФН у занимающихся фитнесом. У 15% посетителей фитнес-клуба с исходно нормальным АД регистрируется гипертензивный тип гемодинамического обеспечения ФН, что может стать основанием для формирования из них "гипертензивной" группы риска, контролируемые оздоровительные занятия в которой предполагают отказ от динамических ациклических нагрузок и упражнений на силовых тренажерах.

315 ИЗМЕНЕНИЯ В ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПРОИЗОШЕДШИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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. Последние годы реперфузионная терапия во многих случаях проводится путем чрескожных коронарных вмешательств, но тромболитическая терапия (ТЛТ) сохраняет свою значимость.

Целью работы явилось проведение анализа в изменениях, которые прошли в реальной клинической практике в структуре ТЛТ.

Материалы и методы. В Уральском институте кардиологии с 2006 по 2010 год пролечилось 5516 больных с острым инфарктом миокарда, из них в 2006 году-1028 больных, в 2007г.-1012, в 2008г-1030, в 2009г-1086, 2010-1360 больных. Всего реперфузионной терапии за эти годы были подвергнуты 1811 больных (за 2006-215 больных, за 2007-330, за 2008год-341, за 2009-410, за 2010-515 больных). ТЛТ за эти годы получили1122 больных (215 больных в 2006 году, 224- в 2007г, 246 -в 2008г, 252 – в 2009,185- в 2010).ТЛТ на догоспитальном этапе за эти годы получили 334 больных, причем в 2006 ТЛТ на догоспитальном этапе не проводилась, в 2007-5 больных (2,2% от всех больных, получивших ТЛТ), в 2008-81 больных (32,9%), в 2009 году -104 (41,3%), в 2010 году- 144 (77,8%).В 2006 году ТЛТ стрептокиназой получили 162 больных (75,4% от всех получивших ТЛТ в этом году),53 больных получили альтеплазу (24,6%). В 2007 году 146 больных получили стрептокиназу (65,2%), 16 (7,1%)- метализу, 62 больных (27,7%)-актилизу. В 2008 году 162 больных получили стрептокиназу (65,9%), 83 (33,7%)- метализу, 1 больной (0,4%)-актилизу. В 2009 году- 142 больных (56,3%) пролечены стрептокиназой, 107 больных (42,5%)- метализой, 3 больных (1,2%) актилизой. В 2010 году 41 пациент получил ТЛТ стрептокиназой (22,2%), 144 больных (77,8%)- получили метализу. Умершие больные в группе, получивших ТЛТ в 2006-12 больных, в 2007-15, в 2008 году -16, в 2009-22, в 2010-11 больных.

Результаты. Количество реперфузионных терапий увеличилось. Если в 2006 году 100% реперфузии проводилось методом ТЛТ, то в 2010 ТЛТ как метод реперфузии был выбран у 36% больных. Существенно изменилось место проведения ТЛТ, в 2006году ТЛТ не проводилась на догоспитальном этапе, в 2008 году на догоспитальном этапе она проведена в 32,9%, а в 2010-77,8% больных получили ТЛТ на догоспитальном этапе. Изменились и препараты, применяемые для ТЛТ. В 2006 году основу ТЛТ (75,4%) составила ТЛТ стрептокиназой, в 2010 году метализа стала основным препаратом для ТЛТ – 77,8%.Если летальность в группе ТЛТ в 2007 году была 6,7%, то в 2010 году она составила 5,9%.

Выводы. За последние 5 лет произошли существенные изменения в ТЛТ. ТЛТ перестала быть основной формой репефузионной терапии. ТЛТ в основном стала проводиться на догоспитальном этапе. Основным препаратом для ТЛТ стала метализе. Летальность в группе ТЛТ снизилась.

316 ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ

Калинкина Т.В., Горбунов В.В., Ларёва Н.В.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Популяционные исследования показали, что у женщин по мере наступления менопаузы резко возрастает частота артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, инсультов и инфарктов. Это связано с ослаблением защитных эффектов женских половых гормонов, которые благоприятно влияют не только на липидный метаболизм, но и улучшают функцию эндотелия.

Цель исследования: изучить структурные и гемодинамические ультразвуковые характеристики плечевой артерии у женщин в постменопаузе в зависимости от психопатологического статуса.

Материал и методы исследования. Сосудодвигательную функцию эндотелия определяли у 54 человек. Все пациентки были разделены на 2 группы. В первую вошли женщины в постменопаузе (36 человек), у которых были выявлены тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) легкой степени. Вторую группу (8 человек) составили пациентки в постменопаузе с аффективными расстройствами средней и тяжелой степени. Критериями исключения из исследования были: наличие гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, тяжелых поражений органов-мишеней, а также ряд эндокринных и соматических заболеваний.

Контрольную группу составили 35 здоровых женщин с сохранённой менструальной функцией в возрасте от 25 до 41 года (средний возраст 32,6±7,2 года), у которых при клиническом и инструментальном обследовании не выявлено патологических отклонений от принятых в регионе нормативов.

Исследование состояния эндотелия проводили с помощью ультразвукового аппарата "Sharp hario SSA – 660 A" по методу D.S. Celemajer (1992). Плечевая артерия лоцировалась на правой верхней конечности в продольном сечении на 2-5 см выше локтевого сгиба. При изучении функции эндотелия использовались пробы с реактивной гиперемией в ответ на увеличивающийся поток крови (эндотелийзависимая реакция) и нитроглицерином (эндотелийнезависимая реакция).

Результаты. При проведении пробы с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая реакция) увеличение диаметра к исходному было достоверно меньше в первой и второй группах женщин по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). При оценке эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в группе пациенток с умеренными и тяжелыми аффективными расстройствами выявлено достоверное снижение данного показателя на 12,2% по сравнению с группой, где зарегистрированы легкие ТДР ($p<0,05$).

Необходимо также отметить, что у части обследованных больных (28%) выявлена парадоксальная реакция плечевой артерии: в ответ на компрессионную пробу вместо дилатации имела место вазоконстрикция. Эти данные, возможно, могут свидетельствовать о более выраженной дисфункции эндотелия.

Вывод. Таким образом, у женщин в посменопаузе выявлено нарушение функции эндотелия, причем наиболее выраженные сдвиги появлялись с нарастанием степени тревожно-депрессивных расстройств.

317 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТЕРСС У РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА

Каллистов Д.Ю., Романова Е.А., Романов А.И.
ФГУ "Центр реабилитации" УДП РФ, Московская область, Россия

За последние годы было проведено значительное число исследований, посвященных роли нервно-психического напряжения, связанного с тяжестью и напряженностью труда, в возникновении кардиоваскулярных заболеваний, разработаны психосоциальные модели, связанного с работой стресса. Установление причинно-следственных связей и механизмов, связывающих хронический стресс и соматическое здоровье, является важной теоретической и практической задачей.

Цель исследования: изучить особенности формирования факторов риска и осложнений кардиоваскулярных заболеваний у работников умственного труда с различными уровнями напряженности труда и связанного с работой стресса.

Методы: были обследованы 375 работников умственного труда (211 мужчин, 164 женщины, возраст 53,3±9,5 лет). Оценка выраженности связанного с работой стресса предусматривала оценку психофизиологических характеристик труда с использованием модели рабочего напряжения "требование-контроль" (R.Karasek 1975, 1999) и модели дисбаланса "усилия – вознаграждения" (J.Siegrist, 1999). Исходное исследование было проведено в 2004-2005 годах, повторное – в 2009-2010гг.

Результаты: проведенный анализ психосоциальных характеристик свидетельствует о том, что от четверти до половины работников испытывают хронический производственный стресс на работе. Исследование методом хронометража рабочего дня рабочего дня в сочетании с регистрацией физиологических параметров, отражающих степень активации вегетативной центральной нервной системы (ЭКГ с анализом показателей вариабельности сердечного ритма – RMSSD и % pNN50) показало, что эмоционально значимые ситуации, сопровождающиеся изменениями параметров гемодинамики и сдвигом вегетативной регуляции сердечного ритма в сторону преобладания симпатических влияний, занимают 20 – 25% рабочего времени. В рамках одной профессиональной группы распространенность ИБС у работников с низким уровнем рабочего стресса ("низкие требования – высокий контроль") и с так называемым активным типом работы ("высокие требования – высокий контроль") оказалась почти на 20% ниже, чем у работников с высоким уровнем стресса. Проспективное наблюдение в течение 4-5 лет показало, что и работников с исходно более высокими уровнями стресса по показателю баланса "усилие-вознаграждение" (БУВ >1) по сравнению с работниками с меньшим уровнем стресса (БУВ <1) выявлялась повышенная вероятность увеличения функционального класса стенокардии по результатам нагрузочных тестов, независимо от других общих факторов риска (ОШ = 2.51), случаев экстренной реваскуляризации миокарда по поводу острого коронарного синдрома (ОШ = 1.71).

Выводы: высокая распространенность индикаторов профессионального стресса в контингентах работников умственного труда и выявленная их взаимосвязь с неблагоприятным течением кардиоваскулярных заболеваний диктует необходимость разработки и совершенствования индивидуализированных подходов к профилактике.

318 СРЕДНЕСРОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Каллистов Д.Ю., Колганова Э.В., Романов А.И.
ФГУ "Центр реабилитации" УДП РФ, Московская область, Россия

Связанные со сном нарушения дыхания, наиболее значимой формой которых является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), широко распространены среди населения и оказывают негативное влияние на здоровье людей. Результаты проведенных за последние годы исследований, свидетельствуют о наличии системных кардиоваскулярных и метаболических последствий обструктивного апноэ сна. В частности, у пациентов с СОАС выявляются повышенные значения провоспалительных цитокинов, маркеров системного воспаления. Обратимость указанных изменений на фоне специфической терапии СОАС при помощи терапии положительным давлением в дыхательных путях исследована недостаточно.

Цель: изучить изменения уровней маркеров системного воспаления (С-реактивного белка (СРБ) и фактора некроза опухоли (ФНО) и интерлейкина 1β у пациентов с СОАС и исходно повышенными значениями этих показателей на фоне терапии положительным давлением в дыхательных путях в течение 1 года.

Методы: в 2008-2010гг проведено обследование 64 пациентов с СОАС средней и тяжелой степени (43 мужчин и 11 женщин, ср. возраст 49,8±6,7 года, ИМТ – 32,5±3,5 кг/м^2, индекс апноэ-гипопноэ – 44,1±11,7), выявленным при помощи полисомнографичесокго исследования с использованием системы Comet PSG (США). Количественное определение С-реактивного белка, фактора некроза опухоли, интерлейкина ИЛ 1β, проводилось методом иммуноферментного анализа (Immulite 1000, США). Подбор режима терапии положительным давлением проводился в соответствие с рекомендациями Американской академии медицины сна и продолжался на амбулаторном этапе (iSleep20i) у 35 из обследованных. Контрольное исследование лабораторных показателей и оценка паттернов приведения терапии положительным давлением были проведены через 11-15 месяцев после исходного исследования.

Результаты: на фоне терапии положительным давлением было выявлено уменьшение уровней уровни ФНО (12,8±7,0 пг/мл и 8,5±4, пг/мл), С-реактивного белка (15,1±5,30 мг/л и 8,2±4,2 мг/л), интерлейкина 1β (8,6±3,7 пг/мл и 4,0±2,1 пг/мл). У больных не получавших специфического лечения значимых изменений выявлено не было. Выявлена положительная корреляционная связь ($r=0,45$) между величиной уменьшения уровня ФНО и изменением индекса десатурации до и после лечения.

Выводы: уменьшение выраженности лабораторных маркеров системного воспаления на фоне специфической терапии СОАС свидетельствует об определенной обратимости негативных системных последствий СОАС. Принятие решения о проведении терапии положительным давлением должно приниматься с учетом выраженности системных кардиоваскулярных факторов риска.

319 ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Мавлянов И.Р., Абдуллаева Ч.А., Мирзаева С.М., Аликулов И.Т.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить показатели окислительного стресса у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК.

Материал и методы исследования. Обследованы 18 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным ХСН – мужчины в возрасте 47-60 лет (средний возраст 53,9±4,2лет). Давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q составил от 2 месяцев до 3 лет. Больные были рандомизированы по ФК ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов, по данным теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), по шкале оценки клинического состояния (ШОКС). В обследование не включали больных сахарным диабетом, нарушениями ритма сердца, хроническими обструктивными болезнями легких. Контрольную группу составила 10 практически здоровых лиц. Из показателей перекисного окисления липидов определили малоновый диальдегид (МДА). О состоянии антиокислительной ферментативной системы судили по активности ферментов супероксидисмутазы (СОД) и каталазы в тромбоцитах крови. Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц ECXEL 6.0 Windows-95.

Полученные результаты. Результаты исследования показали, что у обследованных больных отмечался прирост уровня холестерина (ХС) на 29,4%, триглицеридов – на 40,9%, ХС ЛПНП – на 43,4% и снижения уровня ХС ЛПВП на 27,3% по сравнению с показателями контрольной группы. Изучение показателей окислительного стресса у больных ХСН выявило, что при II ФК увеличение уровня МДА по сравнению с контрольной группой составляло в 2,5 раза и III ФК в 3,5 раза, что сопровождалось снижением активности ферментов антиоксидантной системы. Показатель СОД у больных с II ФК ХСН был снижен на 36% и III ФК на 41,3% ($P<0,05$) соответственно по сравнению с контрольной группой. О снижении активности АОС свидетельствует и снижение уровня каталазы на 35 ($P<0,05$) и 42,7% ($P<0,001$) у больных с II и III ФК ХСН по сравнению с контрольной группой соответственно, что возможно связано с участием СОД и каталазы для подавления гиперэкскреции кислородных радикалов.

Выводы. У больных ХСН отмечается усиление процессов окислительного стресса, характеризующиеся в повышении показателя МДА, снижении антиоксидантных ферментов.

320 СОСТОЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ И АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Алиева Т.А., Пулатов О.Я.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить состояние плотности бета-адренорецепторов и аденилатциклазной активности мембран эритроцитов у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Обследовано 72 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 35 больных ХСН II ФК и 2-ую группу – 37 больных ХСН III ФК по классификации NYHA. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Активность аденилатциклазы гомогенатов эритроцитов определяли по методике Solomon. Плотность бета-адренорецепторов эритроцитров у больных ХСН определяли с использованием набора реактивов "β-АРМ-АГАТ" (Россия).

Полученные результаты. Результаты исследования показали, что исходные показатели плотности эритроцитарных бета$_2$-адренорецепторов у больных со II ФК ХСН были на 175,6% выше по сравнению с показателями контрольной группы ($P<0,05$). У больных с III ФК ХСН данный показатель превышал значения контрольной группы на 255,3% ($P<0,001$). Увеличение плотности эритроцитарных бета-адренорецепторов у больных ХСН сопровождалось снижением чувствительности бета-адренорецеторной аденилатциклазной системы: этот показатель был на 63% ниже у больных со II ФК ХСН по сравнению с показателями контрольной группы. Снижение данного показателя у больных с III ФК ХСН по сравнению с контрольной группой составило 73% ($P<0,05$). При проведении корреляционного анализа было выявлено, что между плотностью эритроцитарных бета-адренорецепторов и активностью аденилатциклазной системы имеется обратная зависимость ($r=-0,54$, $p=0,000$).

Выводы. У больных ХСН состояние плотности эритроцитарных бета$_2$-адренорецепторов характеризуется увеличением их и десентитизацией аденилатциклазной системы.

321 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ФЕРМЕНТУРИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Аликулов И.Т., Абдуллаева Ч.А., Пулатов О.Я.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить показатели окислительного стресса и ферментурии у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК.

Материал и методы исследования. Обследованы 25 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным ХСН – мужчины в возрасте 47-60 лет (средний возраст 52,7±3,8лет). Давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q составил от 2 месяцев до 3 лет. Больные были рандомизированы по ФК ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов, по данным теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), по шкале оценки клинического состояния (ШОКС). 12 больных составили с ХСН II ФК и 13 больных с ХСН III ФК. Контрольную группу составила 10 практически здоровых лиц. Из показателей окислительного стресса определили малоновый диальдегид (МДА). О состоянии антиокислительной ферментативной системы судили по активности ферментов супероксидисмутазы (СОД) и каталазы в тромбоцитах крови. Для энзимодиагностики поражения почечной ткани использовали маркеры повреждения гломерулярного и тубулярного аппаратов почки – щелочная фосфатаза (ЩФ), аланинаминтрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ) и холинэстераза (ХЭ). Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц ECXEL 6.0 Windows-95.

Полученные результаты. Изучение показателей окислительного стресса у больных ХСН выявило, что при II ФК увеличение уровня МДА по сравнению с контрольной группой составляло в 2,5 раза и III ФК в 3,5 раза, что сопровождалось снижением активности ферментов антиоксидантной системы. Показатель СОД у больных с II ФК ХСН был снижен на 36% и III ФК на 41,3% ($P<0,05$), соответственно по сравнению с контрольной группой. О снижении активности АОС свидетельствует и снижение уровня каталазы на 35 ($P<0,05$)

и 42,7% (P<0,001) у больных с II и III ФК ХСН по сравнению с контрольной группой соответственно, что возможно связано с участием СОД и каталазы для подавления гиперэкскреции кислородных радикалов, которые усугубляют почечную дисфункцию путем прямого повреждения эндотелиоцитов почечных сосудов. Анализ полученных данных показал, что у обследованных больных отмечался прирост уровня показателей активности ферментурии: показатель ЩФ у больных со II ФК ХСН был на 23 и у больных с III ФК ХСН на 34% выше по сравнению с показателями контрольной группы. У больных с II ФК ХСН активность показателей АЛТ и АСТ были также выше показателей контрольной группы на 12 и 16% соответственно. Тогда как у больных с III ФК ХСН эти показатели составили на 17 и 21% выше показателей контрольной группы. Показатель ХЭ был на 34% выше у больных со II ФК ХСН и на 47% выше показателей контрольной группы.

Выводы. У больных ХСН отмечается усиление процессов окислительного стресса и ферментурии, ассоциированное с прогрессированием заболевания и дисфункцией почек.

322 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЖЕНЩИН

Карамова И.М., Николаева И.Е., Бузаев И.В., Гареева Л.Н., Казиева З.А.

ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Целью исследования было изучение особенности течения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST у женщин и возможности ранней реперфузии коронарных артерий.

Материалы и методы. Ретроспективно была проанализирована 51 медицинская карта женщин, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST за период 2008-2009 годы. Критерии отбора для исследования: наличие типичного болевого синдрома и подъем сегмента ST на электрокардиограмме более 1 мм в 2 и более отведениях. Группу сравнения составили 186 пациентов мужского пола, госпитализированных с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST за этот же период. Всем пациентам была проведена коронароангиография в первые 2 часа от поступления в стационар. Все больные с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST были разделены на две группы. Первая группа – крупноочаговый инфаркт миокарда (наличие локальных нарушений сократимости по данным эхокардиографического исследования, снижение амплитуды зубца r, наличие патологического зубца Q по данным электрокардиографии). Вторая группа – мелкоочаговый инфаркт миокарда (без указанных изменений). Диагноз сахарного диабета устанавливался у больных на основании повышения глюкозы крови натощак >6,1 ммоль/л, или после нагрузочной пробы с глюкозой через 2 часа >11,1 ммоль/л, или случайного определения гликемии в любое время вне зависимости от приема пищи >11,1 ммоль/л, или диагноз был установлен ранее. Статистическая обработка проводилась с помощью t-критерия Стьюдента, углового преобразования Фишера.

Результаты. Большинство женщин, поступивших с диагнозом острый коронарный синдром, имели возраст старше 50 лет.Госпитальная летальность у женщин с острым коронарным синдромом была выше, чем у мужчин. Женщины с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST по сравнению с мужчинами гораздо чаще страдали сахарным диабетом. В 92,5% случаев острым коронарным синдромом с подъемом сегмента у женщин развился крупноочаговый инфаркт миокарда, и лишь в 4,8% случаев развивался мелкоочаговый инфаркт миокарда. В тоже время у мужчин в 68,5% случаев развился крупноочаговый инфаркт миокарда, а в 31,5% случаев – мелкоочаговый инфаркт миокарда. По данным коронароангиографии в 30% случаев у женщин выявлено множественное поражение коронарных артерий (наличие атеросклеротических бляшек в 3 и более артериях).

Выводы. Женщины, поступившие с диагнозом острый коронарный синдром за период 2008-2009 годы, составляют 21,5% от общего числа пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, средний возраст женщин (64,95±1,91 лет) статистически значимо превышает средний возраст мужчин (54,9±1,9 лет) с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Летальность у больных с острым коронарным синдромом женского пола статистически значимо превышает таковую у мужчин (11,7% и 2,4%, соответственно).

В большинстве случаев у больных с острым коронарным синдромом женского пола развивался крупноочаговый инфаркт миокарда (95,2%), по сравнению с больными мужского пола (68,5%).

У женщин с острым коронарным синдромом чаще, чем у мужчин, диагностируется сахарный диабет (29,4% и 6,7%, соответственно).

323 СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Карамова И.М., Николаева И.Е., Денисова И.Д., Мухамедрахимова А.Р., Валеев И.Г., Султанаева З.В., Гадельшина М.Ф.

ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: оценить состояние органов верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных ишемической болезнью сердца.

Методы исследования. Использовали фиброэзофагогастродуоденоскопию (фиброгастродуоденоскоп Olympus GIS XQ-30) и ультразвуковую диагностику (УЗД-аппарат Philips Envisor, датчик на 3-5 МГц). Обследовали 160 больных хронической ишемической болезнью сердца, находившихся на лечении в Республиканском кардиологическом диспансере в 2010 г.(38% мужчин и 62% женщин). Средний возраст больных составил 47,5 л., давность сердечно-сосудистой патологии от 6 мес. до 21 года. Диагноз хронической ишемической болезни сердца установлен на основании жалоб, анамнеза, электрокардиографических изменений, в том числе с использованием нагрузочных тестов, данных коронароангиографии. Основанием для проведения фиброгастродуоденоскопии были: обследование перед проведением инвазивных методов исследования, наличие диспепсических жалоб, неэффективность антиангинальной терапии у больных с болями в грудной клетке, что позволило заподозрить патологию пищевода и желудка. Учитывалось наличие эндоскопических признаков панкреатита. У 94 больных после фиброгастродуоденоскопии выполнили ультразвуковую диагностику органов желудочно-кишечного тракта.

У 48 (30%) больных обнаружены эрозивные поражения слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенные у 36 (22.5%), рефлюкс-эзофагит у 64 больных (40%). Эндоскопические признаки панкреатита (наличие фолликулярного дуоденита, белесоватого налета в виде “манной крупы”) на слизистой двенадцатиперстной кишки, подслизистые ксантомы и\или пролябирование задней стенки выходного отдела желудка и ригидность привратника выявлены у 77 пациентов (48%).В 35% указанные изменения сочетались с диффузной формой жировой инфильтрации печени, в 12% с холецистолитиазом.

По данным проведенного исследования установлено, что изменения со стороны пищеварительного тракта выявляются при кардиологической патологии в среднем в 35%.

Вывод. Для уточнения характера болевого синдрома у больных сердечно-сосудистого профиля необходимо комплексное обследование желудочно-кишечного тракта с последующим проведением адекватной медикаментозной терапии.

324 ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кардаш О.Ф., Жуйко Е.Н., Белевцев М.В.
РНПЦ "Кардиология", РНПЦ "ДОГ", Минск, Республика Беларусь

Известно, что у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) тяжесть заболевания связана с повышенным уровнем медиаторов воспаления, что указывает на участие воспалительной реакции в патогенезе сердечной недостаточности у данной категории больных. Однако состояние клеточного иммунитета у больных с ХСН изучено недостаточно.

Цель исследования: оценить показатели гуморального и клеточного иммунитета у больных с низкой фракцией выброса (ФВ) левого желудочка.

Материалы и методы. Обследовано 17 пациентов (мужчин – 16 (94%) человек) с ХСН с ФВ ЛЖ менее 35% по данным эхокардиографии. Средний возраст пациентов составил 54 (47;59) года, класс NYHA 3(2;3). Сердечная недостаточность у 11 человек была обусловлена ишемической болезнью сердца (ИБС), у 6 человек – хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС).

Группа сравнения состояла из 20 пациентов (средний возраст 56 (52;59) лет, 18 (90%) мужчин) с ИБС, класс NYHA 1(1;2)) и нормальной ФВ ЛЖ (54±2%). Оценка гуморального звена иммунитета проводилась с учетом уровня иммуноглобулинов (Ig G, Ig M, Ig A), а также показателей системы комплемента (С3, С4) методом нефелометрии. Среди показателей клеточного звена иммунитета оценивались субпопуляции лимфоцитов: CD45+, CD19+, CD3+, CD3+HLA-DR+, CD16-56+, CD3+CD16-56+, CD4+, CD8+, CD3+CD25+, CD3+CD95+ с помощью проточной цитофлуометрии.

Результаты. У пациентов с низкой ФВ ЛЖ были снижены показатели системы комплемента: С 3 составлял 1,38±0,087 и 1,72±0,084, $p<0,05$; С4 – 1,38±0,087 и 1,72±0,084, соответственно у пациентов с ФВ ЛЖ менее 35% и более 45%, $p<0,05$. Также отмечался достоверно более низкий уровень клеток – нормальных киллеров: 11,8±2,0% и 16,1±1,6%, соответственно, $p<0,05$.

Выводы. У пациентов ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка наблюдается нарушение не только системы гуморального, но и клеточного иммунитета.

325 ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК-ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Карелкина Е.В., Морошкин В.С., Моисеева О.М.
Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время доказано, 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 30 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), 20 пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) (средний возраст 46,4±3,0 лет, индекс массы тела 29,5±2,4 кг/м^2) and 17 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 $CD34^+CD133^+VEGFR\text{-}2^+$-клеток в периферической крови больных ХСН, но отмечено снижение уровня CD34–$CD133^+VEGFR\text{-}2^+$-клеток, преимущественно в группе ДКМП. При анализ субпопуляций ЦЭКП в зависимости от степени тяжести и этиологии ХСН выявлена тенденция к росту числа $CD34^+CD133^+VEGFR\text{-}2^+$-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 $VEGFR\text{-}2^+$-клеток прогрессивно уменьшалось на фоне роста функционального класса ХСН. Выявлено негативное влияние на число $CD34^+$ $CD133^+VEGFR\text{-}2^+$ 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.

326 ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ-ПРЕДШЕСТВЕННИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Карелкина Е.В., Морошкин В.С., Иртюга О.Б., Моисеева О.М.
Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время показано негативное влияние факторов риска на субпопуляционный состав циркулирующих стволовых клеток. Однако данные о количестве циркулирующих эндотелиальных клеток-предшественников (ЭКП) у больных с гипертонической болезнью (ГБ) носят противоречивый характер. Кроме того, остается малоизученным влияние стандартной антигипертензивной терапии на мобилизацию и функциональные свойства ЭКП.

Цель работы: изучить влияние терапии ингибитором ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) лизиноприлом на представительство и пролиферативную активность ЭКП у больных ГБ.

Материалы и методы: В исследование включено 20 пациентов ГБ II стадии (ВНОК, 2008) в возрасте 44,2±2,6 лет с индексом массы тела 24,9±1,1 кг/м^2 без терапии или на исходной терапии бета-адреноблокаторами или диуретиками, ранее не принимавшие ингибиторы АПФ. Всем пациентам выполнено суточное мониторирование АД ("Tonoport", Германия), исследование эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, фенотипирование липидов и оценка уровня СРБ ультрачувствительным методом. Количество $CD34^+$, $CD133^+$ и $VEGFR\text{-}2^+$-клеток в периферической крови оценивали методом проточной цитометрии. Пролиферативная активность ЭКП оценивалась путем подсчета числа колониеобразующих единиц. Средняя доза лекарственного препарата лизиноприл в процессе лечения составила 18±1 мг/сутки. Подбор адекватной дозы лекарственного препарата осуществлялся с учетом гипо-

тензивного эффекта и индивидуальной переносимости препарата. Повторное обследование больных ГБ выполнено через 12 недель терапии лизиноприлом.

Результаты. В целом по группе офисное систолическое АД снизилось на 15,8%, диастолическое АД – на 13,6%. Нормализация АД по данным суточного мониторирования достигнута у 67% больных. В процессе лечения выявлена тенденция к увеличению ЭЗВД плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией (8,13±5,1% и 14,6±7,9%) и количества циркулирующих $CD34^+$ $CD133^+$ клеток. Кроме того, выявлен прирост числа $CD34^+CD133^+VEGFR\text{-}2^+$-клеток в периферической крови (36±11 и 106±24 на 10^6 мононуклеаров, p<0,05). Увеличение числа циркулирующих ЭКП сопровождалось повышением их пролиферативной активности, о чем свидетельствует число колониеобразующих единиц в культуре клеток (2,2±0,6 и 3,2±0,4 колоний/мм^2). Выявлено негативное влияние повышенного среднедневного систолического АД на количество $CD34^+CD133^+VEGFR\text{-}2^+$- клеток (r=-0,725; p< 0,01). У пациентов относящихся к категории "non-dippers" и "night-pickers" отмечено снижение представительства $CD34^-CD133^+VEGFR\text{-}2^+$- клеток (r=-0,634; p<0,01).

Выводы Выявлено позитивное влияние терапии лизиноприлом на мобилизацию ЭКП и их пролиферативную активность, что, вероятно, связано как с антигипертензивным действием препарата, так и с возможными класс-специфическими (негемодинамическими) эффектами, связанными с подавлением активности ренин-ангиотензиновой системы.

327 ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Каретникова В.Н., Беленькова Ю.А., Зыков М.В., Кашталап В.В.*, Барбараш О.Л.*

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия; Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Кемерово, Россия; *УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: оценить распространенность инсулинорезистентности (ИР) у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМ с подъемом ST) с наличием и отсутствием нарушений углеводного обмена.

Материал и методы исследования: 125 больным ИМ с подъемом ST без указаний на нарушения углеводного обмена в анамнезе на 8-12-е сутки пребывания в клинике, выполняли пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) по методике ВОЗ с одновременным определением иммунореактивного инсулина (исходно и через 2 часа после нагрузки глюкозой), а также рассчитывали индекс HOMA (как показателя ИР). При индексе HOMA более 2,77 пациентов считали инсулинорезистентными. Помимо определения маркеров некроза миокарда, проводилась оценка показателей липидного спектра. Тяжесть поражения коронарного русла оценивалась по данным коронарографии.

Результаты: у всех обследованных пациентов с впервые выявленными сахарным диабетом (СД) 2 типа и нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) по результатам ПГТТ обнаружено повышение тощаковой (20,0 (16,0-40,0); 15,0 (13,0-23,0); 14,5 (10,5-23,0) мЕД/л соответственно, p=0,013) и постнагрузочной (45,0 (14,0-85,0); 60,0 (24,0-105,0); 48 (27,0-81,0) мЕД/л соответственно, p≥0,05) концентрации инсулина по сравнению с показателями пациентов без нарушений углеводного обмена. У больных с впервые выявленным СД концентрация инсулина натощак была достоверно выше (20,0 мЕД/л), чем у пациентов других сравниваемых групп. У пациентов с НТГ, напротив, установлено максимальное повышение постнагрузочной концентрации инсулина (60,0 мЕД/л). Отмечено повышение индекса HOMA во всех сравниваемых группах – у больных с впервые выявленным СД 2 типа 5,75 (4,4-12,0), у пациентов с НТГ – 3,4 (3,1-4,9) и у больных ИМ с подъемом с. ST без СД и НТГ – 3,35 (2,4-5,2), p=0,012, что свидетельствует о наличие проявлений ИР у больных ИМ при отсутствии явных нарушений углеводного обмена и, в целом, отражает значимость ИР как одного из факторов риска развития коронарных событий. Кроме того, выявлена прямая зависимость между значениями индекса HOMA, с одной стороны, и уровнем триглицеридов крови (r=0,495, p=0,030) и липопротеинов низкой плотности (r=0,508, p=0,007), с другой, а также между значениями индекса HOMA и числом пораженных коронарных артерий по результатам коронарографии (r=0,369, p<0,001).

Заключение: у пациентов с ИМ с подъемом ST даже при отсутствии в анамнезе СД высока частота выявления нарушений углеводного обмена, в частности, инсулинорезистентности, определить которую возможно в период стационарного лечения больных ИМ при проведении ПГТТ.

328 ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСЦИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ТОНОМЕТРОВ ВЫСОКОЙ ТОЧНОСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА ПРИ СКРИНИНГОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Карлов А.А., Карлова Н.А., Золозова Е.А., Мазур Н.А., Саютина Е.В., Чигинёва В.В.

РМАПО, Москва, Россия

Цель: определить возможности использования осциллографических тонометров для определения лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) в амбулаторной практике для скринингового обследования пациентов.

Методы: обследован 39 больной с синдромом перемежающей хромоты (ПХ) или с наличием риска периферического атеросклероза (артериальная гипертония, дислипопротеидемия, курение, сахарный диабет). Средний возраст больных – 67 лет (от 36 до 87 лет), мужчин обследовано 26 (66,7%), женщин 13 (33,3%). Клиника ПХ наблюдалась у 14 больных, нетипичный болевой синдром у 13 больных. Определялся ЛПИ при помощи автоматических осциллометрических тонометров фирмы Omron (по 2 измерения у каждого больного, всего 78 измерений), затем методом объемной сфигмографии (прибор VaSeraVS-1000). В последующем проводилось УЗДГ сосудов нижних конечностей.

Результаты: выявлена достаточная воспроизводимость результатов при использовании осциллометрических тонометров для определения ЛПИ по сравнению со стандартной методикой объемной сфигмографии (разница между данными ЛПИ, полученными разными методами, составила от 0 до 0,15 (в среднем – 0,05) коэффициент корреляции 0,87, взаимосвязь достоверна, p<0,05). Результаты измерений разделены на 4 группы в зависимости от ЛПИ, определённого с помощью осциллометрических тонометров. Первая группа – значение ЛПИ ≤0,9 обнаружено в 38 измерениях, в дальнейшем при УЗДГ в этих случаях в 86,8% обнаружены окклюзии или гемодинамически значимые стенозы, и только у 5,3% обнаружены множественные стенозы 30-50%. Вторая группа – значение ЛПИ от 0.91 до 1,0 зарегистрировано в 8 измерениях, гемодинамические значимые стенозы и окклюзии имелись в 37,5% случаев, множественные гемодинамически незначимые стенозы еще в 25% случаях. Третья группа – значение ЛПИ от 1,01 до 1,1 зарегистрировано в 25 измерениях, гемодинамические значимые стенозы и окклюзии имелись в 8% случаев, множественные гемодинамически незначимые стенозы в 12% случаях. В 7 измерениях значение ЛПИ превышало 1,11 гемодинамически значимых стенозов обнаружено

не было, В 43% случаев найдены единичные атеросклеротические бляшки в артериях.

Выводы: таким образом, использование автоматических осциллометрических тонометров для определения ЛПИ возможно для скринингового обследования пациентов на амбулаторном приёме или для первичной дифференциальной диагностики пациентов с болевым синдромом в нижних конечностях. Возможности этого метода для определения ЛПИ сопоставимы с результатами объемной сфигмографии и находятся в соответствии с результатами УЗДГ. По–видимому, на ультразвуковое исследование следует направлять пациентов имеющих факторы риска развития атеросклероза и ЛПИ ≤1,0.

329 ВИТАМИН Д, СЕРДЦЕ И КОСТНАЯ ТКАНЬ НА ПРИМЕРЕ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Карпова Н.Ю., Рашид М.А., Казакова Т.В., Кошкина Г.И., Шостак Н.А.

ГОУ ВПУ РГМУ, ГКБ № 55, Москва, Россия

Цель. Выявить связь концентрации витамина Д с параметрами внутрисердечной гемодинамики и костного гомеостаза при кальцинированном аортальном стенозе (КАС).

Методы. Наряду с проведением эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у 76 больных КАС проведено изучение основных показателей костно-минерального гомеостаза и минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Результаты. Для больных КАС оказалось характерным достоверное повышение активности общей щелочной фосфатазы (ЩФ; p=0,04) и снижение содержания общего кальция (p=0,001) с наличием умеренной гипокальциемии (1,72-1,78 ммоль/л) в 75% случаях. В группе женщин концентрация витамина Д оказались достоверно ниже (33,03 и 48,7 нмоль/л; p=0,035) в сравнении с группой мужчин. У преобладающего числа больных (76,3%) были выявлены низкие концентрации витамина 25(OH) D_3 (менее 50 нмоль/л). Группа пациентов с дефицитом витамина Д отличалась достоверно повышенными значениями паратиреоидного гормона (54,0 и 20,9 пг/мл; p=0,016) и старшим возрастом (75 и 73 лет; p = 0,02).

В ходе исследования МПКТ у 71% обследованных пациентов выявлены нарушения, представленные в 39,5% случаях остеопенией и в 31,5% случаях – остеопорозом. При всех нарушениях поражался поясничный отдел позвоночника, а при сочетанных (20,8%) – проксимальные отделы бедра. Также у 76% больных КАС отмечены головокружения, имевшие полигенный характер и определявшие высокий риск постуральной нестабильности в данной группе пациентов. Состояние МПКТ поясничного отдела позвоночника в группах с различной концентрацией витамина Д достоверно не различалось (p=0,62), в тоже время для проксимальных отделов бедра (типичных зон поражения сенильного остеопороза) получена прямая зависимость от концентрации витамина Д. При учете данных ЭхоКГ-исследований, установлено, что при КАС Д-дефицит ассоциировался с большей степенью концентрического ремоделирования по уровню относительной толщины стенки (ОТС) миокарда левого желудочка (ЛЖ; 0,51 и 0,43; p=0,01). Нарастание выраженности кальциноза аортального клапана сопровождалось прогрессирующим снижением средних концентраций витамина Д с 45,1 до 32,2 нмоль/л. В то же время сочетанное повышение уровней витамина Д и ЩФ ассоциировалось с уменьшении значений ОТС, что дополнительно свидетельствует об угнетающем влиянии активации отдельных звеньев кальциевого обмена на адаптивные механизмы ЛЖ к повышению давления в его полости, в особенности при наличии механической обструкции выходного тракта, обусловленной аортальным стенозом.

Выводы. При планировании коррекции Д-дефицита и риска падений у больных КАС в пожилом возрасте следует учитывать возможность лавинообразного нарастания эктопического кальциноза и срыва адаптивных возможностей миокарда левого желудочка, что определяет выбор в пользу препаратов витамина Д не обладающих системным кальциемическим действием.

330 ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СНИЖАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ РАННИХ СРОКАХ НАЗНАЧЕНИЯ ТРАЙКОРА

Карпова Э.С., Котельникова Е.В., Носенко А.Н., Лямина Н.П.

ФГУ "Саратовский НИИ кардиологии" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Эндоваскулярные методы реваскуляризации миокарда значительно улучшают качество и прогноз жизни у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сахарным диабетом (СД). Однако, даже при успешной реваскуляризации частота внутригоспитальных осложнений, послеоперационная долгосрочная смертность и потребность в повторных реваскуляризациях среди больных с СД достаточно высока, что определяет проведение активных методов вторичной профилактики у данной категории больных.

Цель исследования: сравнить клинический статус, липидный спектр крови, частоту возникновения коронарных событий и проведения повторных коронарных вмешательств у больных СД 2 типа, после коронарной реваскуляризации в течение 12-месяцев приема трайкора при различных сроках его назначения.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 больных (средний возраст 51,58±1,6года) сахарным диабетом 2 типа в стадии компенсации и субкомпенсации обменных процессов со стабильной ИБС, которым была выполнена реваскуляризация миокарда. Пациенты были рандомизированы в две группы: группа I (n-12), которые в первые 7 дней, после проведения реваскуляризации миокарда в течение 12 месяцев наблюдения принимали трайкор в дозе 145 мг/сутки, в комбинации со стандартной медикаментозной терапией; группа II (n-18), которые принимали трайкор в дозе 145 мг/сутки и стандартную медикаментозную терапию спустя 6 и более месяцев после проведения реваскуляризации миокарда.

Результаты. В течение 12 месяцев наблюдения у пациентов не наблюдалось увеличение класса стенокардии, число пациентов без стенокардии возросло и составило 25 человек. При анализе показателей липидного спектра крови у всех пациентов отмечалось снижение уровня ТГ – в I группе на 12%, во II на 11%, оптимальный уровень ЛПВП определялся у 77,6% пациентов I группы и у 77,2% II группы. Вне плановых госпитализаций по поводу обострения и осложнений ИБС не было. Однако у 11% пациентов II группы на 9 и 12 месяце визитов – наблюдения была выявлена немая ишемия, что потребовало проведение данным пациентам коронарографии. По результатам коронарографии, у этих пациентов были выявлены гемодинамически значимые рестенозы, а также имело место прогрессирование коронарного атеросклероза по сравнению с предыдущими исследованиями, с развитием гемодинамически значимого стеноза в артериях второго порядка. Пациентам было проведено повторное ЧКВ, в результате которого, достигнут хороший непосредственный ангиографический результат.

Выводы. Раннее назначение фибратов (в первые 7 дней), у больных ИБС сахарным диабетом 2 типа, после проведения эндоваскулярной реваскуляризации миокарда, позволяет снизить частоту повторных коронарных вмешательств.

331 ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА И NTproBNP У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Карпунина Н.С., Туев А.В.

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

Цель: оценить содержание эритропоэтина и NTproBNP в крови пациентов со стабильной стенокардией напряжения без клинических симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследования: обследовано 24 пациента со стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК) без признаков ХСН в соответствии со Шкалой оценки клинического состояния (ШОКС), из них 12 (50,0%) мужчин. Средний возраст обследованных – 57,4±2,28 года. Основанием для постановки диагноза служили данные анамнеза, велоэргометрии, суточного мониторирования ЭКГ. У всех обследованных оценивали параметры гемограммы, липидный спектр сыворотки крови. Кроме этого, анализировали содержание эритропоэтина и NTproBNP с использованием соответствующих тест-систем ЗАО "Вектор-БЕСТ", г.Новосибирск. Группу сравнения составили 32 человека, не имевших сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Статистическую обработку проводили с использованием Statistica 6.0, различия считали значимыми при уровне $p<0,05$.

Результаты. Анализ показателей гемограммы не выявил статистических различий между группами. Уровень общего холестерина (ОХС) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у всех больных со стабильной стенокардией не достигал целевых значений (6,7±1,75 ммоль/л и 4,4±1,29 ммоль/л соответственно). В этой связи группа больных значимо отличалась от группы контроля по этим параметрам ($p=0,00008$, $p=0,04$ соответственно). Следует отметить, что ни один пациент не придерживался гипохолестериновой диеты, а статины получали всего 2 (8,3%) человека.

При изучении медицинской документации установлено, что у всех больных со стенокардией напряжения диагностирована ХСН I-IIA стадии (1-2 ФК по NYHA). Исследование эритропоэтина и NTproBNP в этой группе позволило констатировать следующее: содержание NTproBNP в сыворотке крови всех обследованных составляло 0,4±0,90 нг/мл в среднем (норма 0-0,2 нг/мл); величина эритропоэтина у женщин 8,4±4,46 мМЕ/мл и 9,1±3,84 мМЕ/мл – у мужчин, что соответствует допустимым нормативам. Взаимосвязи между изучаемыми параметрами не выявлено. В группе условно здоровых средние значения изучаемых параметров составили: NTproBNP – 0,15±0,05 нг/мл, эритропоэтин у женщин – 6,7±2,43 мМЕ/мл, у мужчин – 7,4±2,25 мМЕ/мл. По уровню эритропоэтина достоверных отличий от группы больных со стабильной стенокардией не установлено, тогда как по уровню NTproBNP эта группа значимо отличалась от группы условно здоровых ($p=0,04$).

Выводы. Проведенное исследование позволяет отметить невысокую успешность борьбы с дислипидемией у лиц, страдающих ССЗ. Показатели гемограммы в группах значимо не различались, тогда как средние величины ОХС и ЛПНП в первой группе со статистической достоверностью превышали аналогичные показатели в группе условно здоровых. Сочетанное определение эритропоэтина и NTproBNP не выявило достоверной взаимосвязи в сравниваемых группах, что не позволяет отнести эритропоэтин к ранним маркерам диагностики гипоксии, обусловленной наличием ХСН. Однако, имеется тенденция к росту эритропоэтина у обследованных больных в отличие от условно здоровых.

332 ФАКТОРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Каскаева Д.С.

ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого", Красноярск, Россия

В последние годы сердечно-сосудистые заболевания прочно удерживают первое место среди всех причин смертности в экономически развитых странах. Артериальная гипертония (АГ) является одним из основных факторов риска развития ишемической болезни сердца. В России 42 млн. человек имеют повышенное артериальное давление, что позволяет констатировать распространенность артериальной гипертонии среди взрослого населения. По данным ВОЗ 30% жителей планеты страдают избыточным весом. У лиц с ожирением вероятность развития АГ на 50% выше, чем у лиц с нормальной МТ. Выявлена прямая пропорциональная зависимость между МТ и общей смертностью. Главная долгосрочная цель лечения больных АГ – максимальное снижение общего риска сердечно – сосудистой заболеваемости и смертности. Достижение этой цели возможно путем коррекции модифицируемых факторов риска, лечения ассоциированных клинических состояний и снижения уровня артериального давления.

Цель: Оценить доступные факторы риска и поражения органов мишени у работников железнодорожного транспорта по анализу амбулаторных карт.

Материалы и методы: Методом случайной выборки нами было обработано 50 амбулаторных карт пациентов – машинистов с артериальной гипертонией I ст и II ст. Были проанализированы те факторы риска и поражения органов мишени, которые были учтены в амбулаторных картах. Средний возраст пациентов составил 42 года (28-56). Уровень общего холестерина составил 6,2 ммоль/л (3,2–8,1 ммоль/л), ХЛПВП составил 1,21 (0,55–1,83 ммоль/л), ХЛПНП –,2 ммоль4/л (1,01–6,12 ммоль/л). Уровень ТГ составил 2,07 ммоль/л (0,68–2,71 ммоль/). Таким образом, проведенный анализ липидного спектра у пациентов показал наличие дислипидемии у 58% пациентов. Далее нами был оценен индекс массы тела (ИМТ) у пациентов. Средний уровень ИМТ составил 29,45 (23-35), что согласно российским рекомендациям ВНОК (2007г.) является избыточной массой тела (предожирение). При оценке поражения органов мишени нам удалось оценить гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) по данным ЭКГ. Так ГЛЖ определялась у 7 из 50 человек. Таким образом, 18% анализируемых пациентов имели ГЛЖ, а значит гипертоническую болезнь II стадии.

Выводы: Таким образом, снижение массы тела, коррекция липидного спектра и адекватный прием антигипертензивной терапии позволит снизить риск сердечно – сосудистых осложнений у работников железнодорожного транспорта.

333 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА В ВОЗРАСТЕ 20-59 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г.СУМГАИТ

Касумова Ф.Н., Мурсалов М.М.

Азербайджанский Государственный институт Усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Сердечно-сосудистые заболевания, ассоциированные с атеросклерозом, являются наиболее частой причиной смертности и инвалидности населения развитых стран мира. Одним из важных факторов риска (ФР) развития атеросклероза коронарных артерий, являющегося в большинстве случаев морфологическим субстратом ишемической болезни сердца (ИБС), считают нарушения липидного обмена. В эпидемиологических исследованиях показано, что при повышении уровня холестерина (ХС) более 8,5 ммоль/л (или выше 330 мг/дл), в 4 раза возрастает риск фатальных сердечно – сосудистых заболеваний, при сочетании с артериальной гипертензией (АГ) – в 9 раз, при наличии гиперхолестеринемии, а при наличии курения и АГ – в 16 раз.

Целью исследования явилось изучение параметров липидного спектра, как одного из ФР ИБС у лиц мужского пола трудоспособного возраста, проживающих в г.Сумгаит.

Материал и методы. Проведено эпидемиологическое обследование 865 мужчин трудоспособного возраста 20-59 лет, проживающих в г.Сумгаит. Были сформированы 4 возрастные группы 20-29, 30-39, 40-49 и 50-59 лет. Всем больным заполнялся кардиологический опросник, рекомендованный ВОЗ,

ЭКГ обследование, а также забор крови, с условием 12-14 часового голодания без употребления алкоголя в течение последней недели. В плазме крови определялась концентрация общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП).

Собственные результаты. В ходе обследования было выявлено, что гиперхолестеринемия в данной популяции составила 17,6±1,3%. Этот показатель статистически возрастал от минимального в 20-29 лет (7,0±1,0%) до максимального в 50-59 лет (64,7±6,7%, p<0,001). Наибольший темп роста отмечался в группе 20-29 и 30-39 лет.

Гипертриглицеридемия среди данной категории лиц была достаточно высокой и составила 29,6±1,6%, т. е. у каждого 3-го обследованного. Причем минимальные значения отмечались в группе 20-29 лет (8,8±3,7%), а максимальные – 51,0±7,0% в группе 50-59 лет соответственно, (p<0,05). Как видно самые высокие цифры наблюдались в старшей возрастной группе.

Снижение ЛПВП встречалась у 14,4±1,2% обследованных. Если в возрасте 20-29 лет только у 3,5±2,4% наблюдалось уменьшение ЛВПВ, до уже в 50-59 лет эта цифра достигала 25,5± 6,1%, (p< 0,001).

Дислипидемия в общем отмечалась у 33,8±1,6%% обследованных, демонстрируя возрастную динамику от минимального показателя в 20-29лет (10,5±4,1%) до максимального в 50-59 лет (62,7±6,8%, p< 0,05). Максимальный темп роста был отмечен также в группах 20-29 и 30-39 лет.

Выводы. Результаты проведенного скрининга продемонстрировали высокие показатели гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии, и относительно низкие значения ЛВПВ. Вызывает тревогу то, что в молодом возрасте 20-29 и 30-39 лет отмечается высокий темп роста дислипидемии и проведенные профилактические мероприятия именно в этом возрасте могли бы предотвратить их высокие цифры в старших возрастных группах и, тем самым, устранить один из важных предикторов ИБС.

334 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕАБИЛИТАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Каулина Е.М.

Филиал ГОУ ВПО “Сочинский государственный университет туризма и курортного дела”, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценка влияния проводимых врачами амбулаторного звена мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ) на частоту кардио-цереброваскулярных осложнений у наблюдаемых ими больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования: в исследование было включено 200 больных АГ и 10 врачей. Длительность исследования – 10 лет. В ГВВ (группа вмешательства) вошло 10 врачей; распределение по возрасту: моложе 30 лет – 10%, 30-39 лет – 20%, 40-49 лет – 60%, 60 лет и старше – 10%; средний стаж работы – 11,2 года. Было отобрано 100 амбулаторных карт (АК) больных АГ: 37% мужчин, 63% женщин, средний возраст 68,8 года. В ГСВ (группа сравнения) – 10 врачей; возраст: 30-39 лет – 10%, 40-49 лет – 60%, 50-59 лет – 20%, 60 лет и старше – 10%; средний стаж работы – 13,4 года. Отобрано 100 АК больных АГ: 28% мужчин, 72% женщин, средний возраст 70,2 года.

Полученные результаты. При проведении корреляционного анализа установлена тесная связь между теоретическим уровнем приверженности и уровнем приверженности в реальной практике у врачей ГВВ к назначению мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ) (r=0,84, p<0,05). Определена слабая связь по данному параметру в ГСВ (r=0,42, p>0,05). Выявлены достоверные расхождения по назначению мероприятий ИОЖ врачами ГВВ по сравнению с врачами ГСВ: по рекомендациям расширения двигательного режима (p<0,05), по рекомендации модификации диеты (p<0,05), по рекомендациям ограничения алкоголя (p<0,05), и тенденция к увеличению частоты рекомендаций по отказу от курения (p>0,05). Корреляционный анализ уровня приверженности врачей ГВВ к назначению мероприятий по ИОЖ выявил достоверную значимую связь между рекомендацией изменений двигательного режима и рекомендацией модификации диеты (r=0,71, p<0,05).

По группам ГВВ и ГСВ за период исследования было зарегистрировано фатальных осложнений: ГВВ цереброваскулярные осложнения – 15 случаев (65,2% от всех зарегистрированных конечных точек); кардиоваскулярные – 8 (34,8%). В ГСВ было зарегистрировано: цереброваскулярные осложнения – 31 случаев (73,8% от всех зарегистрированных конечных точек); кардиоваскулярные – 11 (26,2%).

Была выявлена в ГВВ тесная обратная связь между уровнем приверженности врачей к назначению мероприятий по ИОЖ и фатальными кардио-цереброваскулярными осложнениями у больных АГ (r=–0,61, p<0,05). В ГСВ определена значимая обратная связь между уровнем приверженности врачей к назначению мероприятий по ИОЖ (r=–0,5, p>0,05) и фатальными кардио-цереброваскулярными осложнениями у больных АГ, наблюдаемых врачами данной группы (r=–0,86, p<0,05).

Выводы: выявлена значимая связь между частотой назначения врачами амбулаторного звена мероприятий по ИОЖ и частотой кардио-цереброваскулярных осложнений у наблюдаемых ими больных АГ.

335 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Качалова А.С., Смирнова Л.Е.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Цель исследования: изучить психологические особенности и качество жизни у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) – через 3-6 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Всего обследовано 40 пациентов с ПИКС от 35 до 70 лет (средний возраст 53,4±6,58 лет), из них мужчин – 29 (52,0±7,08 лет), женщин – 11 (56,8±3,22 лет). В исследование не включались больные с хронической сердечной недостаточностью выше II функционального класса по NYHA. Использовались следующие психодиагностические методики: шкала психосоциального стресса Л. Ридера, адаптированная О.С.Копиной и соавторами (1995); сокращенный многофакторный опросник исследования личности (СМОЛ); госпитальная шкала тревоги; шкала депрессии Гамильтона. Качество жизни исследовалось с помощью адаптированного опросника SF-36.

Результаты: по данным шкалы Л. Ридера уровень психоэмоционального стресса был низким у 50%, средним – у 40% и высоким – у 10% обследованных. При этом среднегрупповой показатель составил 1,14 балла, причем у мужчин – 1,16±0,73 (средний уровень стресса), а у женщин – 1,07±0,62 (низкий). Показатели теста СМОЛ соответствовали норме только у 26% больных, а у остальных 74% – имелись различные психологические расстройства в виде психических изменений, психических нарушений и/или акцентуации личности. Усредненный профиль СМОЛ имел ипохондрическую конфигурацию с максимальным подъемом по 1-й шкале (ипохондрии) и 3-й (истерии). Показатели теста СМОЛ (усредненные) по клиническим шкалам составили: по 1-й шкале – 53,4±10,23; по 2-й – 47,7±10,05; по 3-й – 49,9±8,55; по 4-й – 43,2±11,20; по 6-й – 48,8±12,04; по 7-й – 46,7±11,43; по 8-й – 46,8±9,14; по 9-й – 49,8±13,87. Уровень тревоги был повышен у 52% больных, а депрессии – у 80%: малый депрессивный эпизод присутствовал у 70% и большой депрессивный эпизод – у 10%. Отсутствие депрессии (у 20%) наблюдалось только у мужчин. Средние показатели депрессии для мужчин составили 9,7±4,09, а для женщин –

16,0±5,48 баллов. Качество жизни в различной степени было сниженным у всех пациентов. Основными причинами снижения качества жизни в целом по группе оказались: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; социальное функционирование (ограничение социальной активности) и общее состояние здоровья. При этом у мужчин наиболее сниженным было социальное функционирование, а у женщин – ролевое функционирование.

Заключение. Таким образом, у больных ПИКС (в течение 3-х – 6-ти месяцев после перенесенного инфаркта миокарда) наблюдаются различные психологические нарушения, которые выражаются наличием психоэмоционального стресса и тревоги у половины обследованных, депрессии в большинстве случаев; ипохондрическими проявлениями и снижением качества жизни. При этом наиболее выраженные психопатологические изменения характерны для женщин. Полученные данные свидетельствуют о наличии психологической дезадаптации у большинства пациентов ПИКС, что необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий.

336 СРАВНЕНИЕ КАРДИО- И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ

Качнов В.А., Тыренко В.В., Никитин А.Э., Кольцов А.В.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Сравнить нефропротективные и кардиоптотективные свойства комбинированной блокады РААС с применением эналаприла в комбинации с алискиреном или лозартаном.

Материалы и методы. Обследован 31 пациент с гипертонической болезнью II-III стадии. Все пациенты в качестве антигипертензивной терапии получали ингибиторы АПФ. Критериями исключения пациентов явились наличие сахарного диабета, подагры, мочекаменной болезни, болезней почек, симптоматической артериальной гипертензии. До момента рандомизации проводились рутинные клинические и лабораторно-инструментальные исследования, оценивались биохимические показатели крови, проводился расчет СКФ по Кокрофту-Гаулту и MDRD, выполнялась эхокардиография, определялся уровень микроальбуминурии методом иммуноферментного анализа. После проведения стандартного обследования пациенты разделены на две группы. В первой группе (n=16) к терапии добавлялся алискирен (расилез), во второй группе (n=15) – лозартан в минимальных дозировках с последующей титрацией дозировок до оптимальных. Контрольное обследование, включающее биохимический анализ крови, расчет СКФ по Кокрофту-Гаулту и MDRD, эхокардиография, определение уровня микроальбуминурии проводилось через 6 месяцев терапии.

Результаты и их обсуждение. Через 6 месяцев комбинированной гипотензивной терапии большинство пациентов достигли целевого уровня артериального давления < 140/90 мм рт.ст. Ни в одной из групп не отмечено статистически значимого увеличения уровня креатинина крови. По данным ЭхоКГ в первой группе отметилось достоверное снижение толщины задней стенки левого желудочка с 1,26±0,05 до 1,12±0,11 см (p=0,01) и толщины межжелудочковой перегородки с 1,25±0,08 до 1,11±0,09 см (p=0,01), во второй группе отметилось снижение ТЗСт ЛЖ с 1,25±0,06 до 1,15±0,06 см (p=0,01), ТМЖП с 1,22±0,06 до 1,16±0,05 см (p=0,01). Остальные эхокардиографические показатели не имели достоверных различий. Уровень СКФ по Кокрофту-Гаулту в первой группе до начала комбинированной терапии составил 113,99±21,46 мл/мин, через 6 месяцев проводимой терапии 113,19±18,05 мл/мин, во второй группе до терапии 112,83±19,37 мл/мин, через 6 месяцев – 109,17±12,05 мл/мин. СКФ рассчитанный по формуле MDRD исходно в первой группе составил 80,76±14,39 мл/мин/1,73 м^2, через 6 месяцев терапии – 81,17±14,77 мл/мин/1,73 м^2, во второй группе исходно – 86,48±12,08 мл/мин/1,73 м^2, через 6 месяцев терапии – 81,87±11.95 мл/мин/1,73 м^2. Все показатели статистически не различались. Исходный уровень микроальбуминурии в первой группе составил – 53,07±14,16 мг/л, во второй группе – 54,89±12,37 мг/л. Через 6 месяцев терапии в первой группе уровень микроальбуминурии снизился до 22,19±8,19 мг/л (p<0,01), во второй до 32,29±8,71 мг/мл (p<0,01).

Вывод: комбинированная блокада РААС с применением эналаприла в комбинации с алискиреном оказывает более выраженное кардио- и нефропротективное воздействие, чем при использовании комбинации эналаприла с лозартаном.

337 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРЦА МАТЕРИ, ПОЧЕЧНОЙ И СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕСТОЗА

Каштальян О.А.[1], Пристром М.С.[2], Семененков И.И.[2]
[1]Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь; [2]Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

В настоящее время проблеме артериальной гипертензии во время беременности уделяется значительное внимание. Для своевременной профилактики важно выявить доклиническую стадию гестоза, которая проявляется комплексом изменений, выявляемых с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования в 13-15 недель беременности.

Цель исследования: определить диагностическую значимость показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) матери, почечной и системной гемодинамики в ранней диагностике гестоза.

Материалы и методы. Проведено обследование 43 соматически здоровых, нормотензивных женщин в 10-14 и 28-32 недели беременности. Выполнены по стандартным методикам ультразвуковое исследование артериального почечного кровотока, эхокардиография, холтеровское мониторирование. С учетом течения беременности сформированы подгруппы: первая (n=15) – беременные с выявленным впоследствии гестозом, вторая (n=13) – физиологическая беременность, третья (n=15) – беременные с появившимися после обследования клиническими признаками вирусных заболеваний. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики с использованием MS EXCEL XP, STATISTICA для Windows (версия 7,0). Результаты представлены: нижний квартиль-медиана-верхний квартиль (25%-Med-75%).

Результаты и обсуждение. В проведенном нами исследовании выявлено снижение показателей вариабельности сердца матери в 28-32 недели беременности: SDNN 79-90-99 и 101-108-118; p=0,001, циркадного индекса (ЦИ ЧСС) 1,18-1,19-1,20 и 1,23-1,24-1,27; p=0,001 за счет увеличения средней ЧСС в ночное время (77-82-87 и 73-75-77; p=0,002), соответственно, 1 и 2 подгруппа. диагностическая чувствительность метода, ДЧ – 93% (95% доверительный интервал, ДИ: 77-99%), диагностическая специфичность, ДС – 88% (95% ДИ: 77-96%), индекс точности, ИТ – 89,5% (95%: ДИ 80-98%)

Течение осложненной гестозом беременности характеризовалось более низкими показателями скоростей кровотока в исследуемых почечных артериях. Максимальные (max) и минимальные (min) значения систолодиастолического отношения (S/D) в основном стволе почечных артериях составили 3,19-2,98 и 3,31-3,12, в сегментарных артериях 3,09-2,79 и 3,27-2,99, соответственно в 10-14 и 28-32 недели беременности. В 10-14 недель S/D было достоверно выше (p=0,001) и превышало нормальные значения 1,8-3,0 в основном стволе почечных (правой: 3,10-3,02-3,13 и 2,80-2,75-2,91; левой: 3,09-3,0-3,12 и 2,82-2,76-2,91, p=0,001), сегментарных (правая: 2,99-2,89-3,07 и 2,75-2,68-2,77; левая: 2,99-2,91-3,07 и 2,75-2,68-2,76) артериях в сравнении с физиологической беременностью, соответственно. В 10-14 недель беременности ДЧ – 93% (95% ДИ: 78-99%), ДС – 100% (95% ДИ: 88-100%), ИТ – 97,7% (95% ДИ: 86-100%).

В 28-32 недели осложненной гестозом беременности сердечный индекс (СИ) был достоверно выше (p=0,0001) в сравнении

со 2 и 3 подгруппой. Значения (max, min) СИ в 28-32 недели физиологической беременности составили 4,08 и 3,35 л/мин/м^2, при осложненной гестозом – 4,91 и 4,19 л/мин/м^2. Повышение СИ в 28-32 недели физиологической беременности более 4,10 л/мин/м^2 является ранним признаком развития гестоза: ДЧ – 87% (95% ДИ: 77-97%), ДС – 71% (95% ДИ: 57-85%), ИТ – 98% (95% ДИ: 86-100%).

Выводы. Ранними признаками присоединения к физиологической беременности гипертензии являются снижение в 10-14 недель беременности систолодиастолического отношения S/D в основном стволе почечных и сегментарных артериях менее 3,0, уменьшение в 28-30 недель беременности показателей вариабельности ритма сердца SDNN<100 мс, циркадного индекса частоты сердечных сокращений<1,20 и увеличения сердечного индекса более 4,10.

338 МНЕНИЕ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА СРЕДИ ТЮМЕНСКИХ МУЖЧИН С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Каюмова М.М., Гафаров В.В., Акимова Е.В.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось изучение мнения об эффективности профилактики и лечения болезней сердца в группах с наличием и отсутствием ишемической болезни сердца (ИБС) мужской популяции 25-64 лет.

В рамках кардиологического скрининга было проведено эпидемиологическое 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. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов (вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения, ЭКГ покоя и кодирование по Миннесотскому коду), используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли "определённую" ИБС (ОИБС) и "возможную" ИБС (ВИБС). Для изучения мнения об эффективности профилактики и лечения болезней сердца использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Вопросы сопровождались перечнем фиксированных ответов.

Распространенность ИБС у мужчин 25-64 лет составила 12,4%, ОИБС – 6,6%, ВИБС – 5,7% случаев. Проведенное исследование на мужской популяции 25-64 лет г. Тюмени показало взаимоотношения при наличии определенной, возможной ИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и мнения об эффективности лечения и профилактики болезней сердца. Среди мужчин с ОИБС по отношению к группе сравнения без ИБС оказалось достоверно больше респондентов, которые не верили в успешное лечение и профилактику болезней сердца. Так, на вопросы, можно ли в настоящее время успешно предупредить или лечить болезни сердца, ответ "нет, ни одной" у лиц с ОИБС был в обоих случаях в 5,6 раз выше, чем в группе сравнения. В группе с ВИБС 8,5% мужчин считали, что в настоящее время можно успешно лечить только некоторые болезни сердца, этот показатель превосходил аналогичный результат в группе сравнения в 3 раза, p<0,05.

Таким образом, мужчины 25-64 лет с ОИБС низко оценивают современную медицину в отношении лечения болезней сердца и наиболее высоко – в отношении их предупреждения.

339 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАССЫ ТЕЛА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Керимкулова А.С., Писмарева А.В., Хромова Е.Б.
Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Цель. Изучить возрастные особенности избыточной массы тела и абдоминального ожирения у больных артериальной гипертензией.

Методы исследования. Проанализированы данные исследований больных артериальной гипертензией за период с 2008 по 2010 годы, проведенных в диагностическом центре г.Семей. Для изучения использованы данные амбулаторных карт 711 больных артериальной гипертензией. 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. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ (ППС) STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США).

Полученные результаты. В исследовании изучались данные 5 групп больных артериальной гипертензией 2 степени (всего 711 человек), разделенные на 5 возрастных групп сравнения: до 39 лет (1 группа), 40-49 лет (2 группа), 50-59 лет (3 группа), 60-69 лет (4 группа), 70 лет и старше (5 группа). Основные показатели в группе женщин, больных артериальной гипертензией определялись (в скобках указана медиана и интерквартильный размах) по следующим показателям: возраст (61; от 56 до 69); систолическое артериальное давление (САД 150; от 140 до 160); диастолическое артериальное давление (ДАД 90; от 85 до 100); индекс массы тела (ИМТ 29 кг/м^2; от 26 до 33); объем талии (ОТ) (98; от 88 до 106); объем бедер (ОБ) (109; от 102 до 118); индекс талия/бедра (ИТБ = ОТ/ОБ 0,88; от 0,83 до 0,92). Уровни АД определялись на момент осмотра, и у большинства больных на фоне нерегулярного приема гипотензивных препаратов (до 80% больных). Выявлена зависимость по ранговой корреляции Спирмена, значимое на уровне p<0,01: высокая между показателями массы тела и пола (r=0,61); систолическим и диастолическим АД (=0,68); полом и возрастом (r=0,61); массой тела и ИМТ (r=0,84); ОТ и ИМТ (r=0,76); ИМТ и ОБ (r=0,77); умеренная связь между ИТБ и полом (r=0,39); массой тела и ростом (r=0,39); массой тела и ИТБ (r=0,44); ИМТ и ИТБ (r=0,34). Для сравнения 5 групп больных артериальной гипертензией использован Кр.Краскела-Уоллиса и выявлены различия (p<0,0001) по показателям роста между 2 и 5, 3 и 5, 4 и 5 группами (p<0,0001); по показателям массы тела между 2 и 5, 3 и 5, 4 и 5 группами (p<0,00001). Выявлены различия между 4 и 5 возрастной группой по показателям роста (p=0, 002), массы тела (p=0,00003), ИМТ (p=0,01), ОТ (p=0,03), ОБ (p=0,03) и пульсу (p=0,01).

Выводы. Исследование показала важность оценки рассматриваемых признаков избыточной массы тела и абдоминального ожирения. Отмечены различия по данным показателям в различных возрастных группах, более выраженные по росту, массе тела, ИМТ и ИТБ.

340 ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Керимкулова А.С.
Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Цель: продолжить изучение особенностей ремоделирования левого и правого желудочков сердца у умерших больных при жизни, страдавших АГ в зависимости от пола по данным патологоанатомических протоколов вскрытий, проведенное КГКП "Патологоанатомическое бюро" г.Семей ВКО РК и Семейского филиала РГКП "Центр судебной медицины МЗРК" умерших за 11 лет (начиная с 1999 года по 2009 годы).

Методы исследования. В группу включения для проведения анализа вошли, данные протоколов вскрытия умерших остро в результате нарушения мозгового кровообращения, смерти от острого инфаркта миокарда в течение суток, смерть при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Критериями не включения в анализируемую группу были: наличие заболевания органов дыхания, пороки сердца, ожирение, сердечная недостаточность. Таким образом, были отобраны протоколы вскрытий умерших, у которых при жизни, помимо АГ, не было сопутствующей патологии, самостоятельно приводящей к ремоделированию правого желудочка. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ (ППС) STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США). Всего было отобрано 386 протоколов вскрытия, из них составили мужчины – 229, женщин – 157.

Полученные результаты. Средний возраст составил 56,82±12,50, из них мужчин – 55,21±11,89, женщин – 59,13±13,03. За нормальную толщину стенки левого желудочка (без папиллярных мышц) принимались значения: 0,7-1,2 см, правого желудочка – 0,2- 0,3 см. Гипертрофия стенок ЛЖ и ПЖ условно была разделена на 2 степени: гипертрофия левого желудочка: I степень – 1,3-2,0 см, II степень – 2,1 и более; гипертрофия правого желудочка: I степень – 0,4-0,6 см, II степень – 0,7 см и более. Проведенный нами анализ данных протоколов вскрытий 386 умерших внезапно лиц, страдавших артериальной гипертензией, показал что, имеются различные изменения параметров левого и правого желудочков сердца. У 7 умерших отсутствовали сведения об изучаемых параметрах, анализу были подвергнуты 379 протоколов вскрытия. При изучении параметров характеризующих состояние левого желудочка (толщина) выявлено, что основные показатели в общей группе, группе женщин и мужчин, больных артериальной гипертензией распределились соответственно мало различались (указана медиана и в скобках интерквартильный размах): 2,0 (от 1,7 до 2,5); 2,0 (от 1,8 до 2,5); 2,0 (от 1,7 до 2,5). Соответственно толщина правого желудочка: 0,6 (от 0,4 до 0,9); 0,65 (от 0,4 до 1,0); 0,5 (от 0,3 до 0,8). Различие по половому признаку по Манна-Уитни U критерию составил p=0,053. По изменению параметров правого желудочка достоверных изменений по половому признаку не обнаружено.

Выводы. Анализ протоколов вскрытия показал, что гипертрофия левого желудочка одинаково выражена в целом по группе, отдельно у мужчин и у женщин и отмечена во всех случаях. Тогда как гипертрофия правого желудочка отмечалась не во всех случаях, но в значительной части и более выражена была у мужчин.

341 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ МУЖСКОГО ПОЛА

Керимова Д. К., Касумова Ф.Н.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

Актуальность проблемы: ИБС (ишемическая болезнь сердца, стенокардия) – грозное и коварное заболевание, которое Всемирная организация здравоохранения назвала "величайшей эпидемией человечества". В развитых странах ишемическая болезнь сердца стала самой частой причиной смерти и инвалидности– на ее долю приходится около 30% смертности. Она намного опережает другие заболевания в качестве причины внезапной смерти и встречается у каждой третьей женщины и у половины мужчин.

Самое печальное, что смертности гораздо больше среди молодых пациентов: если в Европе на 100 тыс. населения умирают от ИБС 23 человека, то показатель по странам СНГ – более 120 случаев на 100 тыс. Все это превращает распространенность ИБС из сугубо медицинской проблемы в проблему социально-экономическую.

Цель. Изучить распространенность ИБС в популяции вынужденных переселенцев мужского пола при наличии или отсутствии признаков ХСН.

Материалы и методы: Исследование проведено в период с 2004 по 2006гг и включало как объект популяцию 865 вынужденных переселенцев мужского пола 20-59 лет, проживающих в общежитиях г. Сумгаит.

Программа обследования включала: заполнение кардиологического опросника для выявления сердечно-сосудистой патологии, в частности ХСН, ЭКГ обследование с кодировкой по Минессотскому коду. Выделяли определенную и возможную формы ИБС (опр. ИБС и возм. ИБС).

К опр. ИБС относились: стенокардия напряжения (СН) по опроснику, СН+ЭКГ с ишемическими кодами по ЭКГ, опр. ИМ- определеннй перенесенный инфаркт миокарда по ЭКГ, безболевая форма (б.б.ф.) ИБС, при отсутствии СН и наличии ишемических кодов на ЭКГ.

К возм. ИБС относились: возм.ИБС+ЭКГ, ИМ в анамнезе.

При заполнении опросника регистрировали наличие предрасположенности к ХСН. Далее проводили эходоплерографию сердца, с целью установления наличия гипертрофии левого желудочка, а также систолической и диастолической его дисфункции.

Собственные результаты: Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ИБС более, чем в 2 раза регистрировалась при ХСН по сравнению с ее отсутствием (35,5±8,6% и 15,8±1,5%, p<0,01), что подтверждает ее ведущую роль в формировании указанной патологии. Нами установлено, что опр. ИМ в 6 раз чаще фиксировался у лиц с СН по сравнению с теми, у кого СН отсутствовала (3,2±3,2% и 0,5±0,3%, p>0,05). Далее нами было зафиксировано, что СН почти в 2 раза чаще регистрировалась у лиц ХСН, чем без нее, (22,6±7,5% и 12,2±1,3%, p>0,05).

СН+ЭКГ регистрировалась более чем в 6 раз чаще при наличии ХСН, по сравнению с ее отсутствием (3,2±3,2% и 0,5±0,3%, p>0,05). Мы установили, что в отсутствии ХСН все случаи СН в 38% случаев подтверждались наличием ишемических кодов на ЭКГ, а в присутствии ХСН у 12,5%, что в 3 раза больше, т. е. достоверность регистрации СН у лиц с ХСН в несколько раз больше, чем при ее отсутствии.

Безболевая форма ИБС, так же в 6 раз чаще фиксировалась при наличии ХСН, по сравнению с ее отсутствием и опять статистически недостоверно (3,2±3,2% и 0,5±0,3%, p>0,05).

Суммируя все вышесказанное, можно констатировать, что опр. ИБС в целом с высокой степенью достоверности чаще регистрировались у лиц с ХСН по сравнению с ее отсутствием (32,3±8,4% и 13,7±1,4%, p<0,01). При анализе в.ф.ИБС. полученный результат свидетельствовал о том, она чаще регистрировалась у лиц с ХСН, (3,2±3,2% и 2,0±0,6%, p>0,05). У лиц с ХСН воз.ИМ в анамнезе вообще не регистрировался, а в отсутствии ХСН эту форму ИБС имел всего 1 человек и это составило 0,2±0,2%. Возможная ИБС в целом чаще регистрировалась при наличии ХСН по сравнению с ее отсутствием, но это было статистически недостоверно (3,2±3,2% и 2,1±0,6%, p>0,05).

Выводы: В нашем исследовании было установлено значительное преобладание частоты регистрации ИБС у лиц с ХСН, что свидетельствует о роли ИБС в ее развитии. Зарегистрированная нами СН, на долю, которой приходилось более половины всех случаев ИБС, в ничтожно малом про-

центе случаев сочеталась с ишемическими кодами на ЭКГ. Этот факт свидетельствует о том, что в большинстве случаев установленная ИБС носила ложноположительный характер, т. е. была не достоверной.

342 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ НА ФОНЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Килин Д.А., Туровец Е.М.
ГОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия", Ижевск, Россия

Цель: оценить клиническую эффективность длительной комбинированной антиангинальной терапии с включением магния лактата, триметазидина и периндоприла у больных стабильной стенокардией (СК), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: 19 больных СК II или III функционального класса (ФК) и ХСН II или III ФК по NYHA в возрасте 59,6±2,74 года наблюдались в течение 36 месяцев. В ходе исследования помимо общеклинического обследования и теста с шестиминутной ходьбой проводился анализ общего количества эпизодов и продолжительности как болевой (ЭИМ), так и безболевой ишемии миокарда (ЭБИМ). Пациенты были рандомизированы на две группы, не различающиеся по исходным характеристикам заболевания и возрасту. Больные 1-ой группы (8 человек) дополнительно к стандартной терапии ХСН в течение 36 месяцев назначали магния лактат (промагсан) в дозировке 1200 мг/сут, триметазидин-МВ (предуктал-МВ) по 35 мг 2 раза в сутки и периндоприл (престариум) по 5 мг 1 раз в сутки. Больные 2-ой (контрольной) группы (11 человека) лечились только базисными препаратами.

Результаты: установлено достоверное снижении общего количества эпизодов ишемии миокарда (ЭИМ) в 1-ой группе с 5,1±0,35 до 1,5±0,33 ($p<0,01$) и во 2-ой – с 5,8±0,52 до 4,1±0,31 ($p<0,01$). При этом наблюдалось уменьшение суммарной продолжительности ЭИМ с 27,5±2,05 мин до 6,75±1,49 мин у пациентов первой группы и с 31,3±2,84 мин до 17,1±1,92 – во второй ($p<0,05$). При этом наблюдалось достоверно выраженное уменьшение количества приступов БИМ в 1-ой группе на 83,9±2,1% (с 3,1±0,29 до 0,5±0,18, $p<0,001$) и во 2-ой – на 35,2±2,4% (с 3,6±0,31 до 2,4±0,36, $p<0,01$). Одновременно наблюдалось снижение суммарной продолжительности эпизодов БИМ у пациентов обеих групп: с 19,7±2,1 мин до 1,8±0,7 мин в 1-ой и 14,7±1,9 мин до 9,4±1,3 мин – во второй ($p<0,01$). По результатам теста с 6-и минутной ходьбой выявлено достоверное уменьшение ФК ХСН на 80,9±4,5% (с 2,6±0,18 до 0,5±0,19, $p<0,01$) в первой группе и на 19,4±3,1% (с 2,7±0,14 до 2,2±0,22, $p>0,05$) – во второй.

Выводы: постоянное длительное включение миокардиального цитопротектора триметазидина, периндоприла и магния лактата в комбинированную антиангинальную терапию достоверно улучшает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и вызывает выраженное повышение толерантности к физической нагрузке.

343 НАТРИЙУРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кириченко А.А., Закирова Н.Л.
РМАПО, кафедра терапии, Москва, Россия

Цель работы: изучение натрийуретической функции почек у больных артериальной гипертонией на фоне проведения тест-пробы с солевой нагрузкой.

Методы исследования: исходно методом опроса выявлялись факторы риска артериальной гипертонии (АГ), оценивалось соблюдение гипосолевой диеты. Каждый больной отвечал на следующие вопросы: не досаливает он готовую пищу после пробы, досаливает и досаливает всегда. Всем пациентам рассчитывался индекс массы тела, оценивался липидный спектр, проводилась Эхо КГ. Определяли суточный натрийурез на свободном солевом и водном режиме с помощью ионоселективного анализатора ABL800Flex. Выполнялся тест-проба с солевой нагрузкой, который заключался в однократном приеме поваренной соли (из расчета 0,12 г на 1 кг веса) с последующим определением суточной экскреции натрия в моче на первые и третьи сутки.

Полученные результаты: исследованы 52 человека с АГ 2-3 степени (2 степень имелась в 50% случаев, 3 степень – в 50%) без признаков застойной сердечной недостаточности и хронической почечной недостаточности. Средний возраст которых составил 56,08+7,0 лет. Длительность – 10,0±6,0 лет. В ходе работы были выделены следующие группы больных: первая группа – суточная экскреция натрия до солевой нагрузки составила от 0 до 100 ммоль/сут., вторая группа – от 100-200 ммоль/сут. и третья группа – от 200 ммоль/сут. и более. В 1 группе больных 2 степень АГ встречалась в 62,5% случаев, во 2 и 3 группах – 41% и 53% соответственно. По результатам опроса в 1 группе преобладали пациенты (75%), досаливающие пищу по требованию. Индекс массы тела в 1 группе был достоверно ниже, чем во 2 и 3 группах, и составил 28,3±1,5, а во 2 и 3 – 32,7±1,7 и 31,0±2,0. В 1 группе уровень триглицеридов меньше – 1,8±0,97 ммоль/л, чем во 2 и 3 – 2,2±0,7 ммоль/л и 2,5±1,7 ммоль/л соответственно. Отечный синдром имел место только у пациентов 2 и 3 групп и встречался в 38% и 53% случаев соответственно. По результатам Эхо КГ нарушение диастолической функции левого желудочка имело место только во 2 и 3 группах, Е/А – 0,86± 0,1, 0,9±0,12 соответственно. На первые сутки после солевой нагрузки прирост суточной экскреции натрия в 1 группе составлял 168%, во 2 группе – 70% и в 3 – 43%. Во 2 и 3 группах у 7 человек (24% и 46,7% соответственно) прироста не наблюдалось. На 3-и сутки тест-пробы прирост суточной экскреции натрия по группам составил 91%, 43% и 19% соответственно. В 1 группе у 3 (37,5%), во 2 группе у 12 (41%) и в 3 группе у 11 человек (73%) прироста не было.

Выводы: пациенты с суточной экскрецией натрия в моче менее 100 ммоль/сут. имели достоверно меньший индекс массы тела, уровень артериального давления (АД) и гипертрофию миокарда; у них отсутствовал отечный синдром. Прирост суточной экскреции натрия после тест-пробы свидетельствовал об отсутствии его задержки в организме. У пациентов с суточной экскрецией натрия более 100 ммоль/сут. (2,3 группы) встречался отечный синдром. После солевой нагрузки наблюдался отрицательный натрийурез (прирост суточной экскреции натрия на первые сутки уменьшился в 2,5 – 4 раза), что свидетельствовало о задержке натрия.

344 РОЛЬ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КАМЕР СЕРДЦА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кириченко Н.А., Качковский М.А., Рубаненко О.А.
ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Цель исследования. Оценить роль морфофункциональных изменений камер сердца в прогнозировании риска смерти от ССЗ у больных ИБС категорий высокого и очень высокого риска.

Методы исследования. В исследование включено 132 пациента ИБС, средний возраст которых составил 47,5±6,7 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости, от категории риска смерти от ССЗ. К I группе отнесены пациенты категории высокого риска (63 человек), ко II группе – пациенты категории очень высокого риска (69 человек).

Всем пациентам проводилась трансторакальная эхокардиография с оценкой КДО, КСО, ФВ ЛЖ, КСР, КДР, толщины задней стенки левого желудочка в систолу/диастолу, а также толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) в систолу/диастолу.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.1. Для оценки достоверности различий между группами пациентов использовался t критерий Стьюдента. При проведении корреляционного анализа применялась r корреляция Пирсона. Для оценки вклада исследуемых показателей в прогнозирование риска смерти от ССЗ рассчитывалось отношение шансов с помощью бинарного логистического регрессионного анализа. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Полученные результаты. При оценке эхокардиографических показателей было выявлено, что у больных II группы уровень КДО, КДР, МЖП был на 4,5% ($p<0,001$), 3,1% ($p=0,02$) и 9,02% ($p=0,002$) соответственно выше, чем у больных I группы. По уровням других показателей группы между собой достоверно не различались.

При проведении корреляционного анализа было выявлено, что показателями, ассоциированными с риском смерти от ССЗ у больных ИБС, являются КДО ($r=0,34$, $p=0,001$), КДР ($r=0,26$, $p=0,005$) и толщина МЖП ($r=0,28$, $p=0,002$). Корреляционные взаимосвязи между другими гемодинамическими показателями и риском смерти от ССЗ не достигли статистической значимости.

При проведении однофакторного регрессионного анализа, отношение шансов для уровня КДО более 123 мл в прогнозировании риска смерти от ССЗ составило 4,4 (ДИ 2-9,5, $p=0,001$), для уровня КДР более 51 мм – 3,0 (ДИ 1,4-6,3, $p=0,004$), для толщины МЖП более 11,5 мм – 2,8 (ДИ – 1,3-5,9, $p=0,007$). По результатам многофакторного регрессионного анализа все вышеперечисленные показатели сохранили свою прогностическую значимость при некотором уменьшении отношении шансов.

Выводы. В нашем исследовании, уровень КДО более 123 мл, КДР более 51 мм и толщина МЖП более 11,5 мм явились независимыми предикторами смерти от ССЗ у больных ИБС. При этом наибольшую роль в прогнозировании риска смерти играет уровень КДО более 123 мл.

345 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КИСЛОТОЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Китаева Е.А., Туев А.В., Хлынова О.В.

ГОУ ВПО “ПГМА им. Акад. Е.А.Вагнера Росздрава”, Пермь, Россия

Цель работы: изучить показатели суточного профиля артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ).

Материалы и методы: Обследовано 44 пациента мужского пола в возрасте от 20 до 57 лет (средний возраст 35,13±11,95 лет) с сочетанием АГ и КЗЗ (21 пациент с АГ и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; 23 пациента с АГ и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью). Группу сравнения составили 25 пациентов с изолированной АГ. Для верификации диагноза КЗЗ пациентам выполнялась эзофагогастродуоденоскопия. 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: Установлено, что пациенты с ассоциированным течением АГ и КЗЗ характеризовались наличием статистически значимой менее высокой гипертонической нагрузки по сравнению с пациентами группы изолированной АГ, что выражалось в значительно более низких показателях средних величин диастолического АД (ДАД) в дневные и ночные часы (81,68±6,89 мм рт.ст. против 89,76±12,27 мм рт.ст., $p=0,002$; и 62,68±11,68 мм рт.ст. против 75,24±19,51 мм рт.ст., $p=0,004$, соответственно). Индексы нагрузки давлением в течение всех периодов мониторирования, как для систолического АД (САД), так и для ДАД, в группе пациентов с сочетанием АГ и КЗЗ также были достоверно ниже в сравнении с группой пациентов изолированной АГ ($p<0,05$). Скорость утреннего подъема (УП) САД, напротив, была достоверно выше в группе пациентов с ассоциацией АГ и КЗЗ (31,16±33,92 мм рт.ст. против 17,95±5,66мм рт.ст., $p=0,005$). Показатели скорости УП ДАД также были достоверно выше в группе сочетанного течения АГ и КЗЗ (24,92±25,19 мм рт.ст. против 13,12±9,88 мм рт.ст. $p=0,048$). Отметим, что пациенты с коморбидным течением заболеваний характеризовались достоверным увеличением суточного профиля “Overdippers” для ДАД ($p=0,002$).

Выводы. Результаты исследования показали, что суточный профиль АД у пациентов с синтропией АГ и КЗЗ имеет свои особенности. У пациентов данной группы отмечается достоверное снижение средних величин ДАД, индексов нагрузки давлением, как для САД, так и для ДАД в течение всех периодов мониторирования. Скорость УП САД и ДАД, напротив, оказывается достоверно выше в группе пациентов сочетанием АГ и КЗЗ в сравнении с изолированной АГ. Преобладающим вариантом суточного профиля в ночные часы в группе пациентов с синтропией заболеваний является вариант “Overdippers” для ДАД. Очевидно, что пациенты с коморбидным течением АГ и КЗЗ, ввиду имеющегося у них чрезмерного ночного снижения АД, а также значимого повышения скорости УП САД и ДАД, могут иметь более высокий риск сердечно-сосудистых событий в сравнении с группой пациентов изолированной АГ.

346 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИКОПИНА И РЕСВЕРАТРОЛА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ

*Клочков В.А., Чалык Н.Е., Ансимова О.М., Радаева И.Ю., * Petyaev I.*

Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия; *Cambridge Theranostics LTD, Cambridge, Великобритания

Антиоксидант-каротиноид ликопин присутствует во многих растительных продуктах, и является важным составляющим средиземноморской диеты.

Антиоксидант-полифенол ресвератрол содержится в продуктах из красного винограда, в том числе в вине, и ответственен, как считается, за так называемый “французский парадокс” (высокое содержание в диете жиров и сравнительное низкая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний во Франции).

Цель исследования. Провести параллельное исследование степени воздействия обоих этих антиоксидантов на нарушения липидного обмена и уровень в крови основного показателя перекисного окисления липидов – малонового диальдегида (МДА).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились две группы больных ишемической болезнью сердца с нарушениями липидного обмена. Группа, получавшая ликопин, состояла из 25 человек (16 мужчин и 9 женщин в возрасте от 42 до 68 лет). Больные, принимавшие ресвератрол (22 человека – 14 мужчин и 8 женщин) были в возрасте от 45 до 70 лет. Исследовались уровни общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой (ЛВП) и низкой (ЛНП) плотности, а также уровень МДА в сыворотке крови. Пациентам назначался ликопин в дозе 10 мг одно-

кратно на ночь (с учетом ночного пика синтеза холестерина). Доза ресвератрола составила 500 мг (время и кратность приема были аналогичны ликопину). Других липидснижающих препаратов пациенты не принимали, специальной диеты не придерживались. Курс лечения составил 8 недель.

Результаты исследования. Средний уровень холестерина в обеих группах существенно не отличался – 212,1 и 215,5, триглицеридов – 144,7 и 141,8, ЛВП – 40,5 и 41,1 и ЛНП – 135,5 и 140,4 мг/дл. Уровень МДА – 273 и 278 мкМ/л. После окончания двухмесячного курса лечения исследуемые показатели приобрели следующие значения. В группе ликопина уровень холестерина в сыворотке крови составил 169,3, триглицеридов – 110,3, ЛНП – 116,5 мг/дл ($p < 0,001$), ЛВП – 45,3 мг/дл ($p<0,01$), и МДА – 173 мкМ/л ($p<0,001$),. В группе ресвератрола аналогичные параметры имели следующие величины: уровень общего холестерина 186,7, триглицеридов – 129,8, ЛНП – 125,4 ($p<0,001$), ЛВП – 44,2 мг/дл ($p< 0,01$) и МДА -202 мкМ/л ($p<0,001$). По всем изучаемым параметрам, кроме липопротеинов высокой плотности, нормализация в группе ликопина была достоверно лучше, чем в группе ресвератрола. Более того, по темпу нормализации ликопин также превосходил ресвератрол.

Выводы. Курсовой прием ликопина, также как и ресвератрола в средних терапевтических дозах приводит к благоприятным сдвигам в липидном спектре крови и уровне перекисного окисления липидов, однако по абсолютной величине и темпу этих изменений ликопин имеет преимущество над ресвератролом.

347 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ковалев С.А., Белов В.Н., Ковалев А.С., Кузнецов А.И., Котельников А.Е., Звягин А.В., Белова Е.А.

ГУЗ “Воронежская областная клиническая больница №1”, Воронеж, Россия; Межтерриториальный кардиохирургический центр, ГОУ ВПО “Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”, Воронеж, Россия

Цель: изучить частоту развития симптомной пароксизмальной или персистирующей фибрилляции предсердий в отдаленные сроки после проведения коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.

Методы: обследовано 205 пациента с ишемической болезнью сердца, которым было выполнено коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК). Из 205 пациентов мужчин было 186 (91%), женщин – 19 (9%). Средний возраст составил 59,4±3,2 лет. Всем пациентам было выполнено 2-4 сосудистое КШ. Из исследования были исключены пациенты с дооперационной фибрилляцией предсердий (ФП), больные, которым проводилась резекция/пластика аневризмы левого желудочка (ЛЖ), протезирование клапанов сердца, а также пациенты с рецидивом стенокардии напряжения более 2 функционального класса (ФК) или развитием инфаркта миокарда после оперативного лечения. С помощью корреляционного анализа изучалась связь между демографическими показателями, клиническими характеристиками в послеоперационнм периоде (ФК сердечной недостаточности, перенесенный до КШ инфаркт миокарда, наличие сахарного диабета, степень артериальной гипертензии и ожирения), показателями внутрисердечной гемодинамики, наличием гипертрофии ЛЖ, размером левого предсердия, наличием хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и длительностью наблюдения. Срок наблюдения составил от 4 до 7 лет, в среднем 6,2±0,2 года.

Результаты: возникновение симптомной пароксизмальной или персистирующей фибрилляции предсердий в отдаленные сроки после проведения КШ в условиях ИК произошло у 14 (6,8%). При проведении корреляционного анализа установлена достоверная положительная связь между возникновением ФП и возрастом пациента на момент возникновения аритмии, ФК сердечной недостаточности, фракцией выброса (ФВ) ЛЖ, толщиной межжелудочковой перегородки, степенью артериальной гипертезии и ожирения, а также наличием ХОБЛ

Выводы: 1) через 6 лет наблюдений у 6,8% больных после проведения КШ в условиях ИК регистрируется симптомная пароксизмальная или персистирующая форма ФП;

развитие ФП связано с возрастом пациента, ФК сердечной недостаточности, фракцией выброса ЛЖ, толщиной межжелудочковой перегородки, степенью артериальной гипертензии и ожирения, а также наличием ХОБЛ.

348 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Коваленко Е.В., Малинова Л.И.

ФГУ “СарНИИК” Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель. Оценить и объективизировать качество диагностики хронической сердечной недостаточности (ХСН) в стационарах города с помощью расчетных критериев.

Методы. В анализ включены данные 90 историй болезни пациентов (50 – женщины, 40 – мужчины), находившихся на лечении в специализированных кардиологических отделениях стационаров города Саратова, в структуру клинического диагноза которых была включена хроническая сердечная недостаточность. Критерии постановки диагноза, включая клинические симптомы и признаки, физикальные данные, результаты клинико-лабораторного и инструментального исследования индексировались. Оценивались качество формулировки диагноза, спектр проведенного обследования и обоснованность диагностического заключения в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (III пересмотр). Для объективизации оценки рассчитывались модифицированные индексы формулировки диагноза, полноты обследования и соответствия диагноза клинико-инструментальным данным (Criteria and indicators of best practice in clinical audit, 2009).

Полученные результаты. Средний возраст пациентов составил 65,71±10,6 лет (41-85 лет). Доля лиц пожилого и старческого возраста была 77,77%. I стадия ХСН была выставлена в 53,3 (3)%, IIа – 38,8(8)%, IIб – 7,7(7)% случаев. Средний индекс формулировки диагноза составил 0,72, причем отмечалась тенденция к его снижению у женщин и лиц старческого возраста, достигавший степени статистической значимости у последних ($p=0,039$). Средний индекс полноты обследования был 0,79. Обращало на себя внимание преимущественный вклад в его снижение следующих составляющих: биохимические маркеры ХСН, объективизации функционального класса ХСН. Средний индекс соответствия диагноза клинико-инструментальным данным был 0,68, который понижался до 0,54 у лиц старческого возраста ($p = 0,009$) и 0,59 у женщин ($p=0,051$).

Выводы. Использование модифицированных индексов формулировки диагноза, полноты обследования и соответствия диагноза клинико-инструментальным данным позволило провести сравнительную гендерно-возрастную оценку качества диагностики хронической сердечной недостаточности в отдельных стационарах города. Выявлено ухудшение качества диагностики ХСН у женщин и лиц пожилого и старческого возраста по сравнению с мужчинами и лицами зрелого возраста.

349 ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Коваль Е.А., Зубко И.Н., Романенко С.В.

Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, Днепропетровск, Украина

Неблагоприятные последствия артериальной гипертензии (АГ) обусловлены прогрессирующими структурно-функциональными изменениями в стенке артерий, что выражается в утолщении комплекса интима-медиа (КИМ), главным образом за счет средней оболочки – медии. Указанные изменения при АГ связаны не только со степенью повышения уровня артериального давления (АД), но и с нарушением его суточного ритма.

Цель. Изучить взаимосвязь между параметрами суточного профиля АД и структурными изменениями артериальной стенки у женщин с АГ.

Методы исследования. 30 женщинам с АГ 1 – 2 степени, возраст 47,7±8,1 года, на аппарате LOGIC P5 PRO в В-режиме по стандартной методике измеряли толщину КИМ в общих сонных артериях с дифференцированной оценкой толщины интимы и медии. При суточном мониторированим АД (СМАД), проведенном с помощью аппарата АВРМ-04 (Meditech, Венгрия), оценивали среднесуточные систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД), их индексы времени (ИВ САД и ДАД), вариабильность (ВСАД и ВДАД) и суточные индексы (СИ САД и ДАД). Статистическую обработку материала проводили с помощью ранговой корреляции Спирмена, результаты считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Средние значения толщины КИМ составили 0,062±0,01 мм, интимы 0,024±0,04 мм, медии 0,039±0,009 мм. По данным СМАД выявлена умеренная систоло-диастолическая АГ с повышением САД до 137,0±12,1 мм рт.ст., ДАД до 83,4±8,4 мм рт.ст. и их индексов нагрузки до 55,1±26,8% и 37,5±24,7% соответственно. Отмечено также повышение ВСАД до 16,0±3,9 мм рт.ст. при сохраненном ВДАД (12,5±4,1 мм рт.ст.) и циркадном ритме АД, средние значения СИ САД и ДАД – 13,9±7,6 и 18,1±8,0, соответственно.

Выявлена прямая взаимосвязь толщины КИМ с уровнями САД ($R=0,53$, $p=0,0002$), ДАД ($R=0,36$ $p=0,02$), ИВ САД ($R=0,57$ $p<0,0001$), ИВ ДАД ($R=0,38$, $p=0,01$), что подтверждает ассоциации степени АГ и тяжести сосудистого ремоделирования. Тяжесть АГ коррелировала преимущественно с увеличением диаметра сосуда ($R=0,37$, $p=0,015$) и утолщением медии ($R=0,53$, $p=0,0002$), но не интимы ($R=0,3$, $p=0,06$). Таким образом, повышение диаметра артерий и утолщение медиального слоя сосудистой стенки являются морфологической основой сосудистого ремоделирования при АГ. Для медии, также как и для общей толщины КИМ, корреляции с индексами нагрузки АД характеризовались большей силой и уровнем статистической значимости, чем со средними значениями САД и ДАД, что может свидетельствовать о влиянии стабильности повышения АД в течение суток на темпы ремоделирования сосудистой стенки.

Выводы. Морфологической основой сосудистого ремоделирования при АГ является утолщение КИМ, преимущественно за счет медии, и увеличение диаметра артерий. Стабильное повышение АД в течение суток оказывает большее влияние на темпы и тяжесть поражения сосудов, чем абсолютный уровень повышения АД.

350 УРОТЕНЗИН-II В КРОВИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Коваль С.Н., Старченко Т.Г., Замазий А.Е., Губанова О.М.

ГУ Институт терапии им. Л. Т. Малой АМН Украины, Харьков, Украина

Цель. Изучить уровень нового вазоактивного пептида – уротензина-II (УТ-II) в сыворотке крови у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа в сравнении с пациентами ГБ, имеющими нормальный углеводный обмен.

Материалы и методы. Было обследовано 65 больных (28 мужчин и 37 женщин) с ГБ II стадии, 2–3 степени, из числа которых у 31 больного был выявлен СД 2 типа. Возраст больных, включенных в исследование, был от 38 до 69 лет. Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц. Уровень УТ-II в сыворотке крови изучали иммуноферментным методом.

Результаты исследования. Установлено достоверное повышение уровня УТ-II в сыворотке крови больных ГБ как в сочетании с СД 2 типа, так и без него в сравнении с показателями практически здоровых лиц. Так, уровень УТ-II у больных ГБ составил (34,01±3,21) пг/мл, $p<0,001$, у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа – (41,68±4,73) пг/мл, $p<0,001$. Не было выявлено достоверных отличий содержания У-II у больных ГБ с сопутствующим СД 2 типа в сравнении с пациентами ГБ без нарушения углеводного обмена ($p>0,05$). Анализ уровня УТ-II в зависимости от половых различий выявил достоверные отличия между лицами мужского и женского пола только у больных ГБ, ассоциированной с СД 2 типа. При этом уровень УТ-II у мужчин составил (57,92±6,74) пг/мл, у женщин (32,45±4,68) пг/мл, ($p<0,01$). У мужчин и женщин, страдающих ГБ, но не имеющих СД 2 типа, уровень УТ-II составил (36,418±4,94) пг/мл и (30, 86±4,35) пг/мл соответственно ($p>0,05$). Кроме того, у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа выявлена положительная корреляционная связь между уровнем У-II и избыточной массой тела ($r=0,42$, $p<0,05$), что может свидетельствовать о роли исследуемого вазоактивного пептида в развитии инсулинорезистентности у этой категории больных.

Выводы. У больных ГБ в сочетании с СД 2 типа и у больных ГБ без нарушений углеводного обмена отмечается достоверное повышение в сыворотке крови У-II в сравнении с практически здоровыми лицами. У больных ГБ, ассоциированной с СД 2 типа, установлено достоверное повышение содержания в крови У-II у мужчин в сравнении с женщинами и у пациентов с избыточной массой тела в сравнении с пациентами, имеющими нормальный вес.

351 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Ковригина М.Н.[1], Мамедов М.Н.[1], Худяков М.Б.[1], Сунцов Ю.И.[2]

[1]ФГУ "ГНИЦ ПМ" Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия; [2]ФГУ "Эндокринологический научный центр" Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель исследования: сравнительный анализ факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний у больных с сахарным диабетом (СД)1 и 2 типов.

Материалы и методы. В исследование всего было включено 244 человек. Из них 60 женщин с СД 1 типа среднем возрасте 49,9±2,1 лет, мужчин с СД 1типа 29 человек в среднем возрасте 45±1,9 лет. СД 2 типа диагностирован у 101 женщин в возрасте 46±2,3 лет, мужчин 54 человека в среднем возрасте 43±1,8 лет. Пациентам проводилось анкетирование по опроснику ВОЗ, измерение роста, веса, окружности талии, расчет индекса массы тела и артериальное давление (АД). Всем пациентам измеряли уровни концентрацию гликированного гемоглобина, общего холестерина (ХС), триглицеридов, креатинина, микроальбуминурию. ЭКГ регистрировалось в покое в 12 стандартных отведениях. Расчет сердечно-сосудистого риска проводился с использованием шкалы SCORE.

Результаты. По результатам исследования выявилось, что среди женщин с СД 1 типа курят-5%, а мужчины в 44% случаев. Среди пациентов с СД 2 типа статус курения несколько отличается: женщин на момент обследования не курят, а среди мужчин курящие оказались 29%. Артериальная гипертония (АГ) среди пациентов с СД 1 типа встречается довольно часто: 73% среди женщин и 69% среди мужчин. Среди пациентов с СД 2 типа АГ выявилась идентичной частотой: 87% и 75,9%, соответственно. Среди пациентов СД 1 типа также часто выявляется гиперхолестеринемия: 76% среди женщин и 79,3% среди мужчин. Интересно, что среди лиц с СД 2 типа гиперХС определилась с меньшей частотой: 65% и 42,5%, соответственно. Гипертриглицеридемия диагностирована у каждого

четвертого пациента с СД 1 и 2 типов. Ожирение на момент осмотра имеют 44% женщин и 42,5% мужчин с СД 2 типа, тогда как среди женщин с СД 1 типа ожирение выявлена в 16,6% случаев, а среди мужчин в 2 раза больше – 31%. Избыточная масса тела определена у каждого четвертого пациента с СД 1 типа, тогда как среди лиц с СД 2 типа имеет это метаболическое нарушение каждый третий.

Заключение. В когорте пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов наиболее часто встречается АГ и гиперхолестеринемия. По сравнению с мужчинами с сахарным диабетом 2 типа мужчины с сахарным диабетом 1 типа больше курят. Каждый второй пациент с сахарным диабетом имеет ожирение и/или гипертриглицеридемию. Таким образом, пациенты с сахарным диабетом 1 типа среднего возраста также как лица с сахарным диабетом 2 типа нуждаются в многофакторной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

352 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АД И ЭКГ У ПОДРОСТКОВ

Кожевникова О.В., Пальцева А.Е., Рахимова А.Н., Сюткина Е.В.

У РАМН Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

Актуальность. Существенное распространение нарушений функции сердечно-сосудистой системы у подростков требует дальнейшего изучения путей коррекции этих изменений.

Цель работы: изучение показателей артериального давления по результатов бифункционального мониторирования у подростков.

Методы исследования. Обследовано 33 ребенка в возрасте 14 лет. Частота обращаемости мальчиков (76%) была выше, чем девочек (24%). Дети были направлены кардиологом на холтеровское мониторирование ЭКГ с жалобами на головную боль (18%), боль в области сердца (6%), у 7 детей (21%) были изменения на ЭКГ: у 2 (6%) в виде тахикардии, у 2 (6%) в виде брадикардии, у 1 ребенка было удлинение интервала QT, у 2 сочетанная блокада правой и левой ножки п.Гиса; у 3 детей зафиксированы подъемы артериального давления (АД); у 15 детей (46%) жалобы общего характера (головокружение, быстрая утомляемость, слабость). Всем детям было проведено бифункциональное монторирование ЭКГ и АД (БМ ЭКГиАД) с помощью регистратора трехканального ЭКГ и АД Astrocard®H3BP (Россия).

Полученные результаты. Только у 5 (15%) детей показатели АД за сутки были в пределах нормы. Из них у одного на суточной записи ЭКГ не выявлено существенных изменений, у 2 – признаки слабости или дисфункции синусового узла, у 1 – небольшое количество суправентрикулярных экстрасистол и непостоянная АВ – блокада 1 степени в ночное время, а у 1 – без существенных изменений. Из 8 (24%) детей с дисфункцией синусового узла у 4 (50%) при суточном мониторирование АД отмечалось повышенное АД, у 1 ребенка – пониженное, а у 3 – изменения АД носили смешанный характер. У 8 детей (24%) на ХМ ЭКГ выявлена миграция водителя ритма, единичные суправентрикулярные экстрасистолы и небольшое количество пауз ритма в пределах возрастной нормы. Из них у 4 (50%) отмечается гипотензия, у 2 – гипертензия и у 2 – изменений АД по смешанному типу. Из 4 детей с суправентрикулярной парасистолией у 2 выявлена артериальная гипертензия и у 2 – гипотензия. У ребенка с эпизодами АВ – блокады 2 степени 1 и 2 типа зафиксирована стабильная САД и ДАД – гипертензия днем и лабильная САД, ДАД – гипертензия ночью. Из 3 детей с множественными паузами, обусловленными синоатриальной блокадой у 2 детей – гипотензия, у 1 ребенка гипертензия. У ребенка с феноменом WPW изменения АД были в сторону гипотензии, а у ребенка с феноменом укороченного PQ – гипертензии.

Выводы. Таким образом, при проведении бифункционального мониторирования ЭКГ и АД у 85% детей выявлены изменения АД при нарушении ритма сердца и проведения. У 50% детей с дисфункцией синусового узла отмечалась артериальная гипертензия. У подростков при выявлении изменений на ЭКГ важно проводить мониторирование АД, для выявления изменений и подбора адекватной комплексной терапии.

353 ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМИТИРОВАННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ВЫПОЛНЕННОЙ ВРАЧАМИ КАРДИОРЕАНИМАЦИОННОГО БЛОКА, У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кожурина А.О., Плюснин А.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

В некоторых ситуациях специфические клинические вопросы могут быть решены за короткое время с использованием, так называемой, лимитированной эхокардиографии (ЭхоКГ), выполненной на портативном ультразвуковом аппарате. Небольшой размер и мобильность такого прибора повышают доступность ЭхоКГ, делая возможным выполнение исследования непосредственно у постели больного. Однако остается неясным, возможно ли использовать портативную ультразвуковую технику и сокращенный протокол ЭхоКГ у пациентов с острой коронарной патологией, находящихся в блоке интенсивной терапии (БИТ).

Целью исследования было определение диагностической ценности метода лимитированной ЭхоКГ, проведенной врачами кардиореаниматологами на портативном ультразвуковом аппарате в условиях БИТ у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы: были обследованы 95 пациентов (59 (62,1%) мужчин и 36 (37,9%) женщин, средний возраст 61,8±1,24 года), находящихся в БИТ с диагнозом ОКС. В течение первого часа после поступления пациента в БИТ ему проводилась ЭхоКГ на портативном ультразвуковом аппарате по сокращенному (лимитированному) протоколу, включающего, оценку кинеза миокарда левого желудочка (ЛЖ) в покое, сократительной функции ЛЖ, наличие или отсутствие осложнений острого инфаркта миокарда. Обследование проводили врачи-кардиореаниматологи, получившие предварительную подготовку на базе отделения ультразвуковой диагностики Тюменского кардиологического центра, по проведению лимитированной ЭхоКГ в объеме 60 часов. Повторная ЭхоКГ проводилась в тот же или на следующий день врачом ультразвуковой диагностики. Таким образом, мы сравнивали результаты лимитированной эхокардиографии, проведенной врачами БИТ с результатами стандартной ЭхоКГ, проведенной врачом ультразвуковой диагностики.

Результаты: в выявлении зон асинергии чувствительность лимитированной ЭхоКГ составила 95,3%, специфичность – 50%, отрицательная предсказывающая ценность – 55,5%, положительная предсказывающая ценность – 94,2%, предсказывающая точность – 90,5%.

В выявлении снижения сократительной функции миокарда ЛЖ чувствительность метода составила 92,6%, специфичность – 68,8%, отрицательная предсказывающая ценность – 73,3%, положительная предсказывающая ценность – 90,9%, предсказывающая точность – 87,1%.

В выявлении аневризмы ЛЖ чувствительность метода составила 41,2%, специфичность – 96,2%, отрицательная предсказывающая ценность – 88,2%, положительная предсказывающая ценность – 70%, предсказывающая точность – 86,3%.

Выводы: несмотря на некоторые ограничения метода, он часто отвечает на важные клинические вопросы, возникающие при ведении пациентов с ОКС и может использоваться в клинической практике врачами БИТ.

354 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ

Козлов Е.В., Великова И.А., Орлова Л.К., Деревянных Е.В., Третьякова О.В., Бахтина М.В.

ГОУ ВПО "КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого", Красноярск, Россия

Цель исследования: изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой (БА). В связи с чем было обследовано 78 больных в возрасте от 50 до 79 лет, средний возраст 56,3±1,3 лет, из них с ХОБЛ было 41 чел., с БА 37 чел., при этом в сочетании этих патологий 33 чел. Для изучения поставленной темы проводился общий клинический осмотр, заполнение анкет, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, антропометрия. Для изучения тревожности и депрессии были использованы шкалы для самооценки уровня тревожности и уровня тревожности в данный момент, личностные тревожности с использованием теста Спилберга-Ханина и шкалы Гамильтона, а также заполнялась анкета по качеству жизни SF-36, статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. По данным регистрации ЭКГ и суточного мониторирования у каждого пятого обследуемого было выявлено нарушение проводимости, такие как БЛНПГ, БПНПГ, AV блокада I ст., у 36,1% лиц было зарегистрированы номотопные аритмии (преимущественно синусовая тахикардия 33,3%). Гетеротропные аритмии наблюдались у 41,7%. У 43% больных выявлялась гипетрофия правого желудочка, при этом средние показатели давления в лёгочной артерии составили 40,6±2,1 мм рт.ст., у 14,1% отмечено снижение фракции выброса левого желудочка. Гипертрофия правого предсердия наблюдалась у 100%, а гипертрофия левого предсердия у 71,4% из них мерцательная аритмия выявлялась у 28,6%. При изучении частоты тревожности и депрессии была выявлена зависимость от тяжести и давности заболевания, при наличии различных факторов риска. Была замечена закономерность прямо пропорционального увеличения частоты тревоги и депрессии у лиц с избыточной массой тела с преобладанием показателя жирового компонента. Частота встречаемости тревоги и депрессии была статистически значима выше у больных с коморбидностью ХОБЛ и БА, в сравнении с больными этой нозологии без их сочетания. При изучении качества жизни по анкете SF-36 было отмечено, что наиболее высокие показатели физического и психологического компонента здоровья выявлялись у лиц с более лёгким течением заболевания, адекватно леченных и с удовлетворительными гемодинамическими показателями по данным Эхо-КГ. Наиболее низкие показатели качества жизни отмечались у обследуемых с большим количеством факторов риска, более тяжелого течения, длительности заболевания, неадекватно и нерегулярно леченных и при сочетании с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, и хронической цереброваскулярной недостаточностью.

Выводы: функциональные показатели сердечно-сосудистой системы и психоэмоционального статуса у больных с хроническими заболеваниями лёгких зависят от тяжести, давности заболевания, адекватности лечения и количества факторов риска.

355 КАРОТИДНЫЙ И КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Козлов С.Г., Балахонова Т.В., Махмудова Х.А., Белькинд М.Б.
ФГУ РКНПК Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель. Определить встречаемость атеросклероза сонных артерий и кальциноза коронарных артерий у мужчин молодого и среднего возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. В исследование вошли 78 мужчин в возрасте от 28 до 50 лет, в том числе 49 больных ИБС с верифицированным посредством коронароангиографии стенозирующим коронарным атеросклерозом и 29 пациентов (контрольная группа), не имеющих клинических проявлений ИБС. В исследование не включали больных старше 50 лет, с артериальной гипертонией 2-3 степени, сахарным диабетом, выраженной гиперхолестеринемией (уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности ³4,5 ммоль/л). Проведено сопоставление результатов ультразвукового исследования сонных артерий [толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) общей сонной артерии (ОСА), наличие атеросклеротических бляшек (АСБ)] и мультиспиральной компьютерной томографии сердца у пациентов обеих групп

Результаты. Среди больных ИБС ТИМ ОСА составила 0,88±0,23 мм, что достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы (0,76±0,18 мм, p=0,01). Среди пациентов с ИБС увеличение ТИМ ≥0,9 мм обнаружено у 18 (36,7%) больных, в контрольной группе – у 5 (17,2%) пациентов (p=0,08). Среди больных ИБС АСБ в сонных артериях присутствовали у 45 (91,8%) пациентов, у 39 (86,7%) больных одновременно обнаруживали >1 АСБ. АСБ выявлены у 8 (27,6%) пациентов контрольной группы, что было достоверно ниже, чем у больных ИБС (p<0,001). У 4 (13,8%) пациентов присутствовало >1 АСБ. Множественное поражение сонных артерий достоверно чаще встречалось у больных ИБС (p<0,001). Среди больных ИБС кальциноз коронарных артерий выявлен у 40 (87%) пациентов. Суммарный кальциевый индекс (КИ) составил в среднем 285,2±314,2 ед. У 15 (32,6%) больных обнаружено низкое (значение КИ 1-100 ед.), у 14 (30,4%) пациентов – умеренное (значение КИ 101-400 ед.), у 11 (24%) больных – высокое содержание кальция (значение КИ >400 ед.). В контрольной группе кальциноз коронарных артерий выявлен у 5 (17,2%) пациентов, что достоверно ниже, чем у больных ИБС (p<0,001). Низкое содержание кальция выявлено у 3 (10,3%) пациентов, умеренное – у 1 (3,4%) больного, выраженное – так же у 1 (3,4%) пациента. Суммарный КИ составил в среднем 30,6±128,9 ед., что достоверно ниже аналогичного показателя у больных с ИБС (p <0,001). Не выявлено отличий в величине суммарного КИ у больных с различной степенью выраженности коронарного атеросклероза.

Выводы. У пациентов молодого и среднего возраста с ИБС и у мужчин без ИБС выявлено различие в частоте обнаружения множественных АСБ в сонных артериях (соответственно, в 86,7% и 13,7% случаев), а также кальциноза коронарных артерий (соответственно, в 87% и 17,2% случаев). Значение суммарного КИ у больных ИБС не позволяет достоверно судить о количестве магистральных коронарных артерий со стенозирующим атеросклерозом.

356 РАССТРОЙСТВА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ

Козловский В.И., Дубас И.О.
Медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

Цель. Определить изменения деформируемости эритроцитов (ДЭ), агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) II степени при развитии внегоспитальной пневмонии (ВП) и оценить ассоциации этих показателей с неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями (ССС) в постпневмонический период.

Материал и методы. 1 группа состояла из 135 лиц с АГ II степени и ВП, средний возраст – 58,3±11,1 лет. Во 2 группе было 100 пациентов с АГ II степени без ВП в анамнезе, средний возраст – 57,9±10,2 лет. Адреналин-активированную агрегацию ЛТС (Born, 1962), ДЭ в бестромбоцитарной плазме (БП) и физиологическом растворе (ФР) определяли в 1-2 и 10-15 сутки лечения в стационаре. У больных в течение 1 года до и после включения в обследование оценивали наличие

событий: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), инфаркты миокарда, мозговые инсульты, гипертонические кризы (ГК), вызовы скорой медицинской помощи (СМП), госпитализации по поводу повышения артериального давления. Материал обработан с помощью Statistica 6.0.

Результаты. В 1 группе в начале стационарного лечения ДЭ в БП составила 45,9±5,2 с, в ФР – 17,2±2,3 с, степень и скорость агрегации ЛТС были 34,6±12,8% и 18,3±7,8%/мин соотв. На 10-15 сутки лечения в стационаре ДЭ в БП была 44,5±5,1 с, в ФР – 16,8±2,3 с, степень и скорость агрегации ЛТС – 35,1±11,8% и 19,2±7,3%/мин соотв. В 3 группе ДЭ в БП составила 41,2±6,3 с, ДЭ в ФР – 16,7±2,6 с, степень и скорость агрегации ЛТС – 28,3±13,6% и 14,8±9,1%/мин. У пациентов 1 группы в течение 1 года до и после ВП число ГК составило 49 и 73 соотв., суммарное число неблагоприятных ССС (вызов СМП + госпитализация + инсульт + инфаркт + летальный исход от ССЗ) – 13 и 28. У пациентов 2 группы в течение 1 года до и после включения в обследование число ГК было 41 и 40 соотв., суммарное число ССС – 16 и 13. Суммарное число ССС у пациентов 1 группы за 1 год наблюдения после ВП было достоверно больше ($p<0,05$) по сравнению с аналогичным периодом до ВП. Число ГК также было достоверно больше ($p<0,05$) у больных с АГ II степени, перенесших ВП, чем у больных с АГ II степени без ВП в период 7-12 месяцев после включения в обследование. В 1 группе суммарное число ССС достоверно коррелировало с агрегацией ЛТС при поступлении ($r=0,37$; $p<0,05$), ДЭ в БП ($r=0,31$; $p<0,05$), ДЭ в ФР ($r=0,34$; $p<0,01$) на 10-15 сутки стационарного лечения, число ГК – со степенью агрегации ЛТС ($r=0,47$; $p<0,05$).

Заключение. У больных с АГ II степени развитие ВП сопровождалось достоверным ухудшением ДЭ и агрегации ЛТС, а также повышением в 2,2 раза суммарного числа неблагоприятных ССС в течение последующего года. Агрегация ЛТС, ДЭ достоверно коррелировали с суммарным числом ССС в течение 1 года после ВП, что позволяет обосновать необходимость применения лекарственных средств, снижающих агрегацию ЛТС и улучшающих ДЭ, у больных с АГ II степени в постпневмонический период с целью предупреждения развития у них неблагоприятных ССС.

357 РАССТРОЙСТВА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ – ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗВЕНО СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Козловский В.И., Селезнева О.М
Медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

Цель. Оценка изменений агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) и деформируемости эритроцитов (ДЭ) у больных артериальной гипертензией (АГ) и в сочетании АГ с ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. Обследовали больных артериальной гипертензией II степени, перенесших гипертензивный криз 2-го порядка. Из них выделили 2 группы: без патологии легких (1 группа) и больных, страдающих ХОБЛ (2 группа).

Проводилось общеклиническое обследование, измерение артериального давления (АД), пиковой скорости выдоха (ПСВ). При поступлении и перед выпиской у больных измерялась агрегация ЛТС на агрегометре СОЛАР АР-2110 по методу Борна. Стимулятором агрегации ЛТС служил раствор адреналина гидротартрата в конечной концентрации $1*10^{-5}$ г/л. ДЭ определялась по скорости прохождения их суспензии (Ht=5) по пористым фильтрам в модификации В.И. Козловского и И.В. Петухова, 2002г. Длительность пребывания в стационаре составила 7-12 дней. В качестве антигипертензивных средств применили эналаприл в дозе 10-30 мг в сутки, индапамид – 2,5-5 мг в сутки, амлодипин – 5-10 мг в сутки.

Статистическая обработка проведена с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и пакета статистических программ Statistica 6.0. Данные представлены в виде средней ± стандартное отклонение (M±SD).

Результаты. В 1-й группе было 38 больных АГ 2 степени (25 женщины, 13 мужчин). Средний возраст 56,0±10,5 лет. Во 2-й группе было 15 больных (3 женщины и 12 мужчин) АГ 2 степени и ХОБЛ средней тяжести. Средний возраст – 59,9±8,1 лет.

Систолическое АД (САД) при поступлении в 1-й группе было 187±28, диастолическое – 107±14 мм рт.ст.; во 2-й группе 184±13 и 104±12 мм рт.ст. соответственно. ПСВ%долж составила в 1-й группе 97,5±20,7%; во 2-й – 48,2±11,5%.

При поступлении в 1-й группе степень агрегации была 13,7±9,8%, скорость агрегации – 8,7±5,1%/мин. ДЭ в бестромбоцитарной плазме (БТП) была 49,3±9,8 сек, в физиологическом растворе (ФР) – 26,3±6,5 сек; при выписке – 47,4±9,0 и 24,1±4,7 сек соответственно. Во 2-й группе при поступлении степень агрегации – 19,2±10,1%, скорость агрегации – 10,5±1,7%/мин. ДЭ в бестромбоцитарной плазме – 48,5±9,9 сек, в физиологическом растворе – 32,9±8,4 сек ($p<0,05$); при выписке – 49,0±7,3 и 25,4±7,3 сек соответственно.

У пациентов с АГ наблюдалось достоверная корреляция между ДЭ и уровнем систолического АД ($r=0,51$; $p<0,05$), а также с пиковой скоростью выдоха ($r=0,42$; $p<0,05$).

Выводы: 1. У больных АГ II степени, страдающих ХОБЛ отмечено достоверное снижение деформируемости эритроцитов и отчетливая тенденция к повышению агрегации тромбоцитов по сравнению с группой без патологии легких.

2. ДЭ достоверно коррелировала с уровнем САД ($r=0,57$, $p=0,002$) и пиковой скоростью выдоха.

358 СООТНОШЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Колбасников С.В., Белова Н.О., Авакова В.Э., Мокунин А.А.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Цель исследования. Определить показатели контурного анализа пульсовой волны и функции эндотелия у больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от выраженности тревожных расстройств.

Материалы и методы. У 202 больных (мужчин – 96, женщин – 106) АГ II (170,0±0,4/96,0±0,3 мм рт.ст.) и III (184,0±0,4/103,0±0,2) стадии проведены: общеклиническое обследование, контурный анализ пульсовой волны и проба с реактивной гиперемией для оценки функции эндотелия фотоплетизмографическим методом на аппарате АнгиоСкан-1, а также определение выраженности тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS. В зависимости от выраженности психоэмоциональных расстройств все обследованные были разделены на 2 группы: 1-ю составили 98 человек (55,0±0,2 года) без признаков тревоги, 2-ю – 104 человека (56,0±0,2) с умеренными и выраженными тревожными проявлениями.

Результаты. У больных 1 группы уровень тревоги был 4,0±0,08 баллов. Проведение контурного анализа пульсовой волны выявило среднее значение: индекса жесткости крупных артерий (SI) – 6,68±0,06 м/с, индекса отражения резистивных артерий (RI) – 32,79±4,8%, индекса аугментации (Alp) – 27,26±4,5%, при этом у 84% пациентов наблюдался тип волны "А", отражающий наибольшую жесткость сосудов, а у 16% – тип "В", характеризующий меньшую степень снижения эластичности сосудов. При оценке эндотелиальной функции у 98% наблюдалась дисфункция эндотелия, что выражалось в увеличении амплитуды пульсовых волн в 1,82±0,02 раза и сдвиге фаз между каналами (С2 – С1) до и после окклюзии – 5,3±0,3 мс. У больных 2-й группы,

по сравнению с 1-й, уровень тревоги был выше – 9,0±0,08 (p<0,001) баллов. При проведении контурного анализа пульсовой волны отмечено повышение индексов: SI – до 7,9±0,3 м/с (p<0,001), RI – 46,34±4,8% (p=0,05), Alp – 40,45±4,8% (p=0,05) и регистрация волны "А" в 100%. Оценка эндотелиальной функции в этой группе отражала дисфункцию эндотелия у всех обследованных, что проявлялось меньшей степенью увеличения амплитуды пульсовых волн – в 1,42±0,2 (p=0,05) раза, и меньшим сдвигом фаз между каналами (С2 – С1) до и после окклюзии- 4,3±0,2 мс (p<0,001).

Выводы. Таким образом, у больных артериальной гипертонией при нарастании тревожных расстройств появляются признаки, свидетельствующие о повышенной жесткости сосудов, а также регистрируется дисфункция эндотелия, что необходимо учитывать при разработке индивидуальных реабилитационных программ и проведении медико-социальной экспертизы.

359 ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: ПРЯМОЕ СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ АСПИРИНОМ И КЛОПИДОГРЕЛЕМ

Колесник М.Ю.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и сахарный диабет 2 типа (СД) тесно связаны между собой различными патогенетическими механизмами, включая активацию системы тромбоцитарного гемостаза. Рациональная антитромбоцитарная терапия при ХСН остается открытой проблемой, особенно для категории пациентов с синусовым ритмом. Широко назначаемый аспирин не является идеальным антитромбоцитарным агентом при ХСН, поскольку его применение ассоциируется с частыми декомпенсациями кровообращения.

Целью настоящей работы стала оптимизация антитромбоцитарной терапии у пациентов с ХСН и СД путем прямого сравнения применения аспирина и клопидогреля, а также определение прогностической значимости маркеров активации тромбоцитов.

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов с ХСН на фоне СД, которые поступили в клинику по поводу декомпенсации кровообращения (средний возраст 62±8 года). Все пациенты получали базисную терапию ХСН и имели длительный анамнез приема аспирина. 35 пациентов продолжили принимать аспирин в дозе 75 мг, а у 30 пациентов применили клопидогрель в дозе 75 мг. Анализировались клиническое течение заболевания с применением теста 6-минутной ходьбы и шкалы В.Ю. Мареева, параметры кардиогемодинамики, уровень мозгового натрийуретического пептида, параметры углеводного обмена (глюкоза, инсулин, С-пептид, индекс HOMA, гликозилированный гемоглобин) при госпитализации и спустя 28 дней. Определяли экспрессию IIb/IIIa-гликопротеиновых рецепторов и трансмембранного Р-селектина методом иммуногистохимии, а также уровни плазменных маркеров активации тромбоцитов (растворимых лиганда CD40 и Р-селектина). Функциональную активность тромбоцитов анализировали методом аггрегатометрии с применением индукторов АДФ и адреналина. На 6-й месяц наблюдения проводили регистрацию неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Результаты. Применение клопидогреля ассоциировалось с более выраженным улучшением клинического состояния по данным шкалы В.Ю. Мареева и теста 6-минутной ходьбы. Также отмечали достоверное снижение среднего давления в легочной артерии, а также конечного диастолического давления левого желудочка в группе клопидогреля. В группе аспирина показатели кардиогемодинамики оставались неизменными. Параметры углеводного обмена не изменялись в обеих группах наблюдения. В группе аспирина отмечалось прогрессирующее увеличение экспрессии трансмембранного Р-селектина тромбоцитов, в то время как в группе клопидогреля рецепторный аппарат оставался стабильным. За 6 месяцев наблюдения свое независимое влияние на прогноз продемонстрировали такие маркеры тромбоцитарного гемостаза, как высокие АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов и экспрессия Р-селектина.

Выводы. Использование клопидогреля у пациентов с ХСН на фоне СД является эффективным, патогенетически обоснованным и безопасным способом профилактики тромбоз-ассоциированных состояний.

360 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Колесниченко Н.А., Васильева Л.В., Матвеев В.В., Подзолков В.И.

ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель. Изучить гендерные особенности микроциркуляции (МЦ) у лиц, страдающих артериальной гипертензией (АГ), методом лазерной допплеровской флуометрии (ЛДФ) с использованием окклюзионной пробы.

Методы. Исследование проводилось в 2 группах. Первая: 20 мужчин, средний возраст 45,8±12,3 лет и 20 женщин, средний возраст 55,3±10,2 лет, с АГ I-II степени (ВНОК, 2010). В группу контроля вошли 28 здоровых мужчин, средний возраст 25,5±6,9 лет и 41 здоровая женщина, средний возраст 29,4±8,5 лет. Измерение проводилось на ладонной поверхности третьего пальца правой кисти анализатором ЛАКК-02 (НПО "Лазма", Москва). Проводился вейвлет-анализ с вычислением амлитудно-частотного спектра изменения перфузии ткани кровью и общего уровня кровенаполнения микроциркуляторного русла (Vr). Регистрировались исходные параметры МЦ (3 мин), выполняли окклюзионную пробу (3 мин), регистрировалась реактивная постокклюзионная гиперемия и восстановление МЦ (6 мин). Исследовался "показатель микроциркуляции" (ПМ), перфузионные единицы (пф.ед.): до окклюзионной пробы (ПМисх.), его минимальные значения на фоне окклюзии (ПМмин.) и максимальные значения во время реактивной гиперемии (ПМмакс.); резерв капиллярного кровотока (РКК), рассчитывался как отношение ПМмакс к ПМмин,%.

Результаты. У мужчин с АГ ПМ был значимо большим – 26,64 (21,00-32,45) пф.ед., чем у женщин– 20,91 (16,98-24,30) пф.ед. (p=0,031). В контрольной группе данный показатель не различался– 22,15 (18,93-26,72) пф.ед., 22,40 (16,27-25,75) пф.ед., у мужчин и женщин соответственно (p=0,189). При проведении окклюзионной пробы был выявлен более высокий резерв капиллярного кровотока у здоровых женщин 154,88 (146,96-192,53)%, чем у мужчин 137,05 (116,78-160,04)% (p=0,011). У лиц с АГ гендерных различий РКК выявлено не было – 147,84 (112,81-163,49) и 155,70 (123,32-184,55) у мужчин и женщин соответственно (p=0,171). В I группе при проведении вейвлет-анализа выявлено достоверное отличие в частотах уровня кровенаполнения микроциркуляторного русла (Vr), соответствующих максимальным амплитудам колебаний в диапазонах миогенной активности. У мужчин она составила 0,060 (0,060-0,063), у женщин – 0,065(0,061-0,069) (p=0,019). У здоровых лиц статистически значимо отличался ПМ в частотах, соответствующих максимальным амплитудам колебаний в диапазонах сердечных ритмов: у мужчин он составил 1,156 (0,950-1,256), у женщин– 1,246 (1,155-1,345) (p=0,020).

Выводы. Большее значение ПМ у мужчин и преобладание миогенного компонента в регуляции микроциркуляции у женщин, страдающих АГ, могут говорить о повышенном тонусе приносящих артериол у лиц женского пола. Достоверно больший РКК у здоровых женщин, а также отсутствие разли-

чий по этому показателю у мужчин и женщин с АГ, позволяют предположить большее напряжение резервных механизмов регуляции сосудистого тонуса у женщин с АГ. Таким образом, метод ЛДФ позволяет выявить гендерные особенности микроциркуляции как у здоровых, так и у страдающих АГ лиц, что может способствовать оптимизации диагностики и лечения больных с этой патологией.

361 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Колесова Е.П., Ротарь О.П., Иваненко В.В., Могучая Е.В., Ерина А.М., Литвиненко Е.В., Конради А.О.

ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова" Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия

Цель Избыточный вес и прегипертензия у пациентов, считающих себя здоровыми, обычно не являются поводом для беспокойства, однако уже сопровождаются патологическими изменениями и могут приводить к серьезным сердечно-сосудистым осложнениям. Целью настоящего исследования было выявление взаимосвязи дисфункции эндотелия (ДЭ) и инсулинорезистентности (ИР) у лиц с различными сердечно-сосудистыми факторами риска.

Методы. Обследовано 65 человек (33 мужчины и 32 женщины), средний возраст 48,2 ±10,2 лет, имеющих один из факторов риска (гипергликемия, дислипидемия, ожирение). Все пациенты не получали лекарственную терапию и не имели в анамнезе сердечно-сосудистых катастроф, сахарного диабета. Обследование включало: анкетирование, характеризующее образ жизни, антропометрия: индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), измерение артериального давления (АД). Исследование ДЭ проводилось на аппарате EndoPat 2000 (компания "Itamar Medical Ltd", Израиль) с определением индекса реактивной гиперемии (RHI) и индекса аугментации (AI). Натощак были определены общий холестерин, инсулин и глюкоза. ИР была определена по показателю HOMA-IR (глюкоза натощак*инсулин/22,5).

Результаты. Из 65 пациентов 24 человека были курильщиками со средним стажем курения 10 лет. Средние значения ИМТ составили 28,78±4,7 кг/м^2, периферического систолического/диастолического артериального давления (САД/ДАД) 138,2±19,57/88,53±11,7 мм рт.ст., общего холестерина 6,17±1,66 ммоль/л, индекса RHI 2,02 ±0,55. При сравнении групп пациентов с нормотензией и прегипертензией выявлен более высокий уровень холестерина в группе прегипертензии (5,3±1,2 и 6,4±1,2 ммоль/л, p>0,005). При сравнении мужчин и женщин в этих двух группах выявлено, что у мужчин с прегипертензией был значительно выше HOMA-индекс (1,35±0,21 и 0,37±0.13, p<0,05) и уровень инсулина (37,4±4,1 и 11,4±2,3 пмоль/л, p<0,05). У женщин с прегипертензией только уровень холестерина оказался выше, чем у мужчин (5,3±1,3 и 6,7±1,1 ммоль/л, p=0,009). Пациенты с повышенным HOMA-индексом имели более высокие значения антропометрических показателей (вес 107,0±11,9/82,8±5,4 кг, ИМТ 41,8±7,8/29,1±4,8 кг/м^2 и ОБ 128,5±11,2/110,72 см. Средние значения инсулина составили 12,9±11,81 пмоль/л и HOMA-индекс имел высокое значение в 6 случаях. Выявлена положительная корреляция HOMA-индекса с антропометрическими параметрами – ИМТ (r=0,40), ОТ (r=0,60), p<0,05. Снижение RHI (<1,67) выявлено у 29 пациентов, RHI отрицательно коррелировал с антропометрическими параметрами: ИМТ (r=-0,27), ОТ (r=-0,28) и возрастом (r=0,44), p<0,05. Корреляции между HOMA-IR и RHI не выявлено.

Выводы. Наше исследование не выявило прямой взаимосвязи инсулинорезистентности и эндотелиальной дисфункции, вероятнее всего имеется косвенная взаимосвязь (через ожирение). Пациенты с прегипертензией имели гендерные различия – у мужчин выявлено нарушение метаболизма глюкозы, а женщин нарушение липидного обмена.

362 ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО И ТУБУЛЯРНОГО АППАРАТА ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Колодяжная О.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Целью исследования явилась оценка поражения клубочкового и тубулярного аппарата почек в зависимости от пола и возраста у пациентов с хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы. Обследованы 120 пациентов обоего пола, в возрасте от 45 до 85 лет с ХСН II-III функционального класса (ФК) (ОССН 2002) в постинфарктном периоде. В исследование не включались пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей и МКБ. На основании рекомендаций ВОЗ больные были разделены на три группы по возрасту: 1-я зрелые (n=40) средний возраст 55,1±3,8 года, 2-я пожилые (n=40) средний возраст составил 67,48±3,2 лет, 3-я старческий возраст (n=40) – 79,48±3,1 лет. Каждая группа представлена равным количеством пациентов мужского и женского пола. Для оценки степени поражения клубочковой аппарата почек всем пациентам проводилось определение суточной экскреции альбумина с мочой (МАУ) (иммуноферментным методом), для оценки поражения тубулярного аппарата определи уровень Б2М в мочи иммуноферментным методом. Нормальной считали экскрецию Б2М с мочой 0 – 0,3мг/л, МАУ диагностировали при уровне экскреции альбумина с мочой 30-300 мг/сут. Достоверными считали различия при p<0,05.

Полученные результаты. В обследуемой популяции МАУ выявлена у 57,5% пациентов 1-й группы, 72,5% больных 2-й группы и у 92,5% – 3-й группы. Установлено статистически значимое изменение МАУ по мере увеличения возраста. Средние показатели МАУ в 1-й группе составляют 72,8±8,34 мг/сут, во 2-й 148,78±9,2мг\сут, 3-й 198,1±6,34. Частота встречаемости МАУ среди мужчин во всех 3-х группах достоверно выше по сравнению женщинами. Частота встречаемости Б2М у пациентов в 1-й и 2-й, 3-й группе составила 37,5% и 55%, 67,5% соответственно, различия достигли критерия достоверности между 1-й и 2-й группы. Максимальные значения Б2М встречались в 3-й группе у пациентов старше 75 лет, причем у мужчин данный показатель составил 0,78±0,04 мг/мл, а у женщин 0,61±0,08мг/мл (p<0,05).

Выводы. Комплексное определение МАУ и уровня Б2М позволяет оценить как степень нарушения селективности клубочкового аппарата и поражения тубулярного аппарата почек при ХСН в зависимости от пола и возраста. Таким образом, с возрастом у пациентов мужского и женского пола имеются определенные различия в выраженности поражения почек. По данным проведенного исследования выявлено прогрессирующее ухудшение функции почек по мере увеличения возраста у больных ХСН. Наиболее выраженные изменения диагностировались у пациентов мужского пола старческого возраста, что говорить о более тяжелом сердечно-сосудистом прогнозе у этой группы пациентов.

363 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ ЧАГАСА В ЭКВАДОРЕ

*Колон Артеага М**, Ангелика Поведа П*, Аносова Е.В.*, Прощаев К.И.*, Вероника Поведа П****

*Белгородский государственный университет, Белгород, Россия; **Технический Университет Манаби, Эквадор; ***Государственный Университет Пениисула, Санта Елена, Эквадор

Болезнь Чагаса, или американский трипаносомоз, представляет собой зоонозную инфекцию, вызываемую простейшим Trypanosoma cruzi. Число инфицированных в Латинской Америке 16-18 млн. человек. Хроническая стадия болезни Чагаса проявляется тяжелым поражением сердца и желудочно-кишечного тракта, с частыми смертельными исходами.

Цель исследования. Проанализировать структуру заболеваемости в Эквадоре от болезни Чагаса и ее влияние на продолжительность жизни населения, оценить экономические затраты, связанные с нетрудоспособностью и лечением больных с хроническими формами.

Материалы и методы. Проведен анализ данных медицинской литературы и официальных статистических источников за 2000-2010гг.

Результаты и обсуждение. В Эквадоре 165000-170000 людей являются серопозитивными по Trypanosoma cruzi. Самыми неблагоприятными в этом отношении являются провинции Гуаяс, Лоха, Ел Оро, где число зараженных достигает более 65000. Ежегодно регистрируется 4400 новых случаев болезни Чагаса, из этого числа 1300 человек умирают. Хроническими формами болезни страдают 33500 человек, из них у более 31700 – дилатационная протозойная кардиомиопатия (25500 – легкая форма, более 6200 – тяжелая форма). Осложнения кардиомиопатии являются основными причинами смерти лиц в возрасте 30-50 лет в районах, где эта инфекция широко распространена. Затраты в Эквадоре, связанные с нетрудоспособностью и лечением больных хроническими формами составляют приблизительно 23 млн. долларов США в год, ежегодно эта сумма увеличивается на 35600 долларов, что является существенным для экономики.

Заключение. Учитывая низкую эффективность медикаментозного лечения, отсутствие вакцин, выявлена необходимость в усилении мер первичной профилактики, поиске, разработке и внедрении эффективных средств лечения выявленной инфекции и ее осложнений. В конечном итоге это будет способствовать не только увеличению продолжительности жизни населения Эквадора, но и снижению экономических затрат в сфере здравоохранения.

364 ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Комиссарова И.Н., Осипова И.В.
ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, Барнаул, Россия

Целью исследования явилось выявить взаимосвязь уровня профессионального стресса и поведенческих факторов риска у работников локомотивных бригад.

Методы исследования: Обследовано 108 мужчин в возрасте 22-55 лет (средний возраст 39,5±1,0 лет), по профессии машинисты и помощники машинистов локомотивного депо станции Барнаул. Проводился анализ особенностей питания, потребления алкоголя, курения, продолжительности сна, острых стрессовых ситуаций на работе. Для оценки психоэмоционального статуса использовалась школа психосоциального стресса Ридера и шкала HADS тревоги и депрессии.

По результатам шкалы Ридера были сформированы 2 группы: 1 группа – 68 работников локомотивных бригад с высоким уровнем стресса (65,4%), средний возраст 40,2± 1,2 лет; во 2-ую группу были включены 40 работников локомотивных бригад с низким уровнем стресса (38,5%), средний возраст 38,2±1,7 лет. Группы были сопоставимы по возрасту и профессиональным признакам (должность, тип локомотива, стаж работы).

Результаты исследования: В 1-ой группе чаще встречалось нерегулярное питание – на 22,9% (p=0,02) и недостаточное употребление овощей и фруктов – на 33,5% (p=0,001), чем во 2-ой группе. В группе с высоким уровнем стресса лица, потребляющие алкоголь выше допустимых значений (>168 г этанола в неделю), встречались чаще на 21,8% (p=0,02), чем в группе с низким уровнем стресса; при этом в 1-ой группе не употребляли алкоголь в течении последнего года 2,9%, а во 2-й группе 15,0% (p=0,05). Из употребляемого алкогольного напитка мужчины предпочитали употреблять пиво независимо от уровня стресса (57,3 и 42,5% соответственно). Машинисты и их помощники с высоким и низким уровнем стресса курили с одинаковой частотой (39,7 и 50% соответственно, p>0,05), при этом и в 1-ой и во 2-ой группе курили на рабочем месте в 1,5 раза чаще, чем в выходной день (p=0,004). Недостаточный отдых и сон менее 7 часов в 1-ой группе встречался чаще на 16,6% (p=0,02), чем во 2-ой группе. Острый психотравмирующий фактор (наезды на животных и людей) встречался в 1-ой группе в 1,7 раза чаще (p=0,003), чем во 2-ой группе. При анализе результатов вопросника Ридера установлено, что в обеих группах работники локомотивных бригад в 3 раза чаще (p=0,000) испытывали стресс на работе, чем в свободное время (83,8 и 75,0% соответственно). В 1-ой группе выявлена субклиническая тревога чаще на 36,7% (p=0,001), клиническая тревога – на 8,8%, а во 2-ой группе клиническая тревога не встречалась. Распространённость субклинической депрессии в обследуемых группах находилась на одном уровне (8,8 и 5,0% соответственно).

Таким образом, у лиц с высоким уровнем стресса широко распространены следующие факторы риска: нерегулярное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, потребление алкоголя выше допустимых значений (>168 г этанола в неделю), курение на рабочем месте, недостаточный сон, частые острые стрессовые ситуации, а также высокая частота клинической и субклинической тревоги.

365 ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ ТЯЖЕЛОЙ ЦЕПИ β-МИОЗИНА У БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С.М.[1], Кругленко С.С.[2], Чакова Н.Н.[2], Михаленко Е.П.[2], Круннова Э.В.[2], Чеботарева Н.В.[2]
[1]РНПЦ "Кардиология", Минск, Республика Беларусь; [2]Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Одним из распространенных наследственных заболеваний сердечно-сосудистой системы является гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП). Ген MYH7, кодирующий тяжелую цепь сердечного β-миозина, является одним из основных генов-кандидатов этого заболевания. Доказано, что ГКМП имеет популяционную специфику распределения генетических аномалий. Это определяет необходимость изучения спектра мутаций гена MYH7 в каждой отдельной популяции.

Цель работы: изучение мутаций гена MYH7 у пациентов с ГКМП в белорусской популяции.

Материалы и методы: в исследование были включены 30 неродственных пациентов с диагнозом ГКМП (средний возраст 43,5±3,4 лет, 22 мужчин, 8 женщин), проходивших лечение в РНПЦ "Кардиология". Скрининг пациентов на наличие мутаций в гене MYH7 проводили с использованием метода секвенирования ДНК на автоматическом анализаторе ABI Prism 3130 в "Институте генетики и цитологии НАН Беларуси".

Результаты: были проанализированы 13 и 23 экзоны гена MYH7, т. к. известно, что некоторые мутации в этих экзонах ассоциированы с манифестацией и течением заболевания. Мутаций в 13 экзоне гена MYH7 у обследованных пациентов не выявлено. В 23 экзоне обнаружена миссенс-мутация G2856A, приводившая к замене аминокислоты Glu на Lys в 924 положении. Данная замена была обнаружена при спорадической форме ГКМП у молодого человека в возрасте 24 года. Клинические проявления у данного пациента характеризовались большей выраженностью гипертрофии МЖП (28 мм) и ЛЖ (ММЛЖ 536 г), латентной обструкцией выносящего тракта ЛЖ (ГД ВТЛЖ в покое 16 мм рт.ст., при физической нагрузке 40 мм рт.ст.). Миссенс-мутация G2856A была также

обнаружена другими исследователями у пациентов со спорадической формой ГКМП из Швеции, Китая и США. Однако данная мутация во всех популяциях встречается в единичных случаях.

Выводы: мутации в 13 и 23 экзонах гена MYH7 у белорусских пациентов с ГКМП, вероятно, не являются определяющими в развитии данного заболевания в белорусской популяции. Планируются дальнейшие исследования, включающие поиск мутаций в других экзонах гена MYH7. Также существует необходимость определения мутаций в генах, кодирующих другие белки, также входящие в состав саркомеров кардиомиоцитов, и ответственных за развитие данного заболевания.

366 ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА β2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И РЕЗИСТЕНТНЫХ К ТЕРАПИИ β-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Комиссарова С.М.[1], Чакова Н.Н.[2], Михаленко Е.П.[2], Крупнова Э.В.[2], Чеботарева Н.В.[2], Арабей А.А.[1]

[1]Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Республика Беларусь. [2]Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Терапия больных ГКМП до настоящего времени остается сложной проблемой. Пациенты с ГКМП принимают лечение β-адреноблокаторами (β-АБ) пожизненно, однако выбор препарата и дозировка проводятся эмпирически. В результате возникают нежелательные лекарственные реакции. Исследование ассоциации генетического полиморфизма β2-адренорецепторов (β2-АР) с чувствительностью пациентов к лекарственным препаратам позволит оптимизировать лечение β-АБ у пациентов с ГКМП.

Цель работы: изучить полиморфизм Arg16Gln гена β2-адренорецептора (β2-АР) у пациентов, чувствительных и резистентных к терапии β-адреноблокаторами (β-АБ).

Материалы и методы: исследовали 97 пациентов с ГКМП (72 мужчин и 25 женщин, средний возраст 46,7±15,7 лет). Оценивали клинические данные, ФК СН NYHA, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочную пробу. Всем пациентам назначался бисопролол (конкор, фирма Nykomed). Исследование включало 2 периода: титрование дозы конкора и поддерживающая терапия. Средняя доза препарата составила 5 мг/сут. С использованием методов ПЦР-ПДРФ и мультиплексной ПЦР проведено изучение генетического полиморфизма гена β2-АР.

Результаты: все пациенты, в зависимости от результатов лечения β-АБ, были разделены на 2 группы: 1- чувствительную и 2- нечувствительную к терапии бисопрололом. В группе 1 (n=49), наблюдали достоверное уменьшение ФК СН (с 2,8±0,02 до 1,6±0,01, p< 0,05), уменьшение числа (с 4,3±0,03 до 1,2±0,01, p<0,05) и продолжительности эпизодов ишемии миокарда (150,5±12,4 мин до 20,2±1,8 мин, p<0,01), частоты значимых нарушений ритма (на 26,9%), более благоприятное ремоделирование ЛЖ (уменьшение ИММ с 179,9±13,2 до 153,5±12,4 г/м^2, p<0,01). Во 2й группе (n=48) наблюдали прогрессирование симптомов заболевания: увеличение ФК СН (с 2,8±0,02 до 3,1±0,03), эпизодов ишемии миокарда (с 4,8±0,03 до 6,8±0,04), учащение нарушений ритма (на 34,5%) и неблагоприятное ремоделирование (увеличение ИММ с 189,2±17,5 до 230,7±20,3 г/м^2, p<0,01). Распределение генотипов в точке Arg16Gln в группе больных КМП, в целом, было следующим: генотип Arg16Arg – 23,3%, Arg16Gly – 48,9% и Gly16Gly – 27,8%. В группе пациентов, чувствительных к лечению β-АБ распределение генотипов β2-АР (Arg16Arg – 28,3%, Arg16Gly – 37,0% и Gly16Gly – 34,7%) достоверно отличалось (χ^2=8,7; df=2, p<0,01) от распределения генотипов в группе больных, нечувствительных к терапии β-АБ (Arg16Arg – 23,1%, Arg16Gly – 59,0% и Gly16Gly – 17,9%).

Выводы: полученные результаты указывают на существование связи между носительством различных аллельных вариантов гена β2-АР и эффективностью лечения β-АБ. Анализ данных по распределению генотипов у пациентов с различной чувствительностью к терапии позволит разработать рекомендации по определению индивидуальной чувствительности к лекарственным препаратам на основе генотипирования β2-АР.

367 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УДЕРЖАНИЯ СИНУСНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кононов С.К.

Городской аритмологический центр, Киров, Россия; Кировская городская клиническая больница №1, Киров, Россия

Цель работы: оценить влияние снижения веса и приема метформина на эффективность удержания синусного ритма у пациентов с рецидивирующей фибрилляцией предсердий и метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследование включены 79 пациентов: 64 пациента с фибрилляцией предсердий (ФП) и метаболическим синдромом (МС) (средний возраст 64,5±8,5 лет, 15 мужчин, 49 женщины, окружность талии 108,2±9,5 см), 15 пациентов с ФП без МС (возраст 66,8±8,4 лет, 8 мужчин, 7 женщин, окружность талии 87,3±5,1 см). У пациентов после успешной электрической кардиоверсии выполнено лабораторное обследование, ЭХОКС. В качестве антиаритмической терапии назначался амиодарон. С учетом клинико-лабораторных данных назначалась медикаментозная терапия. У пациентов с МС проведена работа по коррекции образа жизни, снижению веса, назначался метформин. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Через 6 месяцев выполнено повторное полное обследование. При анализе результатов исследования с учетом эффективности и приверженности к терапии проводилась раздельная оценка влияния снижения веса и приема метформина на удержание синусного ритма у пациентов с ФП и МС. Эта группа пациентов была разделена на несколько подгрупп сравнения.

Результаты: через 6 месяцев доля больных на синусном ритме среди пациентов, принимавших метформин в течение всего периода наблюдения, была сопоставима с долей пациентов на синусном ритме, не принимавших метформин вследствие плохой переносимости, либо недостаточной приверженности к терапии (p=0,61, кривые Каплана-Мейера при использовании критерия Гехана). При оценке клинико-лабораторных показателей через 6 месяцев выявляется положительная динамика систолического артериального давления, глюкозы плазмы, липидов крови в группе метформина в сравнении с пациентами, не получавшими метформин и группой пациентов без МС. Также выявляется положительная динамика структурных показателей сердца в группе с метформином. При оценке влияния снижения веса выявлено лучшее удержание синусного ритма в группе пациентов, снизивших вес в течение 6 месяцев наблюдения (p=0,006 при использовании логрангового критерия). В этой группе через 6 месяцев выявляется положительная динамика в величине окружности талии, уровнях липидов, структурных показателях сердца, а также значимое снижение уровня инсулинорезистентности.

Выводы: 1. Терапия МС с использованием метформина в применявшихся нами дозах приводит к снижению артериального давления, уровня гликемии, улучшению структурных показателей сердца, но не влияет на эффективность удержания синусного ритма у пациентов с рецидивирующей ФП и МС. 2. Терапия МС с эффективными немедикаментозными мероприятиями (снижением веса) приводит наряду с улучшением липидного профиля, структурных показателей сердца к значимому снижению уровня инсулинорезистентности и лучшему удержанию синусного ритма у пациентов с рецидивирующей ФП и МС.

368 СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕНТАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

Конради А.О., Ротарь О.П., Дубровская О.Б., Дзюбенко Н.А., Малев Э.Г., Сокальская Е.А., Иваненко В.В., Яковлева О.И., Солнцев В.Н., Шляхто Е.В.

ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова" Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия

Целью нашего исследования было ранее выявление маркеров субклинического поражения в популяции банковских служащих, которые имеют преимущественно малоподвижный образ жизни, интеллектуальное напряжение во время работы и считают себя здоровыми.

Материалы и методы. В различных офисах Санкт-Петербурга на рабочих местах скрининговыми бригадами было обследовано 1600 работников банка в возрасте от 20 до 65 лет. Все обследуемые были опрошены по утвержденному вопроснику относительно образа жизни, сопутствующей патологии и терапии. Артериальное давление (АД) измерялось в положении сидя трехкратно на правой руке. Были выполнены антропометрия и определение липидного спектра, глюкозы натощак (анализатор Хитачи-902). 377 субъектам (127 мужчин и 250 женщин), которые имели хотя бы один компонент метаболического синдрома (МС) согласно IFD критериям (артериальная гипертензия (АГ) или антигипертензивная терапия, ожирение, гипертриглицеридемия или снижение уровня ЛПВП), были выполнены эхокардиография и дуплексное сканирование сонных артерий (Vivid 7). Оценивались индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и толщина интимы-медиа (ТИМ). Жесткость сосудистой стенки оценивалась с помощью аппарата SphygmoCor (скорость распространения пульсовой волны (СРПВ)).

Результаты. Средний возраст был 49±6 лет, 86 (74%) пациентов имели АГ и 57 (49%) курильщики. Средние значения ИММЛЖ был 98±21 г/м^2 у муж и 100±24 г/м^2 у жен. Согласно критериям ASE 2005 ГЛЖ была выявлена у женщин в 50,8% (n=127) и у мужчин 36,2% (n=46). ИММЛЖ коррелировал с возрастом (r=0,35, p<0,001 муж. и r=0,25, p<0,001 жен). Множественный регрессионный анализ показал, что возраст был единственным предиктором ИММЛЖ у мужчин, а возраст и САД – главными детерминантами у женщин.

Маркеры бессимптомного атеросклероза (ТИМ>0,8 мм или бляшки) были зарегистрированным у 56 пациентов (15%), а микроальбуминурия у 30 (18,9%)

Повышение СРВП более 12 м/с зарегистрировано не было. Пациенты с АГ имели более высокие показатели СРПВ (7,2±1,6 и 6,4±1,1 м/с, p<0,05). СРПВ коррелировала с возрастом r=0,38 (p<0,0001), САД и ДАД (r=0,37, p<0,0001 и r=0,28, p=0,002, соответственно).

Выводы. У пациентов интеллектуального труда с гиподинамией была зарегистрирована высокая распространенность субклинического поражения органов-мишеней в виде гипертрофии миокарда левого желудочка, реже бессимптомный атеросклероз и микроальбуминурия. Обращает внимание, что у относительно здоровых лиц повышение сосудистой жесткости встречается реже, чем другие органные поражения.

369 РОЛЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ПРОАРИТМИЧЕСКОЙ НАСТРОЕННОСТИ МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДИКТОРАМИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Копылова Н.В.

ГОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России", Оренбург, Россия

Цель: изучить влияние активации свободно-радикальных процессов (СРП) и снижения мощности антиокислительных систем на развитие электрической нестабильности миокарда у лиц молодого возраста с предикторами внезапной сердечной смерти (ВСС).

Методы: обследовано 100 человек в возрасте от 18 до 45 лет, из них 20 условно здоровых лиц составили контрольную группу (средний возраст 24,0±0,8) и 80 пациентов, имеющих анатомический субстрат, электрический субстрат и триггерные факторы развития ВСС (средний возраст 24,9±0,7). Оценку активности антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутаза и каталаза) в лизатах эритроцитов проводили спектрофотометрическим методом. Интенсивность свободно-радикального окисления (СРО) по параметрам спонтанная светимость, быстрая вспышка, максимальная светимость, светосумма медленной вспышки определялась методом железоиндуцирующей хемолюминисценции цельной сыворотки крови и фракций апо-В липопротеинов по методике Р.Р. Фархутдинова. Обработка данных электрокардиографического обследования, оценка показателей ЭКГ высокого разрешения проводились с помощью программно-аппаратного комплекса Поли-Спектр "Нейрософт" (Россия, Иваново), обработка данных суточного мониторирования ЭКГ осуществлялась с помощью комплекса "ДМС Передовые технологии" (Россия, Москва) и системы "Инкарт" (Россия, Санкт-Петербург) с расчетом дисперсии QT, турбулентности ритма и альтернации Т-волны. Для оценки вариабельности сердечного ритма использован компьютерный анализ 5-минутных фрагментов ритмограммы и спектрограммы в покое и в ходе выполнения активной ортостатической пробы по методике В.М. Михайлова.

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 снижением активности антиоксидантных ферментов. Это в свою очередь может указывать на роль окислительного стресса в развитии электрической нестабильности миокарда и внезапной сердечной смерти.

370 МОРФОТИП АУТОРОЗЕТОК В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Коричкина Л.Н.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Цель исследования – дать оценку морфологии эритроцитов (Э), участвующих в аутороzеткообразовании (АРО) в периферической крови у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 559 больных с верифицированным диагнозом ИБС (мужчин – 273, женщин – 246, средний возраст 65,1 года). Все больные получали показанную лекарственную терапию. При поступлении в стационар и при выписке из стационара у них утром натощак в стандартных условиях проводили забор капиллярной крови. В окрашенных мазках крови (по Романовскому-Гимзе) подсчитывали общее

количество ауторозеток (АР) и ауторозеток с экзоцитарным лизисом (ЭЛ) Э. За ауторозетку принимали клеточную ассоциацию, состоящую из розеткообразующего лейкоцита и более 3-х плотно прилегающих к нему Э. Морфологическое исследование Э проводили с помощью световой микроскопии в 10 полях зрения в различных участках мазка крови, сумму клеток делили на 10 и получали среднее количество Э с измененной формой и размером. Оценку структурно-функциональной характеристики мембран эритроцитов проводили по классификации, предложенной B.H. O'Conner (1984). Рассчитывался морфологический индекс обратимости (ИО; Кидалов В.Н., Назаров С.Б., 1995): ИО = обратимо деформированные/ необратимо деформированные. Контрольную группу (КГ) составили практически здоровые лица (50 мужчин, 50 женщин, средний возраст 47,7 года). Статистическую обработку проводили с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. У обследованных КГ общее число АР составило 0,75 на 100 лейкоцитов (Л), ауторозеток с ЭЛ – 0,39. Морфологический анализ Э, входящих в ауторозетки, показал, что к розеткообразующим Л прикрепляются до 50% Э с измененным морфотипом. При этом у них количество модифицированных Э было в пределах физиологической нормы, ИО составил 1,38±0,05 ед.

У больных ИБС при поступлении в стационар в среднем число ауторозеток было 8,3±1,9, ауторозеток с лизисом – 3,32±1,2; при выписке из стационара их общее количество увеличилось в 1,56 раза, с лизисом – в 1,76 раза (соответственно 13,0±2,1 и 5,85±1,4; все p=0,001). Отмечено, что в 90-100% к розеткообразующим Л прикреплялись Э с измененным морфотипом. При этом наблюдались чаще пойкилоциты, эхиноциты, стоматоциты, кодоциты, менее часто планоциты, дакриоциты. ИО был ниже, чем в КГ и составил 1,26 ед.

Таким образом, у здоровых лиц в периферической крови выявляются единичные ауторозетки, в которых к розеткообразующему Л прикрепляется до 50% Э с измененным морфотипом. У больных ИБС количество ауторозеток значительно больше, чем в КГ и существенно увеличивается под влиянием проводимой лекарственной терапии. При этом установлено, что у больных к розеткообразующим Л плотно прикрепляются модифицированные Э в 90-100%. Кроме того, отмечается отчетливое снижение ИО, что указывает на увеличение в крови необратимо деформированных Э. Можно полагать, что лекарственная терапия способствует активации АРО в крови и удалению из крови Э с изменным морфотипом. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

371 ПАРАМЕТРЫ РИГИДНОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Корнева В.А., Отмахов В.В., Дружилов М.А., Кузнецова Т.Ю.
Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Существующие для оценки сердечно-сосудистого риска шкалы недостаточно полно его предсказывают. Изменение параметров жесткости сосудистой стенки нередко предшествует клинической манифестации АГ и является одной из причин острого инфаркта миокарда и инсульта.

Цель: оценить влияние факторов риска на показатели ригидности сосудистой стенки у нормотензивных пациентов.

Материалы и методы: обследовано 48 нормотензивных пациентов (30 мужчин и 18 женщин), средний возраст 33,1 года. Всем пациентам проводилось ЭХО-КС, ЭКГ, оценка уровней холестерина, глюкозы, суточное мониторирование АД (прибором BPlab "МнСДП-3", ООО "Петр Телегин"). Оценивались следующие показатели: Pulse Transit Time (PTT), максимальная скорость нарастания АД (dp/dt max), индекс артериальной жесткости (ASI), аугментационный индекс (AIx). Изучалось влияние факторов риска: курение, ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м2, признаки абдоминального ожирения), отягощенная наследственность, гиперхолестеринемия (более 5,5 ммоль/л), пол.

Результаты: у курящих пациентов (n=28) по сравнению с некурящими (n=20) были достоверно выше показатели PTT и индекс артериальной жесткости, составившие соответственно PTT 154,1±0,3 и 127,6±0,2; ASI 146,7±24,3 и 127,6±29,6 (p<0,05). Остальные показатели имели тенденцию к ухудшению в группе куривших, однако различия не достоверны (p>0,05). В подгруппе пациентов с ожирением достоверно отличались показатели AIx, составившие (-53,6)±0,2% по сравнению с (-69,7)±0,3% у пациентов без ожирения. PTT был выше у пациентов с ожирением (163,6±0,3), чем у пациентов без ожирения (147,2±0,3 (p<0,05)), ASI 143,7±31,5 (в группе пациентов с ожирением) по сравнению с 127,6±29,6 (без ожирения) (p<0,05). Также отличалось dp/dt, составив соответственно 572,1±52,1 (при наличии ожирения) в сравнении с 543,5±52,1 (без ожирения) (p<0,05). Достоверных различий в оцениваемых показателях ригидности сосудистой стенки у пациентов с умеренной ГХС (средний ОХС 6,3±0,2 ммоль/л) и пациентов с отягощенной наследственностью по сравнению с пациентами без этих факторов риска выявлено не было. У мужчин все показатели ригидности достоверно превышали те же показатели у женщин, составив соответственно: PTT 147,9±15,7 и 134,7±21,6; ASI 133,1±28,8 и 106,4±28,9; dp/dt 579,3±46,5 и 468,6±58,9; AASI – 0,28±0,02 и 0,12±0,01 (p<0,05).

Выводы: у нормотензивных пациентов молодого и среднего возраста на показатели сосудистой жесткости достоверно влияли курение, абдоминальное ожирение, мужской пол. Зависимости показателей сосудистой ригидности от отягощенной наследственности и умеренной гиперхолестеринемией не получено.

372 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Корнеева О.Н., Попова И.Р., Драпкина О.М., Торчинский Е.В.
Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить удельный вес пациентов с хронической сердечной недостаточности (ХСН) в зависимости от степени ожирения.

Материалы и методы: Включено 1504 пациента (685 муж.), 659 пациентов с избыточной массой тела и 610 с ожирением. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) разделены на 4 группы: 1 группа – 659 пациентов, средний возраст 49,1 лет, ИМТ от 25,0-29,9 кг/м^2 (средний ИМТ – 27,4 кг/м^2), 2 группа – 395 пациентов, возраст 51,5год, ИТМ от 30,0-34,9 кг/м^2 (средний ИМТ – 32,2 кг/м^2); 3 группа – 168 пациентов, возраст 53,8 лет, ИМТ от 35,0-39,9 кг/м^2 (средний ИМТ – 36,7 кг/м^2); 4 группа – 47 пациентов, возраст 53,5 года, ИМТ более 40,0 кг/м^2, (средний ИМТ – 44,9 кг/м^2). Группа сравнения 235 пациентов, возраст 52,8 года, с нормальным ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2 (средний ИМТ 22,6кг/м^2). При опросе (1311пациентов) на наличие у родственников ИБС или АГ указали 66,7% пациентов 1 группы, 76,3% – 2 группы, 75,5% – 3 группы и 86,5% – 4 группы В группе сравнения – 54,9% (p>0,05). При обследовании (1498 пациентов) ИБС у 24,2% в 1 группе, 34.6% во 2 группе, 53,3% в 3 группе и у 61,75 в 4 группе. В группе контроля лишь у 15,2% установлена ИБС (p<0,05). На аритмию в анамнезе (373 пациента) указали 13,68% в 1 группе, 19,24% во 2 группе, 27,81% в 3 группе и 38,30% в 4 группе (p<0,05). В группе сравнения аритмия – у 6,8%. С-реактивный белок (СРБ) выявлен как положительный либо количественно выше нормы в 9,39% пациентов 1 группы, 12,58% – 2 группы, 16,83 – 3 группы и 36,36% в 4 группе (p<0,05). В группе сравнения в 4,37%. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) по данным ЭКГ или ЭХОКГ (обследовано 1488 человек) выявлена у 38,59% пациентов 1 группы, 51,78% – 2 группы, 60,71% – 3 группы и 80,85% в 4 группе (p<0,05). В группе сравнения ГЛЖ в 20,35% (p<0,05). Диастолическая дисфункция 1 типа при ЭХО КГ (обследовано 1223 пациента) диагностирована в 58,93% пациентов 1

группы, 81,44% 2 группы, 81,20% 3 группы и 84,85% 4 группы (p<0,05). В группе сравнения 39,82% имели диастолическую дисфункцию 1 типа. Атеросклеротическое поражение аорты при ЭХОКГ (обследовано 1224 больных) отмечено у 38,37% пациентов 1 группы, 52,05% – 2 группы, 67,65% – 3 группы и 75,75% – 4 группы (p<0,05). В группе сравнения атеросклероз аорты у 23,07% больных. Нарушения ритма при ХМ-ЭКГ (обследовано 373 пациента) выявлены у 51,53% пациентов 1 группы, 57,89% – 2 группы, 67,80% – 3 группы и 61,11% – 4 группы (p>0,05). В контрольной группе аритмии в 44,23%. Нарушение проводимости при ХМЭКГ (обследовано 367 пациентов) у 10,24% пациентов 1 группы, 7,08% 2 группы, 8,47% 3 группы и 16,75% 4 группы (p>0,05). В группе сравнения 6,0% имели нарушение проводимости. Признаки ХСН выявлены у 7,28% пациентов 1 группы, 14,43% – 2 группы, 28,99% – 3 группы и 36,17% в 4 группе (p<0,05). В группе сравнения ХСН выявлена у 3,02%.

Выводы: ХСН достоверно (p<0,05), чаще встречается у пациентов с ожирением. Выявлена прямая корреляционная зависимость между степенью ожирения и количеством пациентов страдающих ХСН (p<0,05), атеросклерозом аорты (p<0,05), диастолической дисфункцией миокарда левого желудочка (p<0,05), гипертрофией миокарда левого желудочка (p<0,05). Пациенты с ожирением чаще страдают аритмией и нарушением проводимости (p>0,05).

373 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ С УРОВНЕМ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Корнеева О.Н., Попова И.Р., Драпкина О.М., Торчинский Е.В.
Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить уровень мочевой кислоты, СРБ в плазме крови у пациентов с различной степенью ожирения.

Материалы и методы: 1504 пациента, 685 мужчин и 819 женщин. 659 пациентов имели избыточную массу тела и 610 ожирение. Все пациенты в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) разделены на 4 группы:

1 группа (659 пациентов) – средний возраст 49,1 лет, ИМТ от 25,0-29,9 кг/м^2 (средний ИМТ – 27,4 кг/м^2); 2 группа (395 пациентов) – средний возраст 51,5год, ИТМ от 30,0-34,9 кг/м^2 (средний ИМТ – 32,2 кг/м^2); 3 группа (168 пациентов) – средний возраст 53,8 лет, ИМТ от 35,0-39,9 кг/м^2 (средний ИМТ – 36,7 кг/м^2); 4 группа (47 пациентов) – средний возраст 53,5 года, ИМТ более 40,0 кг/м^2, (средний ИМТ – 44,9 кг/м^2). Группа сравнения (235 пациентов) – средний возраст 52,8 года, с нормальным ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2 (средний ИМТ – 22,6кг/м^2). Обследовано 1500 пациентов. В 1 группе (с избыточным весом) повышенный уровень мочевой кислоты выявлен – у 5,6%, во 2 группе – у 6,09%, в 3 группе – у 13,01% и 4 группе – у 21,28%. В контрольной группе – 1,72% (p<0,05). Повышенный уровень белка воспаления (СРБ) выявлен: в 1 группе – 9,4%, во 2 группе – 12,65, 3 группе – 16,8% и 4 группе – 36,4%. В группе сравнения 4,4% (p<0,05). Артроз различных суставов выявлен: в 1 группе – у 7,13%, во 2 группе – у 9,62%, в 3 группе – у 12,43% и 4 группе – у 17,02%. В группе контроля у 6,89% (p<0,05).

Выводы: Уровень белка воспаления (СРБ) в 2 раза чаще (9,57%) повышен у людей с ожирением или избыточным весом и в 4 раза (36,36%) при морбидном ожирении (в группе сравнения 4,37%)(p<0,05). Число пациентов с повышенным уровнем мочевой кислоты растет с увеличением ИМТ. Рост числа пациентов страдающих гиперурикемией прямо пропорционален увеличению ИМТ. Число пациентов с повышенный уровнем мочевой кислоты в плазме крови при морбидном ожирении в 12 раз больше, чем в группе сравнения (p<0,05). Поражение суставов при морбидном ожирении встречается в 2,5 раза чаще, чем в группе контроля (p<0,05).

374 ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Корнеева О.Н., Попова И.Р., Драпкина О.М., Торчинский Е.В.
Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить влияние ожирения на изменение структуры печени и поджелудочной железы по данным УЗИ органов брюшной полости и лабораторного исследования крови.

Материалы и методы: 1504 пациента, (685 муж). 659 пациентов имели изб. массу тела и 610 ожирение. Пациенты разделены на 4 группы: 1 группа (659 пациентов) возраст 49,1 лет, ИМТ от 25,0-29,9 кг/м^2 (средний ИМТ – 27,4 кг/м^2); 2 группа (395 пациентов) возраст 51,5год, ИМТ от 30,0-34,9 кг/м^2 (сред ИМТ 32,2 кг/м^2); 3 группа (168 пациентов) возраст 53,8 лет, ИМТ от 35,0-39,9 кг/м^2 (сред ИМТ 36,7 кг/м^2); 4 группа (47 пациентов) возраст 53,5 года, ИМТ более 40,0 кг/м^2, (сред ИМТ 44,9 кг/м^2). Группа сравнения (235 пациентов) – возраст 52,8 года, с нормальным ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2 (сред ИМТ 22,6кг/м^2). Уровень С-реактивного белка (СРБ) в 2 раза чаще (9,57%) повышен у людей с ожирением или избыточным весом и в 4 раза (36,36%) при морбидном ожирении (в группе сравнения 4,37%). С ростом ИМТ увеличивается число пациентов с дислипидемией у 73,36% (p<0,05), повышенным (32,06%) и высоким уровнем ОХ (35,06%) (p>0,05), При ожирении достоверно чаще – увеличение триглицеридов во всех группах – 35,27% (p<0,05) и снижение ЛПВП 27,27%(p<0,05). Стеатоз печени как проявления неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) при УЗИ выявлен в 1 группе в – 61,46% случаев, во 2 группе – 81,01%, в 3 группе – 85,80%, и в 4 группе – 91,49%. В группе сравнения – в 31,47% (p<0,05). По данным УЗИ брюшной полости и показателей крови стеатогепатит в 1 группе выявлен у 6,68% больных, во 2 группе у 10,12%, в 3 группе у 14,20% и в 4 группе у 14,89%. В группе сравнения у 1,72% (p<0,05). Воспалительные заболевания печени – гепатиты и циррозы выявлены в 1 группе у -18,18%, во 2 группе у – 11,68%, в 3 группе у – 9,47% и в 4 группе у – 4,25% больных. В группе сравнения у 8,96% (p<0,05). Липоматоз поджелудочной железы выявлен в 1 группе в 67,98%, 2 группы в 79,49%, в 3 группе в 87,57% и 4 группе в 82,97% случаев. В контрольной группе у 53,02% больных (p<0,05). Хронический панкреатит выявлен в 1 группе в – 35,39%, во 2 группе в – 31,65%, в 3 группе – 33,14% и 4 группе в 36,17%. В группе сравнения в 55,0% (p<0,05). Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), ассоциированный с ожирением, занимает 3 место среди хронических заболеваний печени, уступая по распространенности лишь вирусным гепатитам вирусной и алкогольной этиологии.

Выводы: Ожирение – независимый предиктор развития жировой инфильтрации печен и наиболее значимый фактор, связанный с НАЖБП. У больных с ожирением НАЖБП обнаруживается в 61- 91% случаев (p<0,05). При морбидном ожирении практически все пациенты имеют НАЖБП – 91,5%, из них у 15% – НАСГ (p<0,05). Липоматоз поджелудочной железы фактор риска развития хронического панкреатита (p<0,05). Выявлена прямая корреляционная зависимость между ИМТ и поражением поджелудочной железы в виде липоматоза от 68% до 83% (p<0,05). При ожирении уровень СБР повышен в 2 раза чаще (при морбидном ожирении в 4 раза чаще), чем у пациентов с нормальным ИМТ. Ожирение и гиперлипидемию можно рассматривать как возможный фактор, запускающий воспалительный процесс в печени и поджелудочной железе.

375 ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ПОЖИЛОГО МУЖЧИНЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Корнеева О.Н., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т.
Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – передающееся по наследству (в 50%) заболевание неясной этиологии,

характеризующееся ограниченной или диффузной первичной ("беспричинной") ГЛЖ без расширения или с небольшим уменьшением полости желудочка, сопровождающееся нормальной или увеличенной контрактильностью миокарда при значительном снижении функции диастолической релаксации. В большинстве случаев клинические проявления ГКМП возникают в детском возрасте.

Больной М., 57 лет, жалобы на одышку и головокружения, предобморочные состояния, возникающие при подъемах по лестнице, повышение АД до 160 и 100 мм ртст. В 47 лет впервые ангинозные боли в сердце, выявлен идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз, толщина МЖП в базальном отделе 2,0 см, задн стенка 1,0 см, градиент в выносящем тракте (ВТ) ЛЖ=12 мм рт.ст., обструкции ВТЛЖ нет. Получал коринфар. Чувствовал себя удовлетворительно. В марте 2011 года на ЭКГ – отрицат динамика, выраженная гипертрофия ЛЖ, увеличилась амплитуда комплекса QRS V1-V6 и зубцы Т отрицат.>10 мм/ рекомендовано обследование в кардиологическом стационаре. Случаев ВСС в семье не отмечено. Объективно: Состояние относ. удовлетворит. ИМТ 22 кг/м^2, В легких хрипов нет. На сонных артериях pulsus bisfierens. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. 1 тон ослаблен, систолический дующий шум на верхушке, проводящийся до передней подмышечной линии, также выслушивается в 3-4 межреберье слева от грудины систолический шум грубый веретенообразный с проведением вдоль грудины к мечевидному отростку, усиливающийся при пробе Вальсальвы и ослабевает в положении на корточках. АД 140 / 90 мм рт.ст. ЭКГ: синусовый ритм ЧСС 74 в мин, PQ 0,20, QRS 0,08, QT 0,38. Выраженные изменения гипертрофированного миокарда левого желудочка в области верхушки, передне-перегородочной области и боковой области с явлениями систолической перегрузки миокарда ЛЖ. ЭхоКГ: КДР ЛЖ 4,8 см, ЛП 4,8 см, V 70 мл, ФВ 56%, МЖП в баз.части 2,0 см, МЖП/зад.ст.=1,67, АР 2 ст. Передне-систолическое движение перед.ств.МК, МР2 ст. средне-систолическое прикрытие АК, в ВТЛЖ поток смещенный во вторую половину систолы до 4,1 м/с, систолический пиковый градиент давления 67 мм рт.ст., проба Вальсальвы:7,36 м/с, 216 мм рт.ст. Диастолическая дисфункция 1 типа. Клинический диагноз: Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. Недостаточность аортального клапана. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. ГБ II ст, риск IV. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. ХСН II А ст. NYHA II ФК. Таким образом, ГКМП может до пожилого возраста оставаться незамеченным, доступным методом верификации диагноза служит ЭХОКГ. У больного с ГКМП до 57 лет отсутствовали признаки обструкции ВТЛЖ с выраженной гипертрофией верхушечной области ЛЖ, выраженной S-образной гипертрофии базального отдела МЖП до 2,0 см. С учётом клинических проявлений, анамнестических данных и ЭХОКГ – больному показано проведение хирургического вмешательства: миоэктомия и протезирование АК.

376 ПОЛИМОРФНЫЙ МАРКЕР TRP719ARGRENA KIF6 АССОЦИИРУЕТСЯ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ИБС

Королева О.С.[1], Евдокимова М.А. [1], Пушков А.А. [2], Благодатских К.А.[2], Носиков В.В.[2], Затейщиков Д.А.[1] от имени коллектива многоцентрового исследования

[1]ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ, [2]Государственный научный центр РФ ФГУП "ГосНИИ генетика", Москва, Россия

Кинезин 6 является моторным белком, участвующим во внутриклеточном транспорте. Носительство аллеля 719Arg полиморфного маркера Trp719Argrena KIF6 ассоциировано с высоким риском развития ИБС и ИМ.

Целью нашего исследования было изучение прогностического влияния Trp719Arg (KIF6) на риск развития неблагоприятных исходов (НИ) у больных, перенесших обострение ИБС.

Характеристика больных и методы. Обследовано 1140 больных с ИБС, из них 723 мужчин и 417 женщин в возрасте 61,34±0,35 лет. ИБС манифестировала в возрасте 56,17±0,35 лет. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 778 больных (76,6%). Артериальная гипертензия была у 925 (81,1%), гиперлипидемия у 362(31,8%), сахарный диабет 2 у 165 человек (14,5%), абдоминальное ожирение у 916 больных (82,7%), нарушение мозгового кровообращения в анамнезе было у 104 больных (9,1%). Атеросклероз периферических артерий выявлен у 144 больных (12,6%). Курили 443 больных (38,9%). Средний срок наблюдения составил 1,56±0,03 года, максимальный срок 5,21 лет. В течение всего времени наблюдения регистрировались неблагоприятные исходы (НИ), такие как: нефатальный и фатальный ИМ, нефатальный и фатальный инсульт, нестабильная стенокардия (НС), потребовавшая госпитализации, внезапная коронарная смерть и смерть от других (некардиальных) причин. Анализировались комбинированные НИ: "сосудистый", который включал все перечисленные выше исходы за исключением смерти от других причин. "Коронарный" НИ включал нефатальный и фатальный ИМ, НС, потребовавшую госпитализации и внезапную коронарную смерть. Кроме того, анализировали "инсульты" – нефатальный и фатальный, а также "смерть" – смерть от любых причин.

Идентификацию аллелей и генотипов Trp719Arg (KIF6) проводили с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени на термоциклере "ABI 7500 Fast" ("AppliedBiosystems") в 10 мкл специальной реакционной смеси.

Результаты. У женщин, не принимавших статины, аллель 719Arg ассоциируется с развитием "любого", "сосудистого" и "коронарного" НИ (p=0,011, p=0,023 и p=0,021 соотв.), причем наибольшие различия были в группе с манифестацией ИБС в "молодом" возрасте. У мужчин такой ассоциации не получено. У женщин с генотипом ArgArg прием статинов существенно улучшают "сосудистый" прогноз (p=0,015).

Заключение. Аллель 719Arg полиморфного маркера Trp719Argrena KIF6 ассоциирован с риском развития неблагоприятных исходов у женщин, перенесших обострение ИБС.

377 ДИНАМИКА ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Котляров А.А., Селезнева Н.М., Пузанова Е.В., Бурнашкина О.Н., Пьянзина А.Г.

ГОУВПО "Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева", Саранск, Россия; Медицинский институт, кафедра госпитальной терапии, Саранск, Россия

Перекисное окисление липидов (ПОЛ) играет ключевую роль в развитии многих заболеваний легких, в том числе и обструктивных. Количество оксидантов, запускающих ПОЛ резко возросло, это связано с увеличением числа курящих людей, воздействием профессиональных вредностей и загрязнением атмосферного воздуха.

Цель: изучить динамику перекисного окисления липидов у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких на фоне лечения.

Материалы и методы: Было обследовано 33 больных. Пациентов разделили на 5 групп. I – общая группа (n=33), II – группа мужчин (n=29), III – группа женщин (n=4), IV – группа больных средней тяжести (n=16), V – группа больных тяжелой степени (n=17). Оцениваемые показатели – МДАпл, МДАэр, КАТпл, КАТэр, FeМДАпл, FeМДАэр, бикарбонаты.

Результаты: при анализе результатов в I группе пациентов выявлено снижение МДАэр на 1,1% (p<0,02), повышение КАТэр на 7,8% (p=0,0001), снижение FeМДАэр на 1% (p=0,005), снижение бикарбонатов на 3% (p<0,003). Во II группе пациентов выявлено снижение МДАэр на 2,7% (p=0,001), повышение КАТпл на 4,3% (p<0,02), повышение

КАТэр на 8,7% (p=0,0002), снижение FeМДАпл на 2,2% (p<0,03), снижение FeМДАэр на 1,1% (p<0,008), снижение бикарбонатов на 3,6% (p=0,00006). В III группе было пациентов зафиксировано повышение МДАэр на 1,3% (p<0,02). В IV группе выявлено повышение КАТэр на 9,9% (p<0,004), снижение FeМДАэр на 1,2% (p<0,04), снижение бикарбонатов на 3,3% (p=0,0003). В V группе выявлено повышение КАТэр на 4,6% (p<0,02), снижение FeМДАпл на 0,6% (p<0,02).

Выводы: 1) На фоне проведенного лечения в анализируемых группах пациентов зафиксировано изменение активности ПОЛ в виде снижения МДАэр, FeМДАпл, FeМДАэр, бикарбонатов и изменения в антиоксидантной системы в виде повышения КАТпл, КАТэр.

2) У мужчин выявлено более выраженное снижение интенсивности ПОЛ и повышение активности антиоксидантных ферментов.

3) На фоне терапии лучшая динамика показателей ПОЛ установлена для больных со средней степенью тяжести.

378 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕРЕНИЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБОСТРЕНИЕ ИБС

Кочкина М.С.[1], Асейчева О.Ю.[1], Евдокимова М.А.[1], Чумакова О.С.[1], Бакланова Т.А.[2], Затейщиков Д.А.[2]

[1]ФГУ Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва, Россия; [2]ГУЗ "Городская больница №17", Москва, Россия

Цель исследования: оценить целесообразность использования метода оценки жесткости артерий с помощью измерения скорости пульсвой волны (СПВ), а также измерение толщины комплекса интима-медия сонных артерий (ТИМ) для оценки прогноза у больных, перенесших обострение ИБС.

Материалы и методы: обследовано 200 человек, поступивших в стационар по поводу острого коронарного синдрома (ОКС). Пациенты включались в исследование на 10 день при условии стабильного состояния. Проводился физикальный осмотр, сбор анамнеза, исследование крови по стандартным параметрам, ЭхоКГ. Жесткость артерий оценивалась посредством измерения СПВ на сегменте сонная-бедренная и сонная-лучевая артерии с использованием системы COMPLOIR. ТИМ оценивалась на экстракраниальном участке внутренних сонных артерий с обеих сторон на ультразвуковом аппарате ACUSON-128. В течение периода наблюдения регистрировались следующие события: фатальный и нефатальный инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия, фатальный и нефатальный инсульт, смерть от другой причины.

Результаты. Обследовано 200 человек. Из них мужчин – 103 (51,5%), женщин -97 (48,5%). Средний возраст составил 63,76 ±0,89лет. АГ имели 167 (83,5%) пациентов, ожирение – 69(34,5%), сахарный диабет – 18(18,5%). 49 (24,5%) человек ранее перенесли ИМ. Срок наблюдения составил в среднем 2,04 ±0,11 года. За период наблюдения зарегистрировано 22 фатальных ИМ, 12 нефатальных ИМ, 3 фатальных инсульта, 4 нефатальных инсульта, 19 эпизодов нестабильной стенокардии, 8 пациентов умерло от других причин.

По данным многофакторного анализа прогностическую значимость имели: наличие ИМ в анамнезе, уровень креатинина и СПВ более 13 м/с на сегменте сонная-бедренная артерии. СПВ более 13 м/с ассоциировались с высоким риском общей смертности 2,205[1,023-4,755], p=0,03, развития сосудистых 2,116[1,215-3,685], p=0,008 и кардиологических событий и инсульта 2,376[1,327-4,252], p=0,004. Связи показателя ТИМ с прогнозом у больных, перенесших обострение ИБС, не выявлено.

Таким образом, исследование жесткости артерий посредством измерения СПВ на сегменте сонная-бедренная артерии целесообразно в оценке прогноза у больных, перенесших обострение ИБС.

379 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Кошевая О.Д., Горбунов В.В., Баркан В.С., Брянцева Е.Н., Губанова М.В., Иванов П.А.

ГОУ ВПО Читинская Государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель исследования: изучение состояния микроциркуляции у пациентов с микроваскулярной стенокардией.

Материалы и методы исследования: микроциркуляция изучалась с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Москва). Лазерная допплеровская флоуметрия (ЛДФ) признаётся в настоящее время объективным, высоко информативным методом исследования и рекомендуется к внедрению в клинику. Обследовано 16 пациентов мужского пола с установленным диагнозом микроваскулярная стенокардия (выставлен на основании положительных нагрузочных проб – депрессия сегмента ST, отсутствие гемодинамически значимых стенозов на коронароангиограммах). Средний возраст пациентов составил 44±9,4 лет. В качестве контрольной группы исследовалась микроциркуляция у группы относительно здоровых лиц, состоящая из 21 человека, сопоставимая по возрасту. Диагностика состояния микроциркуляции крови проводилась путем определения базального кровотока в течении 10 минут в зоне Захарьина-Геда для сердца на предплечье, расположенной по срединной линии на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей.

Результаты: В исследуемой группе пациентов с микроваскулярной стенокардией выявлено увеличение величины среднеарифметического показателя системной микроциркуляции (М), измеряемого в перфузионных единицах (9,9±2,3, p<0,05). У пациентов с микроваскулярной стенокардией также выявлено увеличение параметра σ – среднеквадратичного отклонения значений перфузии, характеризующее степень изменчивости показателя микроциркуляции в зависимости от состояния микрососудистого тонуса (2,19±0,57, p<0,05). При амплитудно-частотном анализе колебаний кровотока было выявлено в исследуемых группах, что у пациентов с микроваскулярной стенокардией отмечается возрастание нейрогенного тонуса (НТ) микрососудов (2,35±0,3, p<0,05). При определении амплитуд осцилляций кровотока за счёт миогенного тонуса (МТ) и определении показателей шунтирования (ПШ) достоверной разницы в группах не выявлено.

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

380 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕХЛЕТНЕЙ АКТИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ЛИЗИНОПРИЛ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кошелева Н.А., Ребров А.П.

ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России", Саратов, Россия

Целью исследования была оценка влияния терапевтического обучения и активного амбулаторного ведения на клиническое состояние и развитие сердечно-сосудистых осложнений у больных ХСН в течение трех лет наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включены 211 больных с симптомами ХСН. Критерии включения: наличие симптомов ХСН (I–IV ФК), развившихся после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ, информированное

согласие пациента. При поступлении в стационар все пациенты рандомизировались в две группы: группа I (n = 106 пациентов) – активного ведения, группа II (n=105 больных) – стандартного ведения. Пациенты первой группы проходили обучение и последующее амбулаторное наблюдение. В составе комплексной терапии 70% пациентов группы активного ведения применяли иАПФ – лизиноприл (Листрил, Д-р Редди'с, Индия). Пациенты второй группы проходили обучение и наблюдение в условиях поликлиники по месту жительства. Период наблюдения составил 3 года. За время исследования фиксировались следующие конечные точки: декомпенсация ХСН, потребовавшая госпитализации, повторный инфаркт миокарда, смерть, общее число сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0. Различия считали значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Терапевтическое обучение и активный амбулаторный контроль способствовали высокой комплаентности в приеме основных нейро-гормональных модуляторов. В течение трех лет наблюдения в группе пациентов активного ведения отмечалось значимое ($p<0,05$) снижение САД и ДАД, ЧСС, общего холестерина, NT-proBNP, прирост дистанции теста 6-мин ходьбы, замедление процессов ремоделирования сердца и снижения ФВ ЛЖ, по сравнению с больными группы стандартного ведения. В первой группе в течение трех лет наблюдения ССО развились у 50% пациентов: из них у 25% – декомпенсация ХСН, у 12% – повторный инфаркт миокарда, 13% больных умерли. Во второй группе ССО развились у 100% обследуемых: у 57% – декомпенсация ХСН, у 18% – повторный инфаркт миокарда, 25% пациентов умерли. При построении кривых Каплана-Мейера установлено, что у больных группы активного ведения к третьему году наблюдения вероятность развития декомпенсации ХСН ($p=0,001$), летального исхода ($p=0,04$), общего числа ССО ($p=0,04$) значимо меньше, чем у пациентов группы стандартном ведения. Вероятность развития повторного инфаркта миокарда у больных обеих групп не различалась ($p=0,21$).

Выводы. 1. Проводимая программа обучения и активного амбулаторного ведения в течение трех лет наблюдения у больных ХСН способствовала повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, улучшению клинического состояния больных и уменьшению числа неблагоприятных событий.

2. Назначение лизиноприла (Листрил, Д-р Редди'с, Индия) в составе комплексной терапии показало хорошую переносимость и эффективность этого препарата.

381 ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кошелева Н.А., Ребров А.П.

ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России", Саратов, Россия

Цель. Определить значение спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы. В исследование включено 110 больных ХСН (средний возраст 55,1 ± 6,4 лет) и 40 практически здоровых людей. Критерии включения: ХСН, развившаяся после инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ, информированное согласие пациентов на участие в исследовании. Спектральный анализ вариабельности сердечного ритма изучали на 5 минутных записях ЭКГ, на аппарате "Волготех". Все больные наблюдались в течение 12 месяцев. В течение этого времени фиксировались следующие конечные точки: декомпенсация ХСН, нестабильная стенокардия, повторный инфаркт миокарда, смерть и общее число ССО. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 8.0. Результаты считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. У пациентов с ХСН определено значимое ($p<0,05$) снижение показателей спектрального анализа по сравнению со здоровыми лицами. Проведен корреляционный анализ показателей частотного компонента ВСР и исследуемых клинических параметров. Выявлена умеренная значимая отрицательная взаимосвязь между низкочастотным компонентом (LF) спектра и возрастом ($r=- 0,35$, $p<0,001$), ЧСС ($r=- 0,30$, $p=0,02$), NT – proBNP ($r=- 0,37$, $p<0,001$), СРБ ($r=0,30$, $p=0,03$), а так же умеренная значимая отрицательная взаимосвязь между LF спектра и ФВ ЛЖ ($r=0,31$, $p=0,002$). В течение года наблюдения у обследуемых пациентов развилось 41 случай ССО: в 20 случаях было ухудшение ХСН, у 5 пациентов – нестабильная стенокардия, у 7 больных – повторный инфаркт миокарда, 9 пациентов умерли. Определено, что у больных ХСН с развившимся повторным инфарктом миокарда и смертельным исходом в течение года наблюдения LF спектра значимо ($p<0,01$) меньше, чем у пациентов с отсутствием этих нежелательных явлений. По медиане LF спектра пациенты были разделены на 2 группы: группа I – LF<5,2 ln мс² (42 больных), и группа II – LF≥5,2 ln мс^2 (68 больных). При сравнении кривых выживаемости методом Каплана – Мейера показано, что при LF спектра<5,2 ln мс^2 вероятность декомпенсации ХСН ($p=0,03$), развития повторного инфаркта миокарда ($p=0,007$), летального исхода ($p=0,003$), значимо больше, чем у пациентов с LF≥5,2 ln мс^2. Для пациентов с LF<5,2 ln ms², относительный риск (ОР) развития смерти был в 1,7 раза больше, чем для больных с LF>5,2 ln ms² (ОР=1,7, 95% ДИ 0,16–3,60). В многофакторной модели независимыми предикторами смертельного исхода были фракция выброса левого желеудочка и LF<5,2 ln ms² у пациентов с ХСН.

Выводы. 1. У пациентов с ХСН определено снижение показателей спектрального анализа по сравнению со здоровыми лицами. 2. LF спектра ассоциирован с тяжестью состояния больного ХСН. 3. У пациентов с ХСН и LF спектра<5,2 ln мс^2 вероятность декомпенсации ХСН, развития повторного инфаркта миокарда, летального исхода значимо больше, чем у пациентов с LF≥5,2 ln мс^2. 4. LF спектрального анализа ВСР<5.2 ln ms ² – независимый предиктор смерти у пациентов с ХСН в течение года.

382 ХАРАКТЕР РЕАКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

Кощеев Ю.А., Максимович Е.Н., Лелевич А.В., Максимович Н.Е., Костюкович С.В.

Кафедра патологической физиологии, УО "ГрГМУ", Гродно, Республика Беларусь

Введение. В связи с широким распространением патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) и тенденцией ее омоложения является важным выявление возможности их развития на ранних, доклинических стадиях их развития. Причина данного явления обусловлена воздействием большого количества факторов риска, среди которых информационный стресс, ожирение, курение, гиподинамия и др. Вышесказанное обусловливает необходимость оценки состояния ССС у лиц молодого возраста.

Целью исследований явилось изучение характера реакций сердечно-сосудистой системы у студентов-медиков при выполнении велоэргометрического нагрузочного теста.

Объект и методы исследований. Исследования с использованием велоэргометрической пробы выполнены у 212 студентов, из которых выделено 116 студентов, имеющих нормальное и повышенное систолическое и диастолическое АД. Обследуемые разделены на 2 группы: 1-я группа с $АД_{сист.}$ 100-120 мм рт.ст, $АД_{диаст.}$ (70-85) мм рт.ст (n=99) и 2-я группа ($АД_{сист.}$ > 140 мм рт.ст.), $АД_{диаст.}$ >90 мм рт.ст., n =17. Велоэргометрическая проба проводилась путем выполнения студентами велоэргометрии (1 Вт/м в течение 3-х минут). Оценивали прирост пульса (ΔPs), систолического ($ΔАД_с$) и диастолического ($ΔАД_д$) артериального давления (АД) во время выполнения пробы и после неё до восстановления исследуемых гемодинамических показателей.

Нормальной считали ΔPs в пределах 15-60%. Изменения Ps более 60% считали чрезмерной реакцией ССС, менее 60% – недостаточной. Прирост $АД_{сист.}$ в пределах 10-35 мм рт. ст. и изменения $АД_{диаст.}$ в пределах ±10 мм рт.ст. считали нормотонической реакцией, гипертонической считали ↑ АД сист. >35 мм рт. ст. и АДдиаст. >10 мм рт.ст. Гипертонической считали реакцию, если ↑ АДсист. и АДдиаст. было более 10 мм рт. ст.

Результаты исследований. Анализ измерений ΔPs показал, что у студентов с нормальным $АД_{сист.}$ и $АД_{диаст.}$ нормальная реакция отмечалась у 66,7%, у 15,1%, студентов она была избыточной, а у 18,2% студентов – недостаточной. У студентов с АД >140/90 мм рт. ст. изменения пульса в пределах нормальной реакции отмечались у 88,2% обследуемых, у 11,8% – реакция была недостаточной, чрезмерная реакция не выявлялась.

Реакция при изменении АД отмечалась следующим образом: у студентов с нормальным АД нормотоническая реакция по $АД_{сист.}$ отмечалась у 80,2%, по $АД_{диаст.}$ – у 78% студентов. У студентов с ↑ АД нормотоническая реакция была у 70,5%. Отмечалось увеличение количество студентов с гипотонической реакцией до 23,5% ($p<0,05$).

Заключение. Итак, анализ изменений показателей ССС при выполнении велоэргометрической пробы показало увеличение количества студентов с недостаточной реакцией на физическую нагрузку, осуществляемую путем выполнения теста с велоэргометрией, у студентов с повышенным АД. Это указывает на снижение адаптивных реакций сердечно-сосудистой системы, что может выступать в качестве патогенного фактора у больных с артериальной гипертензией при предъявлении к организму повышенных требований.

383 СВЯЗЬ ЭРИТРОЦИТАРНОГО ГОМЕОСТАЗА С ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕГОМОГЕННОСТЬЮ МИОКАРДА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Крестьянинов М.В., Рузов В.И., Гаврилова М.С., Гимаев Р.Х.
ГУЗ Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн, Ульяновск, Россия; Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия; Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия

Целью исследования является изучение связи эритроцитарного звена гомеостаза с поздними потенциалами желудочков у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы исследования. Обследовано 168 больных ГБ II стадии, II степени (110 мужчин и 58 женщин). Средний возраст мужчин (медиана и интерквартильный размах) 51 год (от 40 до 59лет), женщин – 57 (11) лет. Исключались лица с симптоматической гипертонией, постинфарктным кардиосклерозом, нарушениями ритма и проводимости, гематологической патологией. Проводилось общеклиническое исследование крови с определением общего гемоглобина (Hb), количества эритроцитов в 1 литре (Er), гематокрита (Ht), цветового показателя (ЦП), среднего содержания гемоглобина в эритроцитах (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроцитах (MCHC), среднего объема эритроцитов (MCV). Выполнялась электрокардиография высокого разрешения с регистрацией поздних потенциалов желудочков (ППЖ) в отведениях по Франку. Определялись общее количество желудочковых комплексов (TotalQRS), стандартизированное значение (StdQRS), продолжительность последних 40 миллисекунд желудочкового комплекса (RMS40), амплитуда последних 40 миллисекунд (LAS40). Результаты обрабатывались с помощью пакета STATISTICA 8.0. Статистическая значимость методов устанавливалась при уровне $p<0,05$.

Полученные результаты. Сравнение частоты встречаемости ППЖ у мужчин и женщин, страдающих ГБ, показало, что электрическая негомогенность миокарда у мужчин (в 34,5% случаев) встречается чаще, чем у женщин (2%) ($p<0,001$). Как у мужчин, так и у женщин гипертоников не было выявлено возрастных изменений частоты встречаемости ППЖ. Отмечена большая частота выявления ППЖ у мужчин, по сравнению с женщинами, как в возрасте моложе 50 лет (соответственно, 27,5% и 0%, $p=0,028$), так и старше 50 лет (соответственно, 40,7% и 2%, $p<0,001$). У мужчин с ГБ выявлены связи ЦП с TotalQRS ($R=0,20$; $p=0,041$) и RMS40 с MCH ($R= -0,20$; $p=0,033$). В группе женщин, страдающих ГБ, отмечались связи TotalQRS с Er ($R=0,36$; $p=0,005$), ЦП ($R= -0,27$; $p=0,043$), а также StdQRS с Er ($R=0,31$; $p=0,017$) и Hb ($R=0,30$; $p=0,024$). Оценка корреляционных связей с учетом возраста показала у мужчин с ГБ моложе 50 лет наличие связи MCHC с TotalQRS ($R=0,31$; $p=0,029$) и RMS40 ($R= -0,30$; $p=0,032$). В возрасте старше 50 лет наличие связей маркеров ППЖ с эритроцитарным звеном гомеостаза не выявлено. У женщин с ГБ моложе 50 лет не определялись связи показателей эритроцитарного гомеостаза с маркерами ППЖ. В возрасте старше 50 лет выявлены связи TotalQRS с Er ($R=0,35$; $p=0,02$), а также StdQRS с Er ($R=0,36$; $p=0,017$), Hb ($R=0,36$; $p=0,017$) и Ht ($R=0,36$; $p=0,016$).

Выводы. 1. У мужчин, страдающих ГБ, чаще определяется электрическая негомогенность миокарда, по сравнению женщинами. 2. У мужчин связь показателей эритроцитарного гомеостаза (MCHC) с ППЖ отмечается в возрасте моложе 50 лет. У женщин связи показателей эритроцитарного гомеостаза (Er, Hb) с маркерами ППЖ (TotalQRS, StdQRS) обнаруживаются в возрасте старше 50 лет.

384 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ИНСУЛЬТОВ

*Кручинина М.В., Громов А.А., Рабко А.В., Генералов В.М.**
НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; *ФГУН ГНЦ вирусологии и биотехнологии "Вектор" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, пос. Кольцово, Новосибирская область, Россия

Целью работы являлось исследование электрических и вязкоупругих параметров эритроцитов (Er) и ряда показателей гемостаза у больных, перенесших инсульт, для выявления возможности предотвращения повторных инсультов.

В исследование были включены 136 мужчин (48,2±2,14 года), из них 124 – перенесших ишемический инсульт, 12 – геморрагический. Средний срок наблюдения составил 20,3+14,8 месяцев. Группу сравнения составили 32 мужчины, перенесшие инсульт, отобранные по принципу "случай – контроль". Контрольную группу составили 33 мужчины сопоставимого возраста без цереброваскулярной и сердечно-сосудистой патологии. Изучение электрических и вязкоупругих характеристик Er проводили методом диэлектрофореза, исследование показателей гемостаза – стандартными методиками.

Группа пациентов, перенесших инсульт, оказалась неоднородной по параметрам эритроцитов. В первой подгруппе (79 человек) отмечены наиболее высокие обобщенные показатели жесткости, вязкости, электропроводности, электрической емкости мембран Er при самых низких показателях среднего диаметра клетки, скорости движения Er, амплитуды деформации Er ($p<0,0001$-$0,05$). В первой подгруппе оказалась максимальной величина АКТ, A_2 ($p<0,033$). У этих пациентов отмечено наличие проявлений метаболического синдрома (артериальной гипертензии, избыточной массы тела, гиперлипидемии, преимущественно II Б типа ($p<0,05$).

Во второй подгруппе (57 человек) несколько сниженные показатели пластичности Er на фоне умеренно повышенных жесткости и вязкости, электропроводности сочетались со сниженными уровнями поляризуемости, электрической емкости мембран Er и резко повышенными значениями гемолиза Er и индекса агрегации ($p<0,001$-$0,05$). У этих пациентов выявлены корреляции степени спонтанной агрегации тромбоцитов с уровнем гемолиза Er на низких частотах ($r=0,705$, $p<0,005$), а уровень гемолиза Er на высоких частотах коррелировал с величиной тромбоцитарных агрегатов при агрегации с ристомицином в дозе 1,5 мг/мл ($r=0,644$, $p<0,01$) и уровнем волчаночного антикоагулянта ($r=0,257$, $p<0,046$). Хагеман-

зависимый фибринолиз, РКФМ у больных второй подгруппы был выше, чем в первой (p<0,01-0,05). При этом пациенты имели нормальные или сниженные уровни артериального давления, общего холестерина, ХС ЛПНП, триглицеридов, однако, уровни трансаминаз, общего и непрямого билирубина у них были достоверно повышены или имели тенденцию к повышению (p<0,03-0,06). У пациентов второй подгруппы достоверно чаще выявлялись маркеры вирусных гепатитов, цитомегаловируса, вируса герпеса (p<0,05).

Полученные данные свидетельствуют о различных патогенетических механизмах развития инсультов. Направленная фармакологическая коррекция выявленных вариантов позволила избежать летальных исходов в группе больных и существенно снизить частоту повторных нарушений мозгового кровообращения по сравнению с группой сравнения.

385 КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Крылова Н.С., Потешкина Н.Г.
ГОУ ВПО "Российский государственный медицинский университет Росздрава", Москва, Россия

Цель: оценить роль коронароангиографии (КАГ) и вентрикулографии при верификации диагноза у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) и дифференциальной диагностике с ИБС. Выявить особенности КАГ при ГКМП.

Методы исследования: в связи с наличием приступов стенокардии и/или изменениями на ЭКГ 7 больным ГКМП была выполнена КАГ – 3 женщинам и 4 мужчинам в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст 57,9±3,7 лет).

Полученные результаты: жалобы пациентов распределились следующим образом: кардиалгии – у 4 больных, стенокардия напряжения – у 5, головокружения – у 4, одышка – у 3, сердцебиение и перебои в работе сердца – у 3. Диагноз ГКМП устанавливался пациентам не сразу – от 6 месяцев до несколько лет после появления первых симптомов. Ранее больные наблюдались у врачей с диагнозами: острый инфаркт миокарда – 2 человека, постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – 4 человека, ИБС, стенокардия напряжения – 1. Поводом для диагностики различных форм ИБС, как правило, являлись изменения на ЭКГ в сочетании с болевым синдромом в грудной клетке. На ЭКГ у больных были обнаружены следующие изменения: патологические зубцы Q и QS (3 человека), глубокие отрицательные зубцы Т (2 человека), блокада правой ножки пучка Гиса (1 человек), депрессия сегмента ST (2 человека). Из 4 больных, выполнивших тест с физической нагрузкой на велоэргометре, в 2 случаях наблюдался приступ давящих болей за грудиной без динамики сегмента ST, в 2 случаях боль сопровождалась депрессией сегмента ST до 1,5-2 см. По данным КАГ атеросклеротическое поражение коронарных артерий выявлено только у 1 больного, где наблюдался порок развития правой коронарной артерии в виде ее гипоплазии и стенозирующего атеросклероза в средней трети. У данного пациента выявлено сочетание ГКМП с ИБС: ПИКС, что подтверждалось наличием на эхокардиографическом (ЭхоКГ) исследовании зон гипокинезии в нижней стенке ЛЖ. У 4 больных при КАГ выявлены ангиографические признаки обеднения дистального русла, замедление антеградного кровотока TIMI II, пристеночное баллотирование контрастного вещества. Данные изменения согласуются с характерным для ГКМП поражением мелких коронарных артерий с сужением их просвета вследствие гипертрофии гладкомышечных клеток сосудистой стенки, а также их частичной окклюзией в диастолу из-за повышения конечно-диастолического давления в ЛЖ. Вентрикулография ЛЖ была выполнена 3 больным. В 2 случаях показатели объемов и систолической функции ЛЖ практически совпали с данными ЭхоКГ. У 1 пациента с неоптимальной визуализацией на ЭхоКГ и подозрением на апикальную аневризму ЛЖ данные вентрикулографии позволили обнаружить особенности полости ЛЖ с сужением и заострением в области верхушки, что явилось критерием постановки диагноза – апикальная форма ГКМП.

Выводы: КАГ позволяет проводить дифференциальную диагностику ИБС и ГКМП, выявлять случаи сочетания этих заболеваний. С помощью вентрикулографии возможна верификация диагноза апикальной ГКМП. У больных ГКМП при КАГ наблюдаются изменения дистального кровотока.

386 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПОДВЕРГШИХСЯ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОГРАФИИ

Крюков Н.Н., Байбурсян Е.Д., Киселева Г.И., Саетова З.Г.
ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Развитие атеросклероза коронарных сосудов у больных гипертонической болезнью (ГБ) свидетельствует о прогрессировании процесса и увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Изучить показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов ГБ в зависимости от изменений коронарных сосудов для оценки риска неблагополучных исходов.

Материалы и методы. В исследовании включены 34 пациента с ГБ II степени в возрасте от 40 до 60 лет. ВСР изучался по данным суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру на системе "Кардиотехника" (ИНКАРТ, Санкт-Петербург).

Всем больным по клиническим показателям проведена коронарография, по данным которой выделены две группы больных. В первую группу вошли 13 человек без поражения коронарных сосудов, во вторую – 21 пациент с атеросклерозом коронарных артерий.

Полученные данные. Показатель общей ВСР – SDNN снижен во II группе по сравнению с первой на 53,7% (p<0,05) и составил соответственно 252,8 мс и 117,2 мс. Значения этого показателя <100 мс в первой группе не выявлено, а во второй отмечено у 33% пациентов. Показатели парасимпатического звена регуляции rMSSD и pNN50 у больных второй группы снижены по сравнению с первой и составили соответственно 76,9-66,2 мс и 93,3-79,2 мс. Показатель rMSSD<36 мс, прогностически неблагоприятный отмечен у 23% больных первой группы и у 28,5% второй. Коэффициент вегетативного баланса LF/HF повышен и составил для первой и второй групп 3,9 и 4,5 соответственно.

Выводы. У пациентов ГБ снижена ВСР. При наличии коронарного атеросклероза у этих больных выявляются более значимые нарушения вегетативного баланса. Снижение среднеквадратического отклонения (SDNN) и повышение коэффициента вагосимпатического взаимодействия (LF/HF) свидетельствуют о преобладании симпатических влияний. Это может стать причиной электрической нестабильности миокарда и повышения риска развития внезапной коронарной смерти. Снижение ВСР может служить показанием к проведению коронарографии у больных ГБ для своевременной медикаментозной коррекции выявленных изменений.

387 ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЕ ПЕПТИДЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Крюков Н.Н., Губарева И.В., Карнаух Н.Г.
ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Цель. Определить плазменный уровень натрийуретических пептидов (BNP и NT- proBNP) и оценить их взаимосвязи с показателями суточного мониторирования артериального давления у больных АГ и ХСН.

Материалы и методы. В исследование были включены 320 пациентов мужского пола в возрасте от 30 до 60 лет. Выделены группы: 1 группа – пациенты АГ без ХСН (n=80); 2 группа – пациенты АГ с ХСН (n=86); 3 группа – пациенты ХСН без АГ (n=74); 4 группа – контрольная – практически здоровые мужчины с нормальным АД, без ХСН (n=80). Мозговой натрийуретический пептид в плазме определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) при помощи наборов BNP на приборе AxSYM System фирмы "Abbott" (США). Содержание BNP в плазме выражали в пг/мл. NT-proBNP в плазме определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) при помощи наборов NT-proBNP "Biomedica" (Австрия). Содержание BNP в плазме выражали в фмоль/мл. Статистическую обработку данных проводили с использованием методов статистического пакета Statistica 6,0. Обследование всех пациентов, а также лиц контрольной группы включало проведение СМАД с помощью носимого монитора (МДП-НС-01, Россия; АВРМ "Meditech 04", Венгрия).

Полученные данные. Плазменный уровень BNP был статистически незначимо повышен во всех изучаемых группах в сравнении с рекомендуемой для диагностики ХСН нормой (100 пг/мл) и контролем. У пациентов 2 группы плазменный уровень BNP наибольший. Достоверных различий при сравнении 2 группы с 1 группой (p=0,1) и 3 группой (p=0,55) не выявлено. Однако, по уровню BNP в плазме крови выявлены статистически значимые различия между 1 и 3 группой (p=0,55). Плазменный уровень NT-proBNP был статистически незначимо (p>0,05) повышен в группах 2 и 3 в сравнении с рекомендуемой нормой (5 фмоль/мл), контролем и 1 группой. У пациентов 3 группы плазменный уровень NT-proBNP наибольший. Достоверных различий между 1 и 2, 2 и 3 группами не выявлено. У пациентов АГ без ХСН отмечалось чрезмерное снижение САД ("over-dipper"), и недостаточное снижение ДАД в ночное время ("non-dipper"). Среди пациентов АГ с ХСН – преобладали пациенты САД – "over-dipper", ДАД – "dipper". Установлена отрицательная значимая корреляционная связь BNP и NT-proBNP с индексом площади САД, нормированным индексом площади САД.

Выводы. Результаты нашей работы свидетельствуют о взаимосвязи между плазменным уровнем натрийуретических пептидов и значениями СМАД, отражающими гипертоническую нагрузку и имеющими высокую степень корреляции с поражением органов-мишеней при АГ. Определение BNP в плазме крови наряду с эхокардиографическим исследованием у пациентов с артериальной гипертонией может быть использовано в практической деятельности для ранней диагностики структурных органных изменений и профилактики хронической сердечной недостаточности.

388 КОРРЕКЦИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Крючкова И.В., Гонтмахер Ю.В., Крючков С.Г., Гонтмахер Д.В.

КубГМУ Минздравасоцразвития России, ГУЗ СПБ №7, Краснодар, Россия

В последние годы уделяется большое внимание изучению проблемы хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне метаболических нарушений, что связано с ростом заболеваемости и высоким уровнем смертности населения. Современные представления о значительной распространенности диастолической дисфункции миокарда левого желудочка (ЛЖ) и её роли в возникновении ХСН диктуют необходимость ранней диагностики этого явления и его своевременной коррекции

Цель исследования: оценка состояния диастолической функции ЛЖ у пациентов с клиническими проявлениями ХСН и сохраненной фракцией выброса и возможностей ее коррекции.

Материалы и методы: в исследование было включено 78 человек в возрасте от 31 до 66 лет с диастолической формой ХСН с метаболическими нарушениями. Пациенты контрольной группы в течение 12 месяцев получали стандартную терапию, в основной группе был добавлен таурин. Диастолическая функция ЛЖ оценивалась в импульсном режиме допплер – ЭхоКГ. Всем больным проводилось антропометрическое обследование, офисное измерение АД, определение липидного и углеводного статуса и инсулинорезистентности. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Т-критерия Уилкоксона.

Результаты. Положительная динамика критериев оценки клинического состояния пациентов и тяжести ХСН наблюдалась в обеих группах. В основной группе произошло достоверное уменьшение ФК ХСН (p<0,05). Подавляющее число пациентов имеет "ригидный" тип нарушения трансмитрального кровотока, у трети пациентов – "псевдонормальный" тип диастолической дисфункции, у 3 пациентов– "рестриктивный" тип диастолической дисфункции. На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечена положительная динамика состояния трансмитрального кровотока. В основной группе отмечено снижение количества пациентов с "псевдонормальным" типом вдвое. "Рестриктивный" тип диастолической дисфункции у всех пациентов трансформировался в "псевдонормальный" тип. У части больных, имевших "ригидный" тип трансмитрального кровотока, отмечено отсутствие нарушений диастолической функции ЛЖ. В основной группе отмечено достоверное изменение всех показателей (p<0,05), а в контрольной достоверности достигла положительная динамика только пиковой скорости раннего диастолического наполнения E: и времени изоволюметрического расслабления.

Выводы: у пациентов основной группы на фоне комбинированной терапии с применением таурина выявлено более значительное улучшение процессов релаксации миокарда левого желудочка, уменьшение функционального класса ХСН и повышение толерантности к физической нагрузке.

389 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА

Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А.

ГУ "Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского", Симферополь, Украина

Вегетативные расстройства являются одной из актуальных проблем современной медицины. Состояние вегетативной дисфункции требует особого внимания клиницистов, т. к. значительно ухудшает качество жизни пациентов. Современная вегетология выделяет три варианта вегетативного баланса: ваготония, симпатикотония, эйтония. Имеющиеся диагностические алгоритмы ограничиваются определением вегетативной дисфункции синусового узла (ВДСУ), как основного или сопутствующего диагноза, а медикаментозная терапия определяется принципом подбора лекарственных средств без учета особенностей регуляции вегетативной нервной системы и оценивается как малоэффективная.

Цель работы: изучить взаимосвязь показателей спектрального анализа вариабельности сердечного ритма и особенностей вегетативной регуляции синусового узла у больных с вегетативной дисфункцией синусового узла

Материалы и методы: было обследовано 85 больных с ВДСУ в возрасте от 16 до 37 лет (24,92±6,11). Подбор больных осуществлялся на основании клинико-электрокардиографических данных и анамнеза. Было предложено распределить больных на три группы с учетом показателей вариационной пульсометрии: 1группа-31 человек с ваготонией, 2 группа-37 человек с эйтонией, 3 группа-17 человек с симпатикотонией. Группы не отличались по возрасту и полу. У всех обследуемых были изучены показатели спектрального анализа вариабельности сердечного ритма: HF -мощность спектра

высоких частот, LF- мощность спектра низких частот, LF/HF-индекс вагосимпатического равновесия.

Результаты: мощность высокочастотной составляющей спектра волн (HF) отличалась преобладанием в группе ваготонии (58,03±2,25), занимала срединное положение в группе эйтонии (28,67±3,33), и низким значением в группе симпатикотонии (11,55±0,81). Различия между группами достоверные с вероятностью ошибки меньше 0,001. Мощность низкочастотной составляющей спектра волн (LF) не имела достоверных различий в группах ваготонии и эйтонии (55,86±1,85 и 49,19±3,59 соответственно), p>0,05. Ожидаемое увеличение этого показателя в группе симпатикотонии (по отношению к ваготонии и эйтонии) не получено, а наоборот LF в группе симпатикотонии была ниже, чем в группах ваготонии и эйтонии (32,68±1,21) (p<0,001). Результирующее соотношение двух основных составляющих спектра волн (LF/HF) было меньше единицы в группе ваготонии (0,91±0,04), преобладало в группе симпатикотонии (3,60±0,55), с закономерно срединным положением в группе эйтонии (2,15±0,17). Разница между группами эйтонии и симпатикотонии этого показателя составила 68% (p<0,05).

Выводы: полученные результаты доказывают правомочность разделения всех больных с вегетативной дисфункцией синусового узла на группы с учетом состояния вегетативного баланса, что необходимо учитывать для объективизации эффективности проводимой терапии.

390 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ПРИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Кудряшов Е.А., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Кудряшова Ю.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Эффективность некоторых классов лекарственных препаратов может различаться у мужчин и женщин при лечении ряда заболеваний.

Цель исследования – изучить гендерные особенности влияния комбинированной антигипертензивной терапии, основанной на ингибиторе АПФ (иАПФ) или блокаторе рецепторов ангиотензина II (БРА) на ремоделирование и диастолическую дисфункцию (ДД) миокарда у больных с СД 2 типа.

Материал и методы. Обследовано152 пациента, рандомизированных на 4 группы: 1 группа (n=38)–мужчины, 3 группа (n=40) –женщины, получавшие иАПФ спираприл 6 мг и индапамид-ретард 1,5 мг; 2 группа (n=36)-мужчины, 4 группа (n=38)-женщины, принимавшие БРА II кандесартан 16 мг и индапамид-ретард 1,5 мг. Через 3 месяца больным, не достигшим целевого АД назначался амлодипин 5-10 мг. Влияние различных вариантов антигипертензивной терапии на структурно-функциональное состояние сердца оценивалось с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) исходно и через 6 месяцев терапии.

Результаты. Через 6 месяцев комбинированной антигипертензивной терапии более выраженные структурные изменения произошли у пациенток группы 4, получавших БРА II, что проявлялось достоверным уменьшением толщины межжелудочковой перегородки (Тмжп) на 8,4% и толщины задней стенки левого желудочка (Тслж) на 8%, массы миокарда (ММ) на 11,5%, индекса массы миокарда (ИММ) на 10,9% и увеличением фракции выброса (ФВ) на 17,1% (p<0,05). Среди мужчин достоверные изменения показателей ЭхоКГ отмечены у пациентов группы 1, получавших комбинацию диуретика с ингибитором АПФ: Тмжп уменьшилась на 7,9%, ММ ЛЖ на 7,7%, ФВ увеличилась на 18% (p<0,05). У мужчин группы 2 достоверных изменений структурно-функционального состояния сердца не выявлено, а у женщин в группе 3 уменьшилась только ММ левого желудочка (-9,5%, p<0,05). Через 6 месяцев терапии достоверно изменилось соотношение пиков скорости раннего и позднего наполнения (Е/А) и время изоволюметрического расслабления (ВИР) только в группах 1 и 4. В этих же группах наблюдалось наибольшее число больных без признаков ДДЛЖ (18,4 и 26,3%, соответственно). По окончании исследования соотношение типов ДДЛЖ во всех группах не изменилось, но в 1 и 4 группах достоверно сократилось число больных с неблагоприятными (2 и 3) типами ДДЛЖ. У больных, получавших БРА II, нормализация ДД ЛЖ регистрировалась в 3 раза чаще у женщин (у 26,3%), чем у мужчин (у 8,3%). В группа 2 и 3 изменения Е/А и ВИР были недостоверны.

Выводы. Улучшение структурно-функционального состояния миокарда у больных СД 2 типа через 6 месяцев комбинированной антигипертензивной терапии отмечалось у мужчин, получавших иАПФ (спираприл), а у женщин – принимавших БРА II (кандесартан). В остальных группах – мужчин и женщин, получавших терапию БРА и иАПФ соответственно, показатели также имели положительную динамику, однако не достигшую статистической значимости.

391 ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИЛИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кузнецов В.А., Виноградова Т.О., Енина Т.Н., Колунин Г.В., Харац В.Е., Павлов А.В., Криночкин Д.В., Белоногов Д.В., Горбатенко Е.А., Ефимова Ю.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку влияния сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) на выживаемость пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и ишемической болезнью сердца (ИБС) при наличии умеренной и выраженной хронической сердечной недостаточности (ХСН) в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследование было включено 206 пациентов с ХСН II-IV функциональным классом по классификации NYHA и фракцией выброса левого желудочка ≤35%. Из них 107 пациентов с СРТ в сочетании с постоянной оптимальной медикаментозной терапией (ОМТ): у 48 человек была диагностирована ДКМП (42 мужчины, средний возраст 49,2±10,1 года) и у 59 – ИБС (55 мужчин, средний возраст 58,6±8,6 года). И 99 больных находились только на ОМТ – 12 пациентов с ДКМП (10 мужчин, средний возраст 49,6±6,7 года) и 87 с ИБС (74 мужчины, средний возраст 57,1±6,6 года). В последующем, пациенты с ДКМП и ИБС были разделены на подгруппы в зависимости от тактики проводимого лечения ХСН: СРТ+ОМТ или ОМТ.

Результаты. При статистическом анализе было выявлено, что больным с ДКМП достоверно чаще назначались: верошпирон (85% против 57%; p<0,001), диуретики (85% против 72%; p=0,047), варфарин (42% против 27%; p=0,036), пациентам с ИБС – дезагреганты (63% против 35%; p<0,001).

Выживаемость оценивали по методу Каплана-Мейера и в конце периода наблюдения общая выживаемость больных находившихся на СРТ+ОМТ составила 70%, у пациентов получавших ОМТ – 49% (p=0,004); в группе с ДКМП – в подгруппе СРТ+ОМТ выживаемость составила 74%, в подгруппе ОМТ – 78% (p=0,5); в группе с ИБС – в подгруппе СРТ+ОМТ – 68%, в подгруппе ОМТ – 44% (p=0,04).

Выводы. В реальной клинической практике при отдаленном наблюдении СРТ достоверно снижает общую смертность у больных с ХСН. Этот эффект был достигнут преимущественно у пациентов с ИБС, но не с ДКМП.

392 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ МОРФОЛОГИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИССИНХРОНИЗМА ПРИ ПОСТИНФАРКТНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кузьмин А.Г., Горбунов В.В., Кузьмина О.В., Горяинова Е.В.
ГОУ ВПО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Последствием крупноочагового инфаркта миокарда левого желудочка (ЛЖ) являются грубые структурные изменения сердца, которые формируются, как в раннем, так и позднем периодах. Наличие внутрижелудочковой механической диссинхронии независимо от ширины комплекса QRS и фракции выброса ЛЖ служит независимым предиктором ухудшения течения ХСН и высокой смертности.

Цель исследования – изучить корреляционные связи между морфологическими показателями левого желудочка и величинами его диссинхронизма при постинфарктной сердечной недостаточности.

Материалы и методы. В исследование включено 187 пациентов (161 мужчина и 26 женщин), средний возраст 55±8,4 лет, перенесших Q инфаркт миокарда ЛЖ с признаками ХСН III ФК по NYHA. Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась на аппарате VIVID-7 (GE) по стандартной методике. Рассчитывались масса миокарда ЛЖ, индекс массы миокарда ЛЖ, индекс конечного диастолического, систолического объемов и размеров ЛЖ, диастолической и систолический индекс сферичности ЛЖ. В зависимости от типа ремоделирования ЛЖ все пациенты разделены на 4 группы: с нормальной геометрией ЛЖ, эксцентрической гипертрофией и дилатацией ЛЖ, эксцентрической гипертрофией без дилатации ЛЖ, концентрической гипертрофией ЛЖ. Внутрижелудочковый механический диссинхронизм (задержка) (ВЖМЗ) оценивался в режиме тканевого допплера миокарда (ТДМ) по интервалу Q-Ts, стандартному отклонению интервала Q-Ts (SD Q-Ts) и в М – режиме ЭхоКГ (время от максимального систолического движения межжелудочковой перегородки до максимального движения задней стенки ЛЖ). Межжелудочковый диссинхронизм (задержка) ($МЖМЗ_{тдм}$) оценивался по разнице движения базальных сегментов правого и левого желудочков в ТДМ. Корреляционный анализ выполнен с использованием коэффициента Пирсона.

Результаты исследования. Корреляционный анализ морфологических показателей ЛЖ и величин, оценивающих его диссинхронизм, позволил выявить положительные связи средней силы в группе с эксцентрической гипертрофией и дилатацией ЛЖ между длительностью SD Q-Ts, значением $ВЖМЗ_{тдм}$ и индексами конечного диастолического объема и размера ЛЖ. У пациентов с эксцентрической гипертрофией без дилатации ЛЖ определена отрицательная сильная связь между показателем ВЖМЗ и систолическим индексом сферичности ЛЖ. При концентрической гипертрофии показатель ВЖМЗ отрицательно связан с индексом конечного систолического размера ЛЖ и положительно с массой миокарда ЛЖ, а интервал Q-Ts имеет отрицательную средней силы связь с индексом массы миокарда ЛЖ.

Таким образом, у пациентов с ХСН III ФК процессы позднего постинфарктного ремоделирования ЛЖ характеризуются увеличением его конечного диастолического размера и объёма, массы миокарда и ассоциируются с наличием внутрижелудочкового и межжелудочкового диссинхронизма.

393 ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Кузьмина Т.М., Пирогова Ю.Ю., Рогозина Л.А.
ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Самара, Россия

Цель работы: оценить морфофункциональные особенности левого желудочка у больных ИБС, перенёсших инфаркт миокарда, после баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий при наличии артериальной гипертензии или артериальной гипертензии в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 75 больных с гипертонической болезнью, перенёсших инфаркт миокарда, осложненным сердечной недостаточностью II ФК (NYHA). Все больные были подразделены на 2 группы: 1-я группа с метаболическим синдромом – 37 человек и 2-я группа без метаболического синдрома – 38 человек. В исследовании использованы методы эхокардиографии, контрастной левой вентрикулографии и электрокардиографии, селективной коронарографии. Всем пациентам были проведены баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий.

Геометрия левого желудочка, по данным эхокардиографии, у пациентов, перенёсших инфаркт миокарда, после хирургической реваскуляризации в группе с метаболическим синдромом (1) характеризовалсь более выраженной гипертрофией. По показателям толщины задней стенки левого желудочка в диастолу (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки в диастолу (МЖП) имела место достоверная разница в 12,22% (p,0,05) и в 11,9% (p<0,05) соответственно. Показатель массы миокарда левого желудочка на 18,66% (P<0,05) превалировал у пациентов 1-й группы, индекс гипертрофии левого желудочка (иГЛЖ) – на 11,36% (p<0,05). В то же время, по показателям, указывающим на степень выраженности дилатации левого желудочка, достоверных различий между группами наблюдения выявлено не было.

Систолическая дисфункция левого желудочка проявилась в большей степени у пациентов в 1-й группе метаболического синдрома. Так, достоверное снижение фракции выброса, определяемой по методу Тейнхольца, имело место только в 1-й группе больных – на 20,98%. При этом разница между группами составила 24,05% (p<0,001). При определении фракции выброса по методу Симпсона показатели обеих групп были ниже, чем в группе контроля (на 31,62% (p<0,001) и на 25,55% (p<0,001) соответственно) с возникновением достоверной разницы между группами. Диастолическая дисфункция левого желудочка также в большей степени проявилась у больных 1-й группы, что выразилось в большем снижении значения отношения скоростей трансмитрального потока в фазы диастолы быстрого наполнения и систолы предсердий (E/A). Данный показатель в обеих группах пациентов достоверно уменьшился по отношению к группе контроля на 39,16% (p<0,001).и 23,8% (p<0,001) с разницей в 18,22% (p<0,05).

Вывод: у пациентов с гипертонической болезнью, перенёсших инфаркт миокарда, с метаболическим синдромом после баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий наблюдаются более выраженные морфофункциональные изменения с преобладающими явлениями гипертрофии левого желудочка, что сопровождается более значимым нарушением его систолической и диастолической функций.

394 АКТИВНОСТЬ ОСЦИЛЛЯТОРОВ В РИТМЕ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ТИЛТ-ТЕСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Куклин С.Г., Протасов К.В., Боронова В.Б., Дзизинский А.А.
ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей МЗ и СР, Иркутск, Россия

Цель. Оценить активность отделов вегетативной нервной системы по колебательным компонентам сердечного ритма в нестационарном периоде тилт-теста у больных с артериальной гипертензией.

Методы. Тилт-тест проводился во время мониторирования артериального давления (СМАД) с синхронной непрерывной регистрацией последовательности интервалов RR

ЭКГ, в группе из 20 больных с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) без нарушений ритма (I-II стадии по ВНОК, 6 женщины, 14 мужчин, средний возраст 45±10 лет). Использовался аппарат CardioTens-01 (Meditech, Венгрия). Запись на твердотельную память с частотой дискретизации сигнала ЭКГ равной 200 Гц. Изучалась непрерывная последовательность кардиоинтервалов на отрезке 10 минут (5 минут до и 5 минут после перехода в пассивный ортостаз). Для анализа кардиоинтервалов методом непрерывного вейвлет-анализа использовался пакет программ на базе языка IDL (IDL 5.4, США). На кардиоинтервалограмме, с использованием вейвлета Морле, определяли количество осцилляторов, их положение во времени и локальную динамику частоты, амплитуды и фазы колебаний в диапазонах HF, LF, VLF (частота 0.15–0.4, 0.04–0.15 и 0.003–0.04 Гц соответственно).

Результаты. У пациентов с артериальной гипертензией в нестационарный период динамики частоты сердечных сокращений и в течение 5 минут после перехода в пассивный ортостаз выявляются тренды в динамике амплитуды и частоты осцилляций в диапазонах LF и VLF: а) в диапазоне LF, как правило, 1 или, чаще, 2 осциллятора, реагировали изменением частоты. Один с частотой близкой к 0,1 Гц, другой с частотой 0,07-0,04 Гц. Чаще всего их частота постепенно уменьшалась, но в некоторых случаях изменялась разнонаправлено на протяжении 2-20 периодов без отчетливой связи с ростом амплитуды б) в диапазоне VLF тренды частоты выявлялись у 1-2 осцилляторов из 3-5, выявляемых в этом диапазоне. Первый осциллятор с частотой близкой к 0,03 Гц, второй – 0,02-0,01 Гц. Тренд прослеживался на протяжении 2-5 периодов, чаще с тенденцией к уменьшению частоты. У некоторых пациентов осцилляторы меняли частоту разнонаправлено.

Заключение. При однотипной тенденции к увеличению ЧСС во время пассивной ортостатической пробы отмечается разнообразная реакция, как числа осцилляторов, так и их амплитудно-частотных характеристик. Количество осцилляторов (и, следовательно, регулирующих процессов), меняющих частоту и амплитуду в ответ на пассивный ортостаз, колебалось, от 1 до 4 в обследованной группе пациентов с АГ. Амплитуда их колебаний, как правило, временно растет, а частота уменьшается. Встречались разнонаправленные тенденции в изменениях частоты синхронно активных осцилляторов. Непрерывный вейвлет-анализ – адекватный инструмент для изучения нестационарных колебательных процессов в сердечном ритме.

395 КОНТРОЛИРУЕМАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ОБЛУЧЕНИЮ

Кукушкин С.К., Маношкина Е.М.

ФГУ "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность длительной контролируемой антигипертензивной терапии (АГТ) у лиц, подвергшихся радиационному облучению и страдающих артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: длительность АГТ составила 1 год. В основную группу (ОГ) включили 28 мужчин, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (МЛ), контрольную (КГ) составили 25 мужчин с АГ (МН) из случайной выборки населения г. Москвы, наблюдающихся в исследовании ПРОЛОГ по аналогичному с данной работой протоколу. Исходная клиническая характеристика больных ОГ и КГ: возраст 52,2±1,3 и 52,0±1,3 лет; длительность АГ 10,0±1,0 и 8,2±1,6 лет; САД 149,4±1,9 и 156,2±2,3 мм рт.ст. ($p<0,05$), ДАД 97,8±1,2 и 96,7±1,4 мм рт.ст., ЧСС 74.5±1,3 и 68,8±1,6 уд/мин ($p<0,05$). В качестве базового препарата пациенты ОГ и КГ получали ингибитор АПФ спираприл в дозе 6 мг/сут., при необходимости добавляли гипотиазид (12,5-25 мг/сут.), а затем атенолол (12,5-100 мг/сут.). Исследование предусматривало сбор анамнеза, клинический осмотр, измерение АД, ЧСС, регистрацию ЭКГ. Протокол исследования включал 8 визитов: скрининг, рандомизация, 2 неделя, 1, 3, 6, 9 и 12 месяцы.

Результаты: при годовой контролируемой АГТ у МЛ по сравнению с МН выявлено достоверно менее выраженное снижение САД, начиная с 1 мес. АГТ (-7,8±2,2 и -16,0±2,3 мм рт.ст.; $p<0,05$), составив к 12 мес. -17,3±3,1 и -26,8±2,9 мм рт.ст. ($p<0,05$). Динамика ДАД в ОГ и КГ была сопоставима, и к концу исследования составила -12.4±1,8 и -11,6±1,7 мм рт.ст. Уровень ЧСС в обеих группах достоверно не изменился. В результате годовой АГТ уровень АД и ЧСС в ОГ составил 132,6±2,8/ 84,9± 1,7 мм рт.ст. и 74.4±1.8 уд/мин, в КГ 124,4±1,8/ 84,5 ± 1,3 мм рт.ст. и 71,9±2,0 уд/мин. Через 12 мес. лечения в ОГ антигипертен-зивный эффект и целевое АД были достигнуты у 78,6% и 67,9% ликвидаторов, в КГ – у 88% и 80% пациентов. При этом к концу исследования в ОГ 21,4% пациентов находились на монотерапии спираприлом, 28,6% – принимали 2 препарата и 50% – 3 препарата. В КГ монотерапию получали 28%, 2 препарата – 56%, 3 и 4 препаратами лечились лишь 12% и 4% пациентов.

Заключение: мужчины, подвергшиеся радиационному облучению, нуждаются в более массивной АГТ для достижения антигипертензивного эффекта, однако даже при этом условии количество ликвидаторов, адекватно контролирующих уровень АД, остается более низким, чем среди мужчин неорганизованной популяции.

396 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Куличенко Л.Л., Краюшкин С.И., Ивахненко И.В., Колесникова И.Ю., Сущук Е.А.

ГОУ ВПО ВолгГМУ Минздравсоцразвития России, Волгоград, Россия

Цель исследования – изучить взаимосвязь между изменением показателей функциональной активности тромбоцитов и возникновением эпизодов безболевой ишемии миокарда (БИМ) у больных гипертонической болезнью

Материалы и методы: обследовано 58 больных (36 женщин и 22 мужчин в возрасте от 41 до 65 лет) с ГБ II стадии без клинических признаков ИБС. Проводилось бифункциональное холтеровское мониторирование ЭКГ и АД при помощи системы "Кардиотехника-4000 АД" ("Инкарт", Санкт-Петербург). Критерием БИМ считалось горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST не менее чем на 1 мм от изолинии через 80 и более миллисекунд от точки j продолжительностью более 1 минуты при отсутствии болевого синдрома. Во время исследования пациенты вели дневник, в котором отмечали изменения самочувствия, учитывающиеся в последствие при анализе мониторограмм. Наличие и характер гипертрофии левого желудочка определяли методом эхокардиографии на ультразвуковой системе "ALOKA SSD-5000". Спонтанная и АДФ (5 мкмоль)-индуцированная агрегация тромбоцитов определялись в образцах крови, взятых на следующий день после проведения ХМ, на лазерном анализаторе "Биола 230LA"(Россия) по методу З.А.Габбасова. Все больные ГБ II ст получали стандартную гипотензивную терапию, включающую ингибитор АПФ и тиазидоподобный диуретик.

Результаты. В ходе проведённого исследования у ГБ II стадии эпизоды БИМ встречались в 64,2% случаев. При этом среднесуточные, среднедневные и средненочные значения АД, а также индекс времени указанных показателей были достоверно выше у больных с наличием БИМ. У всех больных отмечалось увеличение функциональной активности тромбоцитов, при этом у пациентов с наличием эпизодов БИМ эти изменения были достоверно выше. Так величина спонтанной агрегации тромбоцитов у пациентов с БИМ отмечалась на уровне 4.12±0,22 отн. ед., у больных без эпизодов БИМ –

1,28±0,08 отн. ед. АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов соответственно 28,2±4,8 и 15,6 ±4,2 отн. ед. (p<0.05).

Таким образом, повышение функциональной активности тромбоцитов, высокий уровень систолического и диастолического АД, наличие ГЛЖ могут способствовать возникновению эпизодов БИМ у больных ГБ, а, следовательно, являются прогностически неблагоприятными факторами. В связи с этим определение показателей функциональной активности тромбоцитов, наряду с проведением холтеровского мониторирования ЭКГ больным ГБ II ст, является необходимым исследованием в амбулаторных условиях для выявление пациентов группы риска по развитию сердечно-сосудистых осложнений, а также определения показаний для назначения антиангинальной и антиагрегантной терапии.

397 К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ И АЛЕКСИТИМИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Курако М.М., Киричук В.Ф., Кодочигова А.И., Оленко Е.С., Титоренко Е.С., Кучеров М.Г., Протасов П.А.

ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Малыми аномалиями развития сердца считаются анатомические изменения архитектоники сердца и магистральных сосудов, не приводящие к грубым нарушениям функций сердечно-сосудистой системы. Многими авторами их минимальные проявления рассматриваются как вариант нормы, поскольку в этих случаях отсутствуют клиническая симптоматика и нарушения гемодинамики. Однако малые аномалии сердца умеренной степени выраженности могут с годами усугублять другие патологические состояния или приводить к разнообразным осложнениям (например, нарушениям сердечного ритма и проводимости).

Цель исследования – изучить и сравнить особенности построения копинг-поведения и уровня алекситимии у лиц молодого возраста с минимальной и умеренной степенями выраженности малых аномалий сердца.

Объекты и методы исследования: с помощью методики Э. Хайма, Торонтской алекситимической шкалы и общеклинических методов (по существующим стандартам) было обследовано 186 человек мужского пола в возрасте от 18 до 26 лет. Все наблюдаемые лица были поделены на 2 группы: I группа – 104 человека с минимальными проявлениями малых аномалий сердца, II группа – 84 человека с малыми аномалиями сердца умеренной степени выраженности. Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет прикладных программ “Statistika 6”.

Полученные результаты. При анализе построения копинг-стратегий (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) у обследуемых лиц с малыми аномалиями сердца различной степени выраженности было установлено, что у представителей I группы доминировал выбор адаптивных когниций, а выбор неадаптивных копинг-стилей был минимальным. Представители II группы, напротив, чаще выбирали неадаптивные копинг-реакции и реже – адаптивные копинг-формы (p<0,05).

При обследовании лиц с малыми аномалиями сердца по Торонтской алекситимической шкале было установлено, что усредненный показатель уровня алекситимии у лиц молодого возраста I группы составил 48 баллов (что соответствует неалекситимическому типу), а у представителей II группы – 69 баллов, что позволяет их отнести к группе риска развития алекситимии (p<0,05).

Выводы. У пациентов с менее выраженными проявлениями малых аномалий сердца уровень алекситимии был ниже, а механизмы формирования психофизиологической адаптации во всех копинг-сферах были более совершенны.

Вторичная профилактика у данной группы лиц должна проводиться персонифицированно, с учетом выявленных риска развития алекситимии и нарушений построения у них копинг-поведения.

398 УРОВНИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Кухарчик Г.А., Нестерова Н.Н.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Известно, что высокие уровни высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) и N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) связаны с развитием неблагоприятных исходов при остром коронарном синдроме (ОКС). Роль матриксных металлопротеиназ (MMP) и их тканевых ингибиторов (TIMP), как непосредственных участников процесса постинфарктного ремоделирования, изучена недостаточно.

Цель работы. Определить уровни маркеров воспаления и ремоделирования миокарда (hsCRP, NT-proBNP, MMP-1, MMP-9, TIMP-1) у пациентов с ОКС в зависимости от характера поражения миокарда, сроков и эффективности проводимой реваскуляризации.

Материалы и методы. В исследование были включены 154 пациента с диагнозом ОКС, из них 123 мужчины, 31 женщина. Средний возраст пациентов – 54,9 года (от 24 до 78 лет). ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST) был диагностирован в 76% случаев (117 пациентов), в 24% – ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST). В зависимости от сроков и методов реваскуляризации миокарда пациенты с ОКСпST были разделены на группы: 1 группа (70% случаев) – реваскуляризация в первые сутки заболевания (1А – эффективный системный тромболизис (СТЛ), 1В – неэффективный СТЛ с последующей спасительной ангиопластикой и стентированием (ЧКВ), 1С – экстренная ЧКВ), 2 группа – отсроченная ЧКВ. Все пациенты получали стандартную терапию. Уровни MMP-1, MMP-9 и TIMP-1 (набор реагентов фирмы “eBiosciense”), NT-proBNP и hsCRP (фирма “Roshe”) определялись на 4 сутки заболевания. Результаты измерений представлены в виде Me [интерквартильный размах].

Результаты. У пациентов с ОКСпST уровни hsCRP и NT-proBNP были выше, чем при ОКСбпST (12,08 [6,4; 34,5] мг/л и 667,9 [353,3; 1753] пг/мл против 6,8 [2,4; 19,1] мг/л и 322,5 [199,2; 1384,8] пг/мл соответственно) (p<0,05). Уровни MMP-1, MMP-9 и TIMP-1 в ранние сроки не различались, но TIMP-1 был выше референтных значений во всех случаях. Уровни MMP-1, MMP-9 зависели от сроков и эффективности реваскуляризации миокарда. Самые низкие наблюдались в 1А группе (5,68 [3,8; 8,5] пг/мл и 25,8 [22,1; 30,1] нг/мл соответственно), где реваскуляризация была эффективна и выполнена в срок до 2х часов; а самые высокие – в 1В группе (15,0 [9,8; 16,1] пг/мл и 28,02 [25,3;37,5] нг/мл соответственно), где ЧКВ выполнялось в более поздние сроки после неэффективного СТЛ (p<0,05). Уровень TIMP-1 в 1А группе был выше (965 [873,7;1027,8] нг/мл), чем в 1В и 1С.

Выводы. Уровни маркеров воспаления и ремоделирования миокарда у пациентов с ОКС зависят от объема поражения миокарда, сроков и эффективности реваскуляризации. В случае ранней и эффективной реваскуляризации миокарда у пациентов ОКСпST значения MMP-1, MMP-9 ниже, а TIMP-1 выше, чем при поздних сроках реваскуляризации.

399 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Кухарчик Г.А., Нестерова Н.Н.

СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время предпринято много попыток выявления прогностически значимых лабораторных маркеров развития ремоделирования миокарда у пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС). Высокие уровни высо-

кочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) и N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), сердечных тропонинов имеют предсказательную ценность в развитии неблагоприятных исходов (кардиальная смерть, повторный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность). Роль других лабораторных показателей изучена недостаточно.

Цель работы. Выявить прогностическую значимость маркеров повреждения миокарда (тропонин Т, КФК-МВ), воспаления (лейкоциты, hsCRP), ремоделирования (NT-proBNP, MMP-1, MMP-9, TIMP-1) у пациентов с ОКС в отношении развития ремоделирования миокарда.

Материалы и методы. В исследование были включены 55 пациентов с диагнозом ОКС, из них 44 мужчин, 11 женщин. Средний возраст пациентов – 52,6 лет (от 34 до 63 лет). ОКС с подъемом сегмента ST был диагностирован в 69,1% случаев, в 30,9% – ОКС без подъема сегмента ST. Все пациенты получали стандартную терапию. Реваскуляризация миокарда в первые сутки была выполнена в 63,6% случаев. Уровни лейкоцитов, КФК-МВ, глюкозы крови, тропонина Т определялись на 1 сутки заболевания, матриксные металлопротеиназы и их ингибиторы (ММР -1, ММР-9 и TIMP-1 – набор реагентов фирмы "eBiosciense"), NT-proBNP и hsCRP (набор реагентов фирмы "Roshe") на 3-4 сутки. Развитие постинфарктного ремоделирования миокарда определялось с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) с учетом таких показателей как индексы конечного диастолического размера, диастолического и систолического объемов левого желудочка, индексы размера левого предсердия, индекса сферичности, относительной толщины стенки левого желудочка, фракции выброса, диастолической функции миокарда. ЭхоКГ выполнялась всем пациентам на 10-14 сутки и через 3 месяца после развития заболевания. Проводилась статистическая обработка результатов с использованием пакета программ Statistica 7.0 с проведением дискриминантного анализа.

Полученные результаты. С учетом полученных лабораторных и инструментальных данных построена модель для оценки прогностической значимости исследуемых лабораторных показателей в отношении раннего и позднего ремоделирования миокарда у пациентов, перенесших ОКС. При проведении пошагового включения лабораторных показателей в прогностическую модель наиболее высокая значимость в отношении раннего ремоделирования получена для уровней ММР-9, NT-proBNP и глюкозы крови (Wilks' Lambda =0,45; $p<0,01$). В отношении развития позднего ремоделирования миокарда (через 3 месяца) выявлена значимость уровней ММР-9 и hsCRP (Wilks' Lambda =0,41; $p<0,05$).

Выводы. Уровни ММР-9, NT-proBNP и hsCRP являются прогностически значимыми в отношении развития ремоделирования миокарда у пациентов, перенесших ОКС.

400 САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ: АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМИОДАРОНА

Кучеренко О.Д., Кучеренко Д.О.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина; Академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить влияние амиодарона на течение мерцательной аритмии (МА) и оценить эффективность терапии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом II-го типа (СД II).

Материалы и методы исследования. Нами изучена эффективность амиодарона у 34-х больных ИБС, страдающих пароксизмальной или персистирующей формой мерцательной аритмии II-IIIФК по NYHA. Среди обследованных было 19 мужчин и 15 женщин в возрасте от 54 до 69 лет. 18 больных страдали компенсированным СД II-го типа, легкой и средней степени тяжести. 19 больных (55,9%) ранее перенесли инфаркт миокарда в сроки от 6 месяцев до 2-х лет. Среди них 11 пациентов (32,4%) страдали СД. Обследованные пациенты страдали стенокардией напряжения II-IIIФК. Возраст больных составил от 43 до 59 лет. 1-ю группу составили 16-ть больных ИБС и МА, 2-ю – 18-ть больных ИБС, страдающих СД II-го типа и МА. До назначения амиодарона регистрировалась ЭКГ, собирался анамнез, проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ. При проведении кардиоверсии амиодарон вводили внутривенно струйно в суточной дозе до 1200 мг с последующим переходом на пероральный прием препарата. Повторное исследование проводили спустя три недели после приёма амиодарона.

Результаты исследования. Кардиоверсия амиодароном была успешной у 13 больных (81,3%) 1-ой группы, и у 11 больных (61,1%) 2-ой группы. На фоне лечения амиодароном наблюдалось снижение частоты и интенсивности приступов стенокардии. В процессе лечения амиодароном наблюдалось значимое урежение ЧСС; АДс и АДд достоверно не изменилось. С целью профилактики рецидивов фибрилляции предсердий больные продолжили приём амиодарона в дозе 200-400 мг в сутки на протяжении полугода. Полное прекращение пароксизмов МА или урежение до 2-3 в сутки наблюдалось у 11 больных (68,75%) 1-ой группы и у 8 больных (44,4%) 2-ой группы. Противоаритмическая активность амиодарона у больных ИБС с сопутствующим СД II-го типа была существенно ниже, чем в группе пациентов без СД. У 3-х больных (16,7%) возобновление пароксизмов было обусловлено развитием тиреотоксикоза на фоне лечения амиодароном. У 2-х больных (11,1%) наблюдался феномен ускользания аритмии из под контроля препарата на фоне урежения синусового ритма до 50 в одну минуту и более.

Заключение. Лечение амиодароном больных ИБС и СД II-го типа с пароксизмальной формой мерцательной аритмии вызывает восстановление синусового ритма у большинства пациентов. Назначение препарата способствует снижению частоты и интенсивности приступов стенокардии. Профилактический прием амиодарона обеспечивает полное прекращение пароксизмов мерцательной аритмии в течение полугода не менее чем у половины больных.

401 ОСОБЕННОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кучеренко О.Д., Брек В.В., Кучеренко Д.О.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Изучить влияние карведилола на течение желудочковой экстрасистолии у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 14 больных метаболическим синдромом с сопутствующей желудочковой экстрасистолией I-II градации по Lawn. Все обследованные были мужчинами в возрасте 48-59 лет. Карведилол назначали в дозе 25 мг два раза в сутки. В динамике 12-ти недельного лечения препаратом регистрировали ЭКГ, проводили ее суточное мониторирование на аппарате «Кардиотехника-4000». В плазме крови определяли уровень глюкозы крови, липидный профиль, эндотелин-1, ангиотензин-II и цГМФ с использованием коммерческих тест-систем.

Результаты исследования. Лечение карведилолом сопровождалось значимым антиаритмическим эффектом, о чем свидетельствовало снижение числа желудочковых экстрасистол с 856±9 до 324±11 ($p<0,05$) в течение суток. Уровень ангиотензин-II уменьшился с 23,4±1,3 пг/мл до 17,1±1,2 пг/мл ($p<0,05$); показатели гликемии существенно не изменились (7,29±0,12 ммоль/л – до лечения, 7,21±0,19 ммоль/л – после лечения, $p>0,05$); уровень эндотелина-1 уменьшился с 8,22±0,21 нг/мл до 6,81±0,22 нг/мл после лечения; уровень цГМФ возрос с 6,28±0,31 нмоль/л до 8,94±0,29 нмоль/л; препарат не оказывал существенного влияния на показатели липидного обмена.

Вывод. Лечение карведилолом сопровождается снижением числа желудочковых экстрасистол, снижением активности системы ренин-ангиотензин-альдостерон. Препарат не оказывал значимого влияния на показатели углеводного и липидного обмена, способствовал снижению эндотелина-1 и увеличения уровня цГМФ.

402 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫСОКОГО РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АСПИРИН-ЗАВИСИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кучерявая Н.Г., Бочкарева Е.В., Кокурина Е.В.
ФГУ «ГНИЦПМ» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Таблетированные формы ацетилсалициловой кислоты (АСК) оказывают местно-раздражающее действие при непосредственном контакте со слизистой оболочкой гастродуоденальной зоны (ГДЗ), приводящее к развитию эрозивно-язвенных изменений. Современные кишечно-растворимые формы АСК не позволили полностью решить данную проблему.

Цель. Разработать способ выявления больных с высоким риском развития эрозивно-язвенных изменений при приеме АСК внутрь.

Материал и методы. Предложен тест на чувствительность к АСК (ТЧА), позволяющий определять наличие повышенной чувствительности слизистой оболочки рта к раздражающему действию АСК, и таким образом, выявлять лиц с непереносимостью любых форм АСК из-за потенциального риска развития эрозивно-язвенных изменений ГДЗ. Тест заключается в однократной аппликации на десну препарата Асколонг – полимерной пластинки, содержащей 12,5 мг АСК и последующей оценке состояния десны врачом через 30-90 минут после рассасывания пластинки. Появление в месте аппликации эрозии и/или ярко выраженной гиперемии с субъективными ощущениями жжения (положительный ТЧА) свидетельствует о наличии повышенной чувствительности слизистой оболочки рта к раздражающему действию АСК.

Обследовано 57 больных с наличием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), не принимавших АСК. У всех больных проведен ТЧА, положительный результат отмечен у 8 больных, отрицательный – у 49 больных. Далее в течение 1 месяца назначали кишечно-растворимый таблетированный препарат АСК в суточной дозе 100 мг. Эзофагогастродуоденоскопию проводили до и через 1 месяц приема АСК, динамику состояния слизистой ГДЗ оценивали по шкале Ланца, основанной на учете количества выявленных эрозивно-язвенных изменений.

Результаты. Через 1 месяц у 18 человек (31,6%) наблюдалось ухудшение состояния слизистой оболочки ГДЗ на 1-2 балла по шкале Ланца, в том числе, у всех 8 больных с положительным ТЧА, ложно-положительные результаты отсутствовали. Положительный ТЧА ассоциировался с высоким риском возникновения и/или усугубления уже имеющихся эрозивно-язвенных изменений ГДЗ на фоне приема таблетированных препаратов АСК ($\chi 2$ =8,10; p=0,004). Специфичность теста составила 100%, что позволяет рекомендовать его проведение всем больным перед началом регулярного применения АСК.

Выводы. У больных с положительным ТЧА имеется высокий риск возникновения аспирин-зависимых изменений слизистой оболочки ГДЗ уже на начальных этапах приема АСК внутрь, возможность ложно-положительных результатов является крайне низкой. ТЧА является простым и экономически доступным практическому здравоохранению способом повышения безопасности лечения пероральными препаратами АСК, способствующим снижению потенциального риска развития эрозивно-язвенных изменений ГДЗ и не требующим проведения дополнительного эндоскопического исследования.

403 СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ (IL-1B, TNF-A, IL-6) И РАСТВОРИМЫХ РЕЦЕПТОРОВ К НИМ (SRP55 TNF-A, SR IL-6) У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С СИНДРОМОМ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Терешков П.П.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить содержание цитокинов в сыворотке крови (IL-1β, TNF-α, IL-6) и растворимых рецепторов к ним (SRP55 TNF-A, SR IL-6) у больных подагрой с синдромом инсулинорезистентности

Методы исследования: обследованы 80 мужчин с подагрой, средний возраст составил 41,0±6,5 года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Методом твердофазного иммуноферментного анализа изучалась концентрация интерлейкина-1β (IL-1β), фактора некроза опухолей-α (TNF-α), интерлейкина-6 (IL-6) ("Вектор-Бест", Россия) и растворимых рецепторов SRp55 TNF-α, SR IL-6 ("Bender Medsystems", Австрия); инсулина ("Monobind", Германия). Рассчитывали индекс HOMA. При уровне инсулина натощак выше 12,5 мЕд/мл диагностировали гиперинсулинемию, при индексе HOMA выше 2,7 ед – инсулинорезистентность (ИР). Контрольная группа состояла из 29 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту.

Результаты. Среди обследованных мужчин с подагрой у 37 (46,2%) было нормальное содержание инсулина в сыворотке крови и показатели индекса HOMA (1-я группа), 43 (53,8%) больных имели синдром ИР (2-я группа). У больных подагрой с синдромом ИР отмечались более высокие показатели индекса массы тела 27,7±4,0 кг/м² по сравнению с больными без ИР (23,8±3,5 кг/м²), ($p<0,05$). У больных подагрой с ИР содержание мочевой кислоты сыворотки крови превышало показатели пациентов без ИР и здоровых лиц ($p<0,05$). Установлено, что у больных подагрой с синдромом ИР происходит существенное увеличение продукции ключевых провоспалительных цитокинов – IL-1β, IL-6, TNF-α и растворимых рецепторов SRp55 TNF-α. Выявлено, что у больных подагрой с ИР содержание TNF-α и IL-1β превышало показатели здоровых мужчин в 3,8 раза и 7,3 раза, соответственно и больных подагрой без признаков ИР в среднем в 1,3 раза ($p<0,05$). Содержание IL-6 у больных с ИР в 2,2 раза превысило контрольные значения ($p<0,05$), а у больных подагрой без ИР уровень этого цитокина не отличался от показателей здоровых мужчин. Уровень растворимых рецепторов SRp55 TNF-α нарастал у больных с ИР в 2 раза, а у больных без ИР в 1,9 раза по сравнению с контролем, соответственно ($p<0,05$). Уровень растворимых рецепторов SR IL-6, напротив был снижен в среднем в 1,5 раза по сравнению с контролем ($p<0,05$). Установлена прямая корреляционная взаимосвязь концентрации инсулина сыворотки крови с содержанием IL-6, TNF-α, SRp55 TNF-α (r=от 0,32 до 0,55, $p<0,05$) и обратная – с содержанием SR IL-6 (r=–0,31, $p<0,05$). Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь показателя индекса HOMA и содержанием IL-6, TNF-α, SRp55 TNF-α (r=от 0,32 до 0,48, $p<0,05$).

Выводы. У больных подагрой с синдромом ИР выявлено более существенное увеличение в сыворотке крови IL-1β, IL-6, TNF-α и растворимых рецепторов SRp55 TNF-α на фоне снижения концентрации SR IL-6. Выявленные изменения могут вносить существенный вклад в развитие сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

404 ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНСУЛИНА С МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Щербакова О.А.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель исследования: изучить взаимосвязь показателей углеводного обмена с параметрами кардиогемодинамики у больных подагрой.

Методы исследования. В настоящей работе проанализированы результаты обследования 114 мужчин с первичной подагрой с различными клиническими стадиями течения заболевания (интермиттирующее и хроническое). Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), по стандартной методике на аппарате Logic 400. На основании показателей, полученных при проведении ЭхоКГ, рассчитывали массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по формуле Devereux R.B., 1997. В исследование углеводного обмена входило определение содержания в сыворотке крови глюкозы натощак, уровня инсулина натощак иммуноферментным методом ("ELISA", Германия), рассчитывали индекс Caro F., ед – отношение глюкозы в плазме крови натощак к инсулину в плазме крови натощак. При уровне инсулина натощак выше 12,5 мЕд/мл диагностировали гиперинсулинемию (ГИ), при индексе Caro F. менее 0,33 – инсулинорезистентность (ИР). Контрольная группа состояла из 29 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту.

Полученные результаты. Среди обследованных мужчин с первичной подагрой у 80 больных была интермиттирующая стадия течения заболевания (1-я группа), 34 пациента имели хроническую стадию течения подагры (2-я группа). Средний возраст в 1-й группе составил 46,3±6,1 года, во 2-й – 49,0±5,6 лет. Выявлено, что у всех больных подагрой уровень мочевой кислоты сыворотки крови был повышен. При исследовании показателей углеводного обмена у всех больных подагрой, независимо от тяжести течения заболевания выявлена ГИ на фоне выраженной ИР, о чем свидетельствовало уменьшение индекса Caro F. менее чем в 1,8 и 2,1 раза у пациентов 1 и 2 групп по сравнению с группой контроля, соответственно ($p<0,05$). Анализируя величину ММЛЖ выявлено, что этот показатель увеличивался по мере тяжести заболевания, причём различия внутри исследуемых групп были статистически значимы ($p<0,05$). Максимальное увеличение ММЛЖ зарегистрировано у мужчин 2 группы ($p<0,05$). Установлено, что ММЛЖ положительно коррелировала с концентрацией инсулина плазмы крови ($r = 0,34$, $p<0,01$) и отрицательно – с индексом Caro ($r = –0,36$, $p<0,01$).

Выводы. Между нарастанием гиперинсулинемии и массой миокарда левого желудочка у больных первичной подагрой установлена патогенетическая взаимосвязь, которая может вносить определенный вклад в развитие сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

405 ВЛИЯНИЕ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кшнясева С.К., Тиньков А.Н., Константинова О.Д.
Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель исследования: оценить динамику показателей систолической и диастолической функции левого желудочка под влиянием гипобарической гипоксии у женщин с постменопаузальным метаболическим синдромом.

Методы исследования: 73 пациенткам с метаболическим синдромом (средний возраст 53,8±2,6 лет) проведен курс гипобарической гипокситерапии в барокамере "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). Допплерэхокардиография проводилась исходно и через 1 и 3 месяца после начала лечения.

Полученные результаты. При анализе исходных данных обращали на себя внимание несколько сниженные в отличие от возрастных норм значения таких гемодинамических показателей, как ударный объем, фракции выброса и процента укорочения передне-заднего размера миокарда левого желудочка в систолу. После курса гипобарической гипоксии, т. е. через месяц от начала лечения, у пациенток с постменопаузальным метаболическим синдромом достоверно уменьшились конечно-диастолический и конечно-систолический размеры на 4,4% и 6,9% соответственно (исходно 4,5±0,05 и 2,9±0,06 см), конечно-диастолический и конечно-систолический объемы левого желудочка уменьшились на 12,1% и 5,4% (исходно 98±2,6 и 32,8±1,6 мл) ($p<0,05$). В результате гипобарической гипокситерапии отмечен статистически значимый рост фракции выброса на 11,4% (исходно 64,7±3,3%) и процента укорочения передне-заднего размера миокарда левого желудочка в систолу на 17,4% (исходно 32,2±1,4%), увеличение ударного объема на 19,2% (с 58,2±2,6 до 69,4±2,3 мл) ($p<0,05$). При проведении допплерэхокардиографии сразу после завершения курса гипокситерапии была выявлена тенденция к нормализации параметров диастолической функции левого желудочка, но изменения были статистически недостоверны. Выраженный эффект воздействия гипобарической гипоксии проявился через 3 месяца от начала курса лечения в барокамере, что привело к достоверному улучшению параметров, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка: увеличению скорости трансмитрального кровотока в начале диастолы (с 0,89±0,11 до 1,14±0,12 м/с) и соотношения пиков раннего и позднего наполнения левого желудочка E/A (с 0,9±0,17 до 1,37±0,13), достоверному уменьшению времени изоволюмического расслабления (со 110±14 до 96±16 мс) и времени раннего диастолического наполнения (с 307±65 до 254±44 мс) ($p<0,05$). Курс гипобарической гипокситерапии привел к снижению гемодинамической нагрузки и улучшению систолической и диастолической функции левого желудочка сердца. Положительная динамика эхокардиографических показателей является результатом гипотензивного эффекта гипобаротерапии, улучшения расслабления миокарда за счет снижения его жесткости, что является следствием нормализации метаболических процессов под влиянием гипокситерапии.

406 НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT И ЕГО ПРОИЗВОДНЫХ ПРИ ВРЕМЕННОМ АНАЛИЗЕ КОРОТКИХ ЗАПИСЕЙ ЭКГ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Лазарева Е.В., Бурлака А.Н.
ФГУ "СарНИИК Минздравсоцразвития", Саратов, Россия

Целью работы явилось определение нормативных значений длительности и дисперсии интервала QT и его производных при автоматическом анализе коротких записей ЭКГ у практически здоровых людей.

Методы исследования. В исследование включены 96 практически здоровых лиц (ПЗЛ) в возрасте от 19 до 62 лет, средний возраст которых составил 37,4±10,7 лет. Из них мужчин было 65 человек (67,7%) и женщин – 31 (32,3%). Критериями включения в исследование служило отсутствие клинической картины сердечно-сосудистых заболеваний, отсутствие изменений со стороны внутренних органов при физикальном обследовании, измерении АД и планового электрокардиографического обследования, отрицательные результаты тредмил-теста. Всем обследованным в состоянии физического покоя в утренние часы (9-10 часов) проводилась запись II стандартного отведения ЭКГ в течение 5 мин., которое и было использовано для автоматического измерения интервалов QT, QTa, RTa и интервалов RR. Для регистрации был использован электрокардиопередатчик на базе карманного компьютера "МИКТО – ЭКП – 1204"

Результаты. По данным автоматического анализа пятиминутных записей ЭКГ выявлено наличие временной негомо-

генности реполяризации миокарда желудочков, обнаружена возрастно-половая зависимость ее выраженности. Более выраженные возрастные изменения длительности QT и QTc отмечены у женщин, чем у мужчин.

Между длительностью интервала QT и его дополнительными индексами (QTa, RTa) обнаружена достоверная ($p<0,001$) корреляционная связь. Это позволяет для оценки временной негомогенности процессов реполяризации миокарда использовать автоматическое измерение интервалов QTa и RTa, что обеспечивает более стабильное воспроизведение и помехоустойчивость измерений.

У практически здоровых людей пороговыми значениями временной физиологической негомогенности реполяризации миокарда желудочков для длительности и дисперсии интервала QT и его дополнительных индексов (QTa, RTa) можно считать: QT=410 мс, QTc=440 мс, DQTc=65 мс, QTa=325 мс, QTac=350 мс, DQTac=50 мс, RTa=300 мс, RTac=310 мс, DRTac=45 мс.

Выводы. В качестве показателей временной негомогенности реполяризации миокарда предлагается использовать измерение интервалов QTa и RTa при автоматическом анализе коротких записей ЭКГ, определены их нормативные значения.

407 ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДОПАМИНА С ПЕТЛЕВЫМИ ДИУРЕТИКАМИ В ПОЧКЕ КРЫС С МОДЕЛЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ландарь Л.Н., Кузьмин О.Б., Пугаева М.О.

ГОУ ВПО "Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", Оренбург, Россия

Допамин (допмин), аналог естественного нейромедиатора дофамина, используется совместно с петлевыми диуретиками для восстановления функции почек у больных ХСН с острым кардиоренальным синдромом. Однако особенности фармакодинамического взаимодействия этих препаратов в почках недостаточно изучены.

Цель исследования – оценить влияние допамина на ионорегулирующую функцию почек и его взаимодействие с фуросемидом в почках крыс с экспериментальной сердечной недостаточностью (ЭСН).

Работа выполнена на 22 белых беспородных крысах-самцах, у которых после первоначальной оценки действия допамина на почки моделировалась ЭСН и вновь изучалась реакция почек на допамин, фуросемид и комбинацию этих препаратов. Для моделирования ЭСН крысам в течение 10 дней вводили подкожно 0,1 мл 1% раствора адреномиметика фенилэфрина и одновременно 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 допамина (1 мг/кг, п/к) и фуросемида (1 мг/кг, в/м) на почки оценивалось на фоне 3% водной нагрузки с добавлением 0,6% хлорида натрия. Моча собиралась через каждые 1,5 часа в течение 4,5 часов. В качестве показателей ионорегулирующей функции почек использовались величина диуреза, выделение с мочой креатинина, натрия, калия и индекс натрий/калий мочи. Серия опытов включала 10 экспериментов с интактными крысами или животными с моделью ЭСН.

Функциональный сдвиг, возникавший в почках крыс с ЭСН при действии допамина, принципиально не отличался от реакции почек интактных животных на этот препарат. Как и в контрольных опытах, не было отмечено достоверных изменений в величине диуреза и экскреции с мочой креатинина, свидетельствующее об отсутствии достаточно выраженных изменений в объеме клубочковой фильтрации. Однако выделение почками натрия достоверно возросло в 2,16 раза, что в абсолютном значении примерно соответствовало приросту экскреции этого иона, отмеченного в экспериментах на интактных крысах. Количество теряемого с мочой калия при этом практически не изменилось, в то время как индекс натрий/калий мочи увеличился с 0,39±0,07 до 1,05±0,09 ($p<0,001$).

Под влиянием фуросемида у крыс с ЭСН развивалась характерная диуретическая реакция, которая сопровождалась значительным приростом натрийуреза, выделения креатинина и резким увеличением индекса натрий/калий мочи. Добавление допамина к фуросемиду существенно усиливало его диуретическое и натрийуретическое действие. Выделение почками натрия при совместном применении обоих препаратов возросло еще в 1, 46 раза по сравнению с величиной натрийуреза, наблюдавшейся при введении одного фуросемида. Величина индекса натрий/калий мочи при совместном применении допамина и фуросемида у крыс с ЭСН, также как и в опытах с одним допамином, выросла с 2,92±0,25 до 3,93±0,36 ($p < 0,05$).

Сделан вывод, что добавление допамина к фуросемиду значительно усиливает у крыс с ЭСН диуретический и натрийуретический эффекты петлевого диуретика, способствуя дополнительному приросту индекса натрий/калий мочи.

408 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Лапик И.А., Алексеев Д.В.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель работы – изучить сравнительную информативность различных эхокардиографических методов оценки сократимости левого желудочка (ЛЖ) у больных острым инфарктом миокарда ОИМ.

Задачи: 1. Оценить фракцию выброса (ФВ), индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС) и новый интегральный эхокардиографический показатель – структурно-функциональный индекс у больных ОИМ. 2. Сравнить указанные показатели в группах пациентов с благоприятным и неблагоприятным течением ОИМ.

Материалы и методы: дизайн исследования – когортное, проспективное. Критерий включение – госпитализация по поводу ОИМ. Критерий исключения – смерть в течение первых суток госпитализации. Обследовано 50 больных ОИМ – 39 (78%) мужчин и 11 (22%) женщин, средний возраст составил 59±11 лет. Передняя локализация инфаркта выявлена у 29 (58%) больных, нижняя у 16 (32%), у 5 (10%) пациентов диагностирован циркулярный инфаркт миокарда (ИМ). ОИМ с зубцом Q выявлен в 37 (74%) случаях, ОИМ без зубца Q – в 13 (26%) случаях. У половины (50%) больных ИМ был повторным. Всем пациентам на 2-3-и сутки госпитализации проводилась эхокардиография с оценкой основных показателей геометрии и систолической функции ЛЖ. ФВ рассчитывали в В-режиме по методу дисков – модифицированному алгоритму Simpson. ИНЛС оценивали по 16 сегментам как сумму баллов локальной сократимости каждого сегмента, деленную на общее число исследованных сегментов. Структурно-функциональный индекс рассчитывали как отношение конечно-диастолического размера ЛЖ к ФВ. В случае смертельного исхода или развития кардиогенного шока и отека легких за время госпитализации течение ОИМ считали неблагоприятным.

Результаты: течение заболевания было относительно благоприятным у 38 (76%) пациентов, у 12 (24%) отмечалось неблагоприятное течение ОИМ, в том числе 4 (8%) больных умерли. Группы не различались по возрасту и полу. В группе больных с благоприятным течением заболевания значения ФВ оказались больше (50±8%), а ИНЛС (1,2±0,2) и структурно-функциональный индекс (1,2±0,3) – меньше, чем у пациентов с неблагоприятным течение заболевания – 39±9%,

1,5±0,2 и 1,8±0,6, соответственно. Все различия были статистически значимыми, все p<0,001. При проведении корреляционного анализа выявлена статистически значимая умеренная корреляция всех изучаемых показателей с исходом заболевания.

Выводы: 1. Значения ФВ, ИНЛС и структурно-функционального индекса существенно различаются у больных с благоприятным и неблагоприятным течением ОИМ. 2. Изученные эхокардиографические методы оценки сократимости ЛЖ обладают сопоставимой информативностью и могут с равным успехом использоваться у больных ОИМ.

409 ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лаптева Г.Ф., Казьмина В.Ю., Степанова Т.И., Колмыкова Г.А.

ГОУ ВПО НГМУ, НГУЭУ “НИНХ”, Новосибирск, Россия

Психологические факторы риска, по сравнению с другими в патологии внутренних органов, наименее изучены. Известно, что, они ведут к дисгармонизации адаптационных механизмов (дисфункции управляющих структур мозга и нарушению процессов биохимических изменений в тканях), при многократном проявлении ранняя фаза “преходящей дисфункции” при закреплении патогенных механизмов переходит в позднюю морфологическую (стадию развёрнутой клиники, хронизации болезни). Профилактические мероприятия наиболее целесообразны в более ранней стадии, а не в стадии развёрнутой клиники, как с медицинской, так и финансово-экономической сторон. От момента “запуска” болезни до формирования морфологических сдвигов проходит промежуток времени от пяти-семи лет и более. Ясно, что в такие сроки возможно устранение многих потенциально модифицируемых факторов риска, к каким относятся группы психологических и социальных факторов.

Цель исследования: определение частоты и структуры различных эндогенных эмоциогенных факторов – негативных эмоций (НЭ) и экзогенных факторов – дисгармоничной музыки (ДМ) у пациентов с АГ.

Материалами служили данные, полученные у 74 пациентов (от 21 до 80 лет) с синдромом артериальной гипертензии (АГ), обследовавшихся с целью уточнения генеза АГ и исключения патологии почек (ПП). Применялись общепринятые клинические и математические диагностические программы (с алгоритмами распознавания патологии внутренних органов, разработанные совместно с сотрудниками Института математики СО РАН под руководством д.т.н. профессора Н.Г. Загоруйко).

Результаты. В основной группе (с АГ) по сравнению с контролем (без устойчивой АГ (АГ”-”) обнаружена более высокая частота проявления НЭ (раздражительности (Р), обидчивости (О), гневливости (Г), мстительности (М), злопамятства (З), состояния подавленности (П), “плаксивости” (ПЛ) и др.); и непереносимости ДМ; причём, более, чем у половины больных с АГ проявлялись П, ПЛ, Р (от 52,7% до 56,1%); а у пациентов с ПП чаще выявлялись М, З; не существенны были различия по проявлениям ревности и зависти. Непереносимость ДМ отмечена в 84,8% (с различными патологическими симптомами в 65,6%, из них наиболее часто проявлялась головная боль (27,2%) в группе АГ, и, лишь в 22,4% и 16,8%, соответственно, в группе АГ (“-”),

Выводы: 1. При АГ высока частота проявлений психологических факторов риска (НЭ, патогенных следствий воздействия ДМ).

2. Для успешности реабилитации неотложно необходимы медицинские и социальные мероприятия по ликвидации эмоциогенных (эндогенных и экзогенных) факторов риска и устранения их негативных следствий.

410 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Ларева Н.В., Говорин А.В., Лузина Е.В.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Целью нашего исследования явилась оценка ряда показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия артериальной гипертензии.

Материал и методы. В исследование включены 203 женщины, находившиеся в состоянии постменопаузы и имевших клинические и лабораторные (уровень ФСГ в крови более 30 МЕ/л при снижении уровня эстрадиола) признаки эстрогенового дефицита. Исследование спектральных показателей ВРС проводилось на 5-минутных записях ЭКГ, полученных при помощи аппарата “Кардиотехника 4000”. Всем женщинам проведено суточное мониторирование АД при помощи аппарата CardioTens-01 (Meditech, Венгрия). Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических статистических методов. Больные распределены на 2 группы: 1-я группа – пациентки с нормальным АД (115 человек), 2-я группа – женщины с артериальной гипертензией (88 человек). Контрольную группу составили 35 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Результаты. У всех включенных в исследование пациенток отмечалось снижение мощности спектра ВРС во всех частотных диапазонах. Установлено, что у пациенток 2-й группы снижение общей мощности спектра было более выраженным не только по сравнению с контрольной группой (в 1,8 раза, P<0,01), но и по сравнению с пациентками в состоянии естественной менопаузы (в 1,3 раза, P<0,01). В максимальной степени было выражено снижение мощности спектра в диапазоне HF: в 1-й группе в 4,5 раза по сравнению с контролем (P<0,01), а во 2-й группе в 5,9 раз по сравнению со здоровыми женщинами и в 1,6 раза по сравнению с пациентками-нормотониками (P<0,01). Это свидетельствует о выраженном угнетении вагусных влияний у всех пациенток в постменопаузе, особенно при формировании синдрома артериальной гипертензии. У женщин в постменопаузе показатель LF/HF был увеличен по сравнению с контрольной группой в 1,4 раза в группе 1 (P<0,01) и в 3 раза в группе 2 (P<0,01), причем межгрупповые различия также были статистически значимы (P<0,01). Особого внимания заслуживает повышение удельного вклада VLF-компонента в структуру спектра у пациенток 1-й и 2-й групп на 51% и 61%, соответственно (P<0,01). При этом пациентки, страдающие артериальной гипертензией, демонстрировали минимальные значения указанного показателя, статистически значимо отличающиеся от уровня его в 1-й группе (на 10%, P<0,01). Этот факт свидетельствует об увеличении церебральных эрготропных модуляций сердечного ритма и является отражением перехода вегетативной регуляции (по механизму обратной связи) на более низкий гуморально-метаболический уровень, который в меньшей степени способен обеспечивать адекватный гомеостазис.

Выводы: Таким образом, у всех обследованных пациенток, особенно имеющих артериальную гипертензию, снижение спектральных показателей ВРС происходило преимущественно за счет уменьшения периферических вагусных влияний и сопровождалось увеличением относительного вклада центральных нейрогуморальных влияний при одновременном смещении вегетативного баланса в сторону преобладания активности симпатического отдела ВНС.

411 СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ларина В.Н., Барт Б.Я.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель. Оценка частоты снижения функции почек и её клиническое значение у больных с ХСН в возрасте 60 лет и старше.

Материал и методы: под нашим наблюдением находилось 330 больных в возрасте от 39 до 85 лет с ХСН II-IV ФК по классификации NYHA вследствие ИБС и АГ. В зависимости от возраста больных было сформировано 2 группы. Первую группу составили 248 больных (65,7% М и 34,3% Ж) в возрасте от 60 до 85 лет [69 (65-74) лет]. Во вторую группу включили 82 больных (74,4% М и 25,6%Ж) в возрасте от 39 до 59 лет [56 (52-58) лет]. Клиническое состояние больных оценивали, используя "Шкалу оценки клинического состояния" (ШОКС), качество жизни – с помощью опросника "Жизнь больных с ХСН" Миннесотского Университета, толерантность к физической нагрузке – с помощью теста с 6-ти минутной ходьбой. О функциональном состоянии почек судили на основании определения концентрации креатинина, мочевины сыворотки крови, расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали согласно NKF K/DOQI, Guidelines 2002 при уровне СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м^2. На момент включения в исследование больные получали стандартную медикаментозную терапию в связи с ХСН.

Результаты: снижение СКФ в разной степени выявлялось у 155 из 248 (62,5%) больных с ХСН 60 лет и старше и у 38 из 82 (46,4%) – до 60 лет (p=0,015, χ^2=5,96). Концентрация креатинина (p=0,758) и мочевины (p=0,144) у больных двух групп не отличалась, однако у больных 60 лет и старше наблюдалось снижение СКФ до 55 (47-63,5) мл/мин (p<0,001), а у больных в возрасте до 60 лет этот показатель составил 62 (55-68) мл/мин (p<0,001). Слабая обратная корреляция была выявлена между наличием ХБП и возрастом больного (p=0,021, r=-0,14), ФК по NYHA (p=0,003, r=-0,19), уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови (p<0,001, r=-0,22), тяжестью клинического состояния по ШОКС (p=0,037, r=-0,13), частотой госпитализаций (p=0,006, r=-0,17) и качеством жизни больных (p=0,024, r=-0,17). Прямая корреляция была выявлена между наличием ХБП и пройденным расстоянием за 6 минут (p=0,021, r=0,15).

Заключение: с возрастом уменьшается СКФ, что свидетельствует о снижении почечной функции и увеличении количества больных с хронической болезнью почек в возрасте 60 лет и старше. Сниженная функция почек негативно влияет на течение сердечной недостаточности, физическую активность и качество жизни больных.

412 ХАРАКТЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСТИНФАРКТНОГО ГЕНЕЗА

Ларина Ю.В., Некрутенко Л.А., Туев А.В.

ГОУ ВПО "ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава", Пермь, Россия; Пермская краевая клиническая больница, Пермь, Россия

Цель: изучить взаимосвязь состояния стратегически важных органов-мишеней и основных звеньев системы гемостаза у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) постинфарктного генеза стабильного течения.

Материалы и методы: обследовано 60 человек в возрасте 60,56±8,14 лет, в том числе 39 мужчин (66,7%) с ХСН II (n=24) и III (n=36) функциональных классов (ФК). Давность ХСН – 5,3±4,88 лет. Количество перенесенных инфарктов миокарда – 1,70±0,90. Средняя фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) 48,23±2,31%. Состояние сосудистой стенки оценено по толщине комплекса интима-медиа (ТИМ ОСА) в дистальном участке общих сонных артерий методом ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС). Состояние почки маркировал уровень микроальбуминурии (МАУ). Показатели системы гемостаза оценивались с помощью коагулометра ACL-7000 и функциональными методами.

Результаты: данные эхокардиографического исследования сердца (ЭхоКГ) представлены увеличением объемных показателей левого жедудочка (конечный систолический объем 83,79±6,61см^3, p<0,0001), гипертрофией его задней стенки и межжелудочковой перегородки (МЖП), а также увеличением массы миокарда до 169,48±8,69 г/м^2, p<0,0001, снижением показателей ФВЛЖ (48,23±2,31%, p<0,0001) и ударного объема (67,87±3,25%, p<0,0001). Среднее значение ТИМ ОСА составило 1,1±0,03 мм. Уровень МАУ повышен до 123,25±13,9 мг/л (p<0,001). Гемостаз отражает лабораторную тромбофилию: ристомицин-кофакторная активность фактора Виллебранда (FW) составила 110,75±23,42%, растворимые комплексы фибрин-мономеров (РКМФ) повышены до 8,08±2,77мг/дл, p<0,0001, активность антитромбина III снижена до 82,48±6,77%, p<0,0001, резерв плазминогена уменьшен до 86,03±8,36% p<0,0001, а время Хагеман-зависимого фибринолиза (ХЗФ) удлинено до 15,96±5,14 мин., p<0,0001. Выявлена прямая связь величины ТИМ ОСА с толщиной МЖП (R=0,28, p=0,03) и размером правого желудочка (R=0,38, p=0,003), а также с диаметром корня аорты (R=0,29, p=0,025). Найдена тенденция (p=0,1) к увеличению толщины ТИМ ОСА при снижении уровня плазминогена. Выявлена достоверная связь между объемными показателями ЭхоКГ и количеством фибриногена, а также РКМФ. ФВЛЖ коррелировала с уровнем РКМФ (r=-0,3, p=0,02). Значение ТИМ ОСА и FW с нарастанием ФК ХСН изменилось не достоверно. При переходе из II в III ФК нарастала тромбинемия с увеличением содержания РКМФ с 6,79±2,41 до 8,44±2,69 мг/дл (p=0,02) и удлинялось время ХЗФ с 14,13±4,38 до 17,17±5,30 мин. (p=0,03).

Выводы: ХСН постинфарктного генеза характеризуется параллельным развитием структурно-функционального ремоделирования таких стратегически важных органов-мишеней: почки, сосудистое русло, система микроциркуляции и гемостаза. Выявлено наличие корреляций между структурно-функциональными параметрами миокарда и показателями гемостаза, отражающие синхронность процессов формирования дисфункции сердца и свертывающей системы крови.

413 СОДЕРЖАНИЕ НАТРИЯ В ПЛАЗМЕ У ДОНОРОВ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ларионов Б.В., Климовицкая Л.М., Гильмутдинов Р.Я., Литвинова Н.Ш.

Центр медицинской косметологии и здоровья, Казань, Россия; Казанская медицинская академия последипломного обучения, кафедра гигиены, Казань, Россия

Курение и алкоголизм стоят на 4-7 местах среди причин смертности, избыточное потребление соли – на первом, очень много сил вкладывается в борьбу с курением и алкоголизмом, на борьбу с излишним потреблением соли не вкладывается пока ничего. Работа была задумана, проведена и написана Б.В. Ларионовым; Л.М. Климовицкой и Б.В. Ларионовым разработан метод определения натрия в плазме крови с помощью натрийселективного электрода на иономере ЭВ-74; врач станции переливания крови при Казанском институте микробиологии Н.Ш. Литвинова представила возможность побеседовать с донорами, и выдала необходимое количество их плазмы (по 1 мл) для анализа; Р.Я. Гильмутдинов, тогда студент 3 курса Казанского медицинского института участвовал в анкетировании доноров. У 67 здоровых* доноров измеряли АД дважды на правой руке в положении сидя ртутным манометром Рива-Роччи (134 измерения АД), опрашивали по анкете Б.В.Ларионова о потреблении соленого в ближайшие 3 дня, измеряли содержание натрия в плазме. По классификации ВОЗ по АД разбили доноров на 3 группы: первая группа 27 человек с АД до 139/79 мм рт. ст. без гипотоников; вторая группа 22 человека с пограничной гипертонией (ПГ) АД от 140/80 до 159/94, из этой группы были исключены доноры, которые в ближайшие 3 дня признались, что они ели солености; третья группа 18 человек с гипертонической болезнью (ГБ) АД от 160/95 до 179/104. Сделано всего 67 анализов плазмы крови.

У доноров с ПГ содержание натрия в плазме 140.9±1.4 ммоль/л или 3.24±0.12 г/л, достоверно отличается от содержания натрия у здоровых – 116.14±3.4 ммоль/л или 2.67±0.08 г/л. Концентрация натрия в плазме у доноров с ГБ – 160.08±1.7 ммоль/л или 3.68±0.04 г/л также высокодостоверно отличается от здоровых и является гипернатриемией.. У здоровых доноров с нормальным АД в среднем 116.8±0.79/75.65±0.99 мм рт. ст., содержание натрия в плазме 116.14±3.4 ммоль/л или 2.67±0.08 г/л в нашем пересчете, такое содержание натрия в плазме является биогеохимической и биохимической константой – физиологической нормой, а не гипонатриемией, как это пока принято в литературе.

*Исследовано 67 здоровых доноров, но они были здоровы по другим заболеваниям, у 22 человек была – ПГ, а 18 – ГБ.

Предыдущие нормативы для гипонатриемии были установлены без учёта АД и потребления соли. Гипернатриемия принята с концентрации 150 ммоль/л и выше. Таким образом, у всех доноров с ЭГ по нашим данным гипернатриемия – 160.08±1.7 ммоль/л, а они на станции переливания крови считались практически здоровыми.

414 СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ЭГБ) У РОЖЕНИЦ И БЕРЕМЕННЫХ

Ларионов Б.В., Козлов Л.А., Климовицкая Л.М., Гильмутдинов Р.Я.

Казанский государственный медицинский институт им. С.В. Курашова, Казань, Россия; Казанская медицинская академия последипломного обучения, Казань, Россия

Для предупреждения развития наиболее ранних стадий артериальной гипертензии, до и после перевода на малосолевую диету у беременных и рожениц, измеряют артериальное давление, и содержание натрия в моче, что достигается тем, что при снижении АД до 102/67.5 и содержания натрия в моче 1.7 – 2 г/л считают; что беременная придерживается малосолевого образа жизни и не нуждается в дальнейшем снижении потребления поваренной соли; при АД 110 – 113,5/74,4 – 77 и выше и содержании натрия в моче 4,3 г/л и выше считают, что беременная не придерживается малосолевого образа жизни и нуждается в уменьшении потребления поваренной соли с пищей.

Лицам с высоконормальным АД – 120/80 и выше, определяют потенциометрически содержание натрия в моче, и при концентрации выше 4.3 г/л, или 187.05 ммоль/л, назначают малосолевую диету с последующим контролем АД и содержанием натрия в моче, а нормальным считается 1.7 – 2 г/л или 74,0 – 87.0 ммоль/л.

Беременные и родильницы, у которых за 5 – 7 дней пребывания на малосолевой диете АД снижается в среднем на 10 мм рт. ст., считаются натрийзависимыми; а те, у которых АД остается на прежнем уровне или повышается, признаются натрийрезистентными, или употребляющими избыточное количество натрия.

Обследовано 212 беременных в роддомах Казани, на каждую заполняли анкету Б.В.Ларионова, измеряли АД на правой руке в положении сидя ртутным манометром Рива-Роччи. У 37 человек, т. е. 16.7% обследованных была гипертоническая болезнь. У каждой обследуемой брали пробы мочи, АД измеряли в динамике: первое измерение – из истории родов при поступлении, которое проводилось в приемном покое; второе – через 2 – 3 дня после поступления и перехода на малосолевую диету; третье – через 5 – 6 дней нахождения женщины в роддоме, в условиях малосолевой диеты.

Методика определения натрия в моче разработана Л.М. Климовицкой и Б.В.Ларионовым. АД по историям родов при поступлении в роддом – 121±0,87/79±0,79 мм рт.ст. у 212 человек, а среднее артериальное давление – 100,0±0,086 мм рт.ст. После поступления и перевода на малосолевую диету роддома, АД – 112±0,44/74,8±0,35, среднее артериальное давление 93,46±0,04. АД измерялось у 210 человек 2 раза, т. е. проведено 420 измерений. Разности между всеми показателями очень высоко достоверны (P<0.1%). Все эти женщины не получали гипотензивной терапии. Через 5 – 6 дней после нахождения женщины в роддоме в условиях малосолевой диеты АД снизилось еще больше – 109,7±0,54/67,3±0,55, а среднее артериальное давление – 88,52±0,17 мм рт.ст., обследовано 110 человек, т. е. сделано 220 измерений. Достоверность различий – очень высокая (P<0,1%). Получены приоритетная справка ВНИИГПЭ № 4361468/14 и разрешение на публикацию, тогда же в Минздрав РСФСР направлен проект методических рекомендаций. Наш способ профилактики ЭГБ применим не только у беременных, но и для любых других групп населения.

415 НЕИНВАЗИВНОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЕ КАРТИРОВАНИЕ СЕРДЦА И ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЙ

Лебедев Д.С., Трешкур Т.В., Чмелевский М.П., Зубарев С.В., Шляхто Е.В.

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

В настоящее время анализ ЭКГ, зарегистрированных в 12 стандартных отведениях является основным методом диагностики и изучения аритмий. Однако электрокардиограммы, зарегистрированные с поверхности тела, не позволяют выявить электрофизиологические процессы в определенных участках миокарда, что в большинстве случаев является необходимым условием для топической диагностики желудочковых эктопий. Неинвазивное поверхностное вычислительное картирование сердца (ПВК) – принципиально новый метод в электрофизиологии, основанный на вычислительной реконструкции электрограмм на поверхности миокарда по данным многоканальной регистрации ЭКГ с поверхности тела и мультиспиральной компьютерной томографии сердца (МСКТ) с контрастированием.

Цель. Определить локализацию очага желудочковой тахиаритмии (ЖТА) и изучить характер распространения возбуждения, используя ПВК.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с ЖТА, средний возраст которых 39±15 лет. Мужчины/женщины – 19/11. ЖТА были представлены мономорфными желудочковыми эктопическими комплексами (ЖЭК) у 19-ти и неустойчивой желудочковой тахикардией (ЖТ) у 11 пациентов. У всех больных были определены показания к радиочастотной катетерной аблации (РЧА). Для топической предоперационной диагностики выполнялось ПВК с использованием комплекса "Амикард" (Москва). 15 пациентам выполнена РЧА тахиаритмии: в 10 случаях использовано электроанатомическое картирование CARTO (Biosense-Webster, J&J, США) и в 5 – с применением программного модуля CARTO-Merge и данных МСКТ, выполненной при ПВК. Контрольную группу составили 15 случайно отобранных пациентов, соответствующих по полу и возрасту, которым выполнялась РЧА ЖТА.

Результаты. При построении различных изоинтегральных карт на моделях сердца с последующим динамическим анализом электрической эпикардиальной и эндокардиальной активности в течение сердечного цикла определена зона ранней активации в желудочках и визуализирован характер распространения волны возбуждения. Определено истинное количество аритмогенных очагов, а также их эпи- или эндокардиальное расположение. Полученные результаты показали, что при сопоставлении ПВК с данными интраоперационного картирования выявлено совпадение зон ранней активации. Использование ПВК позволило сократить время операции РЧА ЖТА до 58±15 мин (контрольная группа 82±23 мин), p<0,05.

Выводы. Проведение ПВК позволяет проводить детальную предоперационную топическую и электрофизиологическую диагностику ЖТА, а также сократить время интраоперационного картирования и длительность операции. Точность исследования значительно повышается при хорошем качестве записи ЭКГ сигнала и МСКТ сканирования.

416 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ХОДЕ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Лебедь В.Г., Королева Е.Б.

МЛПУ Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить соотношение спектральных показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) на начальном этапе стресс-теста с физической нагрузкой в зависимости от степени атеросклеротического поражения коронарного русла.

Материалы и методы: Проведено обследование 121 пациента со стабильной стенокардией. На основании данных селективной коронароангиографии (СКГ) и ишемических изменений во время стресс-Эхо-КГ на велоэргометре были сформированы три группы: 1-ая группа – 69 человек с обструкционным коронарным индексом (ОКИ) равным или меньше, чем 6; 2-ая группа – 29 человек с ОКИ больше 6; 3 – я – 23 человека с Х – синдромом. Возраст больных от 45 до 62 лет. Нагрузочная стресс-ЭхоКГ с мониторно-компьютерным анализом ЭКГ проводилась на велоэргометре Siemens-Elema (Германия) в положении лежа с использованием программного модуля "Stress-12-Cardio" автоматизированной системы для регистрации и интерпретации ЭКГ в системе 12-ти общепринятых отведений "ArMa Soft-Cardio", (производитель ЗАО "Диамант", г.Санкт-Петербург). При каждой регистрации стресс-теста оценивались спектральные показатели ВРС: мощность высокочастотных волн HF ($мс^2$) и мощность высокочастотных волн в нормализованных единицах HFn; мощность низкочастотных волн LF ($мс^2$) и нормализованная мощность LFn; отношение мощностей LF/HF. Все показатели ВРС измерялись в течение 2 м 30 секунд в начале нагрузки, при нагрузке 25 Вт (1), сразу перед пиком максимальной нагрузки (2) и во время восстановительного периода (3), начиная с 30 секунды.

Результаты: в начале нагрузочной пробы во 2 группе были самые низкие показатели нормализованной мощности низкочастотных волн – LFn=42,9 против 65,3 и 79,2 в 1 и 3 группах соответственно (p1,2=0,03; p2,3=0,00003; p1,3=0,007), и самые высокие показатели мощности высокочастотных волн в нормализованных единицах – HFn=57,1 в сравнении с 34,7 и 20,8 в 1 и 3 группах (p1,2=0,03; p2,3=0,00003; p1,3=0,007). Симпатовагальный индекс был больше в группе с синдромом-Х -3,8 в сравнении с 1,9 и 0,8 в 1-й и 2-й группах соответственно (p1,2=0,04; p2,3=0,00006; p1,3=0,007).

Выводы. Уровень активности парасимпатической и симпатической вегетативной нервной системы меняется в ходе нагрузочной пробы и отличается у пациентов с различной степенью поражения коронарного русла.

417 СОПОСТАВИМОСТЬ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА СО СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Лебедь В.Г., Королева Е.Б.

МЛПУ Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: сравнить спектральные показатели вариабельности сердечного ритма (ВРС) на пике стресс-пробы с физической нагрузкой у больных стабильной стенокардией с различной степенью стенозирования коронарных сосудов.

Материалы и методы: У 98 пациентов со стабильной стенокардией по данным селективной коронароангиографии (СКГ) выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий (КА). Рассчитан обструкционный коронарный индекс (ОКИ) в баллах, который отражает суммарное поражение КА. В зависимости от величины ОКИ сформированы 2 группы: 1-ая группа – 69 человек с ОКИ равным или меньше, чем 6; 2-ая группа – 29 человек с ОКИ больше 6. Нагрузочная стресс-ЭхоКГ с мониторно-компьютерным анализом ЭКГ проводилась на велоэргометре Siemens-Elema (Германия) в положении лежа с использованием программного модуля "Stress-12-Cardio" автоматизированной системы для регистрации и интерпретации ЭКГ в системе 12-ти общепринятых отведений "ArMa Soft-Cardio", (ЗАО "Диамант", г.Санкт-Петербург). Спектральный анализ ВРС проводился на пике нагрузки, анализировались: мощность высокочастотных волн HF ($мс^2$) и мощность высокочастотных волн в нормализованных единицах HFn; мощность низкочастотных волн LF ($мс^2$) и нормализованная мощность LFn; отношение мощностей LF/HF. Все показатели ВРС измерялись в течение 2 м 30 секунд на пике нагрузки. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.

Результаты компьютерного анализа ВРС выявили статистически значимые различия в 1-й и 2-й группах по показателям LFn, HF, HFn, LF/HF. Средние величины мощности HF были выше во 2-ой группе – 24,6(13,8;24,8) против 5,5(2,9;20,5) (p1,2=0,001), а в 1-й группе превалировала симпатическая активность LFn=67,3(50,3;78,8) и 33,2(25,2;66,5), соответственно (p1,2=0,001), и выше симпатовагальный индекс 2,1 (1,0;3,7) и 0,5 (0,3;2,0), соответственно (p1,2=0,001). В обеих выявлена положительная корреляция LFn и HFn с ОКИ (p=0,008; p=0,02), и отрицательная с HF и LF (p=0,02; p=0,02).

Выводы: Показатели спектральной активности ВРС, определяемые на пике стресс-пробы коррелируют со степенью поражения коронарного русла.

418 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИВАБРАДИНА В ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЖЕНЩИН

Лебедь Е.И., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А.

ГУ "Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского", Симферополь, Украина

Рациональная фармакотерапия стабильной стенокардии создает условия для улучшения прогноза и КЖ пациентов за счет устранения симптомов заболевания.

Цель работы: сравнительная оценка эффективности различных схем антиангинальной терапии у женщин с ИБС: стенокардией напряжения.

Материал и методы: обследовано 92 женщины с верифицированным диагнозом: ИБС: стенокардия напряжения 2-3 ФК. Средний возраст пациенток составил 57,28±1,37 лет. Критериями включения были выбраны положительный результат при нагрузочном тестировании, признаки стеноза венечных артерий по данным КВГ более 50%. Всем пациенткам проводилась базисная терапия, включавшая аспирин, аторвастатин, рамиприл, бисопролол, нитраты по требованию. Пациентки были разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту. Пациенткам группы А на фоне стандартной терапии было проведено ЧКВ с установкой стента. В группу В были выделены 30 женщин, не достигших целевой частоты сердечных сокращений на базисной терапии, которым был добавлен ингибитор If каналов синусового узла – ивабрадин. В группе С проводилась стандартная терапия. Контроль лечения проводился через 1 и 3 месяца, оценивалась динамика количества приступов стенокардии за неделю, частоты использования короткодействующих нитратов, ЧСС, АД, показателей ЭхоКГ с проведением тканевой допплерографии (ТД).

Результаты: на фоне лечения в группе А количество приступов и количество потребляемых нитратов в неделю достоверно уменьшилось (p<0,001) до 0,73±0,16 приступов и до 0,50±0,15 нитратов в неделю, в группе В также отмечалось достоверное значительное снижение (p<0,001) до 2,97±0,24 приступов и до 2,50±0,28 нитратов в неделю, в группе С лечебный эффект был менее выражен, отмечалось достоверное уменьшение (p<0,05) до 7,06±0,63 приступов и до 6,03±0,60 нитратов в неделю. Уровень ЧСС только в группе В достиг целевых значений (58,07±0,39 уд/мин), и стал достоверно

ниже (p<0,001), по сравнению с группой А (62,73±1,08 уд/мин) и с группой С (61,41±0,67 уд/мин). Добавление к стандартной терапии ивабрадина сопровождалось достоверным увеличением ФВ с 50,60±1,42% до 54,2±1,09%, возрастанием систолических показателей движения фиброзного кольца МК и медиальной части ТК, достоверным улучшением диастолической функции, что выразилось в увеличении пика Е (p<0,05) с 0,67±0,03 м/с до 0,76±0,03 м/с, увеличении пика Е' (p<0,05) по данным ТД с медиальной части с 0,065±0,003 м/с до 0,081±0,003 м/с, с латеральной части с 0,076±0,004 м/с до 0,095±0,004 м/с ФК МК, снижении дистолического индекса (p<0,05) с 10,80±0,50 до 9,52±0,39 с медиальной части МК, и с 9,18±0,39 до 8,18±0,29 с латеральной части МК.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о высокой антиишемической эффективности применения ивабрадина, сопоставимой с хирургической реваскуляризацией миокарда и наиболее высокой эффективности в улучшении диастолической функции, по сравнению с другими стратегиями.

419 ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р., Любарт Н.И.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, Россия

Цель: изучить изменения со стороны правых отделов сердца и малого круга кровообращения у больных хроническим гепатитом (ХГ) по данным ультразвукового исследования (УЗИ) сердца.

Методы: 65 больным ХГ (40 – умеренной активности и 25 – высокой активности) осуществляли УЗИ сердца на сканере "ALOKA-5500 Prosaund" (Япония) электронным секторальным датчиком с частотой 3,0 Мгц в одномерном (М), двухмерном (В) режимах и в режиме допплер-эхокардиографии (с использованием импульсного и постоянно волнового спектрального допплера, а также цветного допплеровского картирования кровотока).Измеряли переднезадний размер правого предсердия в диастолу (ПЗР ПП), толщину передней стенки правого желудочка (ТПСПЖ) в диастолу, переднезадний размер правого желудочка (ПЗР ПЖ), диаметр легочной артерии (ДЛА), среднее давление в легочной артерии (СрДЛА). Для оценки диастолической функции правого желудочка (ПЖ) рассчитывали максимальную скорость раннего диастолического наполнения (Е) ПЖ, максимальную скорость позднего наполнения (А) ПЖ, а так же их соотношение (Е/А), время изоволюметрического расслабления (IVRT) и изоволюмического сокращения (IVCT) ПЖ, индексмиокардиальной сократимости ПЖ (индекс Tei).Контрольную группу составили 25 здоровых лиц.

Результаты: при изучении параметров правых отделов сердца у больных ХГ статистически значимые различия выявлены по показателям ТПСПЖ, максимальной скорости позднего наполнения (А) ПЖ и индекса Tei (p<0,05). У 20,2% больных ХГ высокой активности отмечались следующие изменения со стороны правых отделов сердца: у 10,2% зарегистрирована гипертрофия передней стенки ПЖ до 5,1±0,5 мм, у 7% – дилятация ствола легочной артерии до 26,4±1,4 мм с умеренной (до 30,3±2,4 мм рт.ст.) гипертензией в ней. У 14% больных отмечены умеренно выраженные нарушения диастолической функции правого желудочка. В целом наблюдалась тенденция к снижению скорости раннего диастолического наполнения (Е) параллельно с увеличением скорости позднего диастолического наполнения (А). Время изоволюмического сокращения и расслабления также несколько увеличивались в основном у больных с высокой активностью ХГ. Перечисленные показатели отражают диастолическую функцию ПЖ и их изменения свидетельствуют о развитии нарушений центральной гемодинамики при ХГ. При миокардиальной дисфункции индекс Tei увеличивается вследствие изменения всех трех составляющих компонентов, которые используются для его вычисления. Если в контрольной группе данный показатель составлял 0,3±0,01, то в группе ХГ высокой активности – 0,4±0,02.

Выводы: у больных ХГ сердце и, в первую очередь, ПЖ работают в условиях гемодинамических перегрузок. Изменения со стороны правых отделов сердца, носящие умеренный характер, наблюдаются в основном при высокой активности ХГ и связаны в большей степени с диастолической дисфункцией.

420 АНАЛИЗ КАРДИО-РЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, С УЧЕТОМ ВИДА КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Левицкая Е.С., Батюшин М.М., Терентьев В.П., Дюжиков А.А., Кострыкин М.Ю., Трапезникова А.И.

ГОУ ВПО РостГМУ, ГУЗ РОКБ ЦК и ССХ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Анализ почечных факторов риска и скорости роста ($V_{эр}$) атеросклеротической бляшки (АБ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), в зависимости от вида коронарного вмешательства.

Материалы исследования. В исследование было включено 90 больных ИБС и показанием к восстановлению коронарного кровотока. В зависимости от вида показанного оперативного вмешательства осуществлялась градация пациентов в группы исследования. Первую группу составили больные с показаниями к коронарному шунтированию (КШ) (64 пациентов), вторую – к стентированию коронарных артерий (КА) (26 больных). Возраст пациентов первой группы определен в диапазоне 56,3±1,02 лет, второй группы – 55,4±1,6 лет (p=0,6). Всем больным определяли уровень β_2-микроглобулина в моче (β_2-МГ) и показатель $V_{эр}$АБ. Расчет $V_{эр}$АБ производился на основании данных коронарограмм, как отношение площади АБ к длительности ИБС. Определение уровня β_2-МГ осуществлялось до реваскуляризации миокарда и в позднем послеоперационном периоде (6,3±0,04 месяцев).

Полученные результаты. Анализ данных показал, что до восстановления интракоронарного кровотока средний уровень β_2-МГ у пациентов первой группы составил 0,3±1,0 мг/мл, больных второй группы – 0,2±0,2 мг/мл (p=0,4). В позднем периоде после оперативного вмешательства β_2-МГ был определен в средних пределах 0,2±0,1 мг/мл у пациентов первой группы и 0,1±0,1 мг/мл – у больных второй группы (p=0,2). Установлено, что средняя величина $V_{эр}$АБ пациентов первой группы находится в диапазоне 5,1±1,04 мм/год. Для пациентов второй группы данный показатель выявлен в пределах 2,6±0,6 мм/год (p=0,1). Корреляционным анализом выявлена высокодостоверная положительная линейная связь слабой силы между β_2-МГ и $V_{эр}$АБ в группе пациентов, с показаниями к КШ (r=0,34; p=0,006).

Выводы. В рамках проведенного исследования достоверных отличий в средних показателях β_2-МГ между двумя исследуемыми группами установлено не было. Однако, уровень β_2-МГ у больных с генерализованным атеросклерозом КА находился на верхней границе нормы. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что β_2-МГ является маркером прогрессирования атеросклероза артерий сердца. Подтверждением данного суждения является выявление высокодостоверной корреляционной связи между β_2-МГ и $V_{ЭР}$АБ именно в группе больных с мультифокальным поражением КА.

421 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Лекарева И.В., Бабаева А.Р., Гальченко О.Е.

ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Волгоград, Россия

Проблема пролапса митрального клапана (ПМК) весьма актуальна в связи со значительной распространенностью заболевания в популяции (встречается у 4 – 15% населения) и тяжести осложнений таких, как разрыв хорд, сердечная недостаточность, присоединение инфекционного эндокардита, тромбоэмболий, нарушений ритма и проводимости, внезапной смерти. В основе патологического процесса при идиопатическом ПМК лежит поражение соединительной ткани, обусловленное выраженной неполноценностью её структурных компонентов.

В последнее десятилетии стало весьма актуальным вопрос о взаимосвязи тиреоидной и нетиреоидной патологии. Это обусловлено улучшением диагностики болезней щитовидной железы (ЩЖ) и увеличением заболеваемости ими. Самой распространенной болезнью ЩЖ в наше время является хронический аутоиммунный тиреоидит (АИТ).

Целью настоящего исследования было выявление взаимосвязи ПМК и АИТ.

В исследование включены 58 призывников с ПМК (средний возраст 19,4±1,7 лет). Проводили анализ клинической картины заболевания, аускультативных данных. С помощью эхокардиографии на аппарате "Aloka-2000" подтверждали ПМК. С помощью ультрасонографии выявляли АИТ. Исследовали функцию щитовидной железы, определяли антитела к тиреоглобулину (ТГ) и тиреопероксидазе (ТП). В контрольную группу включены 30 человек (средний возраст 19,6 ± 0,6 лет).

У 69% пациентов с ПМК обнаружен АИТ, в контрольной группе у 10%. По данным ультрасонографии гипертрофическая форма АИТ была выявлена 15%, гипотрофическая форма у 55% пациентов с ПМК.

Мы исследовали функцию ЩЖ. У 90% с ПМК и гипотрофической формой АИТ была тенденция к росту уровня Т3 (до 2,05±0,06 при 1,4±0,06 нм/л в контроле) к снижению т4 (1,10 ±0,26 при в контроле1,66±0,12 нм/л) и к нарастанию ТТГ (5,74±2,13 при 2,65±1,10мкЕд/мл). У каждого третьего пациента можно было говорить о "субклиническом гипотиреозе". В контрольной группе у лиц с АИТ функция щитовидной железы не нарушена. У всех обследуемых с АИТ выявлены увеличенные антитела к тиреоглобулину и тиреопероксидазе.

У лиц с ПМК и АИТ в 9% случаев выявили артериальную гипертензию, нормальное АД имели 59%, а пониженное – 32%. В то же время в контрольной группе лиц того же возраста с АИТ имели нормальное АД.

Таким образом, у лиц с АИТ на фоне ПМК склонность к гипотиреозу и гипотонии, соответственно, наблюдалась достоверно чаще.

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют сделать вывод о том, что у больных с ПМК ассоциация с органоспецифическими аутоантителами, титры которых при АИТ были повышены, указывают на то, что сам ПМК может быть аутоиммунным заболеванием, а пациенты с АИТ и ПМК могут находиться в группе риска развития других аутоиммунных болезней.

422 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КАЛЬЦИНОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Лещенко И.Ж., Колмогоров В.Г., Воробьева Е.Н., Гольберг Я.С., Ермолин П.А.

КГУЗ Диагностический центр Алтайского края, ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель. Изучить особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и кальциноз коронарных артерий у сельских и городских жителей.

Материалы и методы. Обследованы пациенты из неорганизованной популяции жителей Алтайского края на базе КГУЗ "Диагностический центр Алтайского края". Были обследованы 320 пациентов, сгруппированные по десятилетиям в зависимости от возраста и пола. Средний возраст у женщин (n=131) – (59,15±7,17 лет), у мужчин (n=189) средний возраст – 55,28±7,66 лет. Проводили анкетирование (выявление факторов риска ССЗ), антропометрическое обследование (рост, масса тела с расчетом индекса массы тела – ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер – ОБ с расчетом индекса ОТ/ОБ), клиническое исследование (АД). Лабораторное исследование включало определение общего холестерина (ОХС) сыворотки крови стандартным набором реагентов Roshe ферментативным колориметрическим методом на аналитической биохимической платформе Modular SWA (Roshe). Степень кальциноза коронарных сосудов определялась подсчетом индекса коронарного кальция по Агатстон при исследовании пациентов на мультиспиральном (64-среза) компьютерном томографе AQUILION – 64 TOSHIBA (Japan) с обработкой полученных данных на рабочей станции VITREA.

Полученные результаты. У всех пациентов выявлены те или иные факторы риска ССЗ, у 92% – их сочетание: немодифицируемые (семейная предрасположенность) и модифицируемые факторы риска (курение, артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, избыточная масса тела, гиперхолестеринемии и пр.). Отмечено значимое различие между антропометрическими показателями массы тела, ИМТ и ОТ у обследованных женщин и мужчин. Выявлено также значимое различие между показателями ОТ и ОБ, ИМТ обследованных сельских и городских женщин по сравнению с городскими жителями ($p<0,05$). Найдено значимое различие между концентрацией ОХС сыворотки крови мужчин и женщин с превышением уровня у мужчин ($p<0,05$). Кроме того, у сельских мужчин концентрация ОХС оказалась выше по сравнению с городскими мужчинами.

Анализ частоты кальциноза у сельских женщин и мужчин выявил статистически значимое преобладание показателя у мужчин ($p<0,05$). Частота значимого стеноза артерий (>50%) выше у городских и сельских мужчин, чем у женщин сопоставимых групп. Кроме того, отмечено, что частота значимых стенозов выше у городских мужчин по сравнению с лицами, проживающими в сельской местности.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о важности активизации выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у сельских жителей с целью проведения более ранних профилактических мероприятий.

423 СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ МИОКАРДА ОВАРИОЭКТОМИРОВАННЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Лискова Ю.В., Ковалевская Е.А., Саликова С.П.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель исследования: установить структурно-функциональные изменения в миокарде овариоэктомированных крыс в условиях экспериментальной хронической сердечной недостаточности (ЭХСН).

Материалы и методы: Исследование проводилось на 12 белых беспородных лабораторных крысах-самках массой 180-230 г. Контрольную группу составили 3 крысы. 9 крысам была проведена лапаротомия с последующей овариоэктомией. Через 2 мес 9 животным моделировали ЭХСН путем подкожного введения в течение 14 дней 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим плаванием до глубокого утомления. В ходе эксперимента у всех животных развивалась ЭХСН. Одно животное погибло на 7 сутки эксперимента, 4 крысы выведены из эксперимента по окончании опыта, 4 других через 14 дней после эксперимента. Миокард левого желудочка экспериментальных животных был подвергнут однотипной гистологической обработке на светооптическом уровне.

Результаты исследования. Установлено, что в миокарде овариоэктомированных крыс с ЭХСН наблюдался выраженный гетероморфизм кардиомиоцитов (КМЦ), отмечались признаки дистрофии, пересокращения и повреждения мио-

фибрилл. В подобных КМЦ регистрировались пикнотически измененные ядра, парануклеарный отек, локальная деструкция саркоплазмы. В таких зонах отмечалось значительное разрыхление и отек соединительной ткани. В миокарде выявлялись участки локальной полиморфноклеточной инфильтрации, нередко располагающиеся периваскулярно. Наблюдался выраженный отек стенки сосудов микроциркуляторного русла, увеличивалось число капилляров, заполненных сладжи-рованными эритроцитами. Данные морфометрии показали, что при ЭХСН в миокарде крыс наблюдается увеличение диаметра КМЦ и их ядер в 2 раза, что может свидетельствовать о развитии гипертрофии сердечных мышечных клеток. Через 2 недели после окончания моделирования ЭХСН происходило дальнейшее нарастание степени гипертрофии сердечных миоцитов и их ядер (увеличение диаметра клеток и их ядер в 3 раза). Ядерно-цитоплазматическое отношение при этом практически достоверно не изменялось по сравнению с контролем.

Выводы. Проведенное исследование показало, что дефицит половых гормонов оказывает значимое влияние на клеточный гомеостаз миокарда, являясь фактором усугубления структурных изменений его мышечных и немышечных элементов в условиях ЭХСН. Гипертрофию КМЦ можно рассматривать как компенсаторно-приспособительную реакцию сердечной мышцы в условиях гемодинамических и нейрогуморальных нарушений в условиях моделируемой ЭХСН на фоне гипоэстрогении. Характер морфологических изменений КМЦ, а также возрастание выраженности гипертрофии миоцитов в более поздние сроки после завершения эксперимента указывают на развитие процессов ремоделирования сердца при ЭХСН. Регуляторные механизмы выявленных морфологических изменений требуют дальнейшего изучения.

424 РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Лишманов Ю.Б., Завадовский К.В., Кривоногов Н.Г.
Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Определить роль радиодиагностических исследований в оценке нарушений функционального состояния правого желудочка и гемодинамики малого круга кровообращения (МКК) у больных кардиологического профиля.

Материал и методы. Обследовано 56 пациентов, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ); 35 больных со стенозом митрального клапана (МК); 45 пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС); 65 пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА). Всем больным проведены радионуклидная ангиопульмонография (РАПГ) и равновесная томовентрикулография (РТВГ).

Результаты. У больных в острой стадии ИМ отмечалось удлинение артериального времени пассажа индикатора через легкие. По истечение 6 мес. от начала инфаркта к указанным изменениям присоединялось увеличение венозного времени, которое к концу года становилось статистически значимым. В отличие от показателей легочной гемодинамики, сократительная способность левого и правого желудочков сердца оставалась на протяжении года достаточно стабильной, плавно и недостоверно снижаясь. У больных со стенозом митрального клапана наблюдались выраженные нарушения венозного и артериального звеньев легочной гемодинамики. При этом у больных с синусовым ритмом оперативное лечение порока приводило к значительному улучшению всех сцинтиграфических показателей, отражающих гемодинамику МКК. Размеры правого предсердия, измеренные по данным РТВГ, достоверно превышали таковые в группе сравнения, а после коррекции порока достоверно уменьшались. У пациентов с “бледными” ВПС, у которых, в ходе проведения фармакологических тестов с вазодилататорами, отмечалось замедление транзита радиоактивного болюса по сосудам легких, после устранения порока наблюдалась нормализация легочной гемодинамики. Анализ результатов томовентрикулографии у пациентов с ТЭЛА, позволяет считать, что признаками дисфункции правого желудочка 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.

Выводы. Результаты проведенных исследований показали, что применение радионуклидной оценки МКК позволяет: 1) существенно повысить эффективность диагностики нарушений легочной гемодинамики у больных с сердечно-сосудистой патологией; 2) оценить результаты лечения и прогнозировать динамику сердечной недостаточности у данной категории больных.

425 ТЕХНОЛОГИЯ ПОДДЕРЖКИ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ УЧЕСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, КОМПЕНСАТОРНЫЕ, ЗАЩИТНЫЕ И ГОМЕОСТАТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ

Лищук В.А., Газизова Д.Ш., Лобачёва Г.В., Никитин Е.С.
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Иван Петрович Павлов впервые рассмотрел заболевание как взаимодействие повреждения и защиты. Современные рекомендации по лечению сердечной недостаточности не учитывают реакции компенсации, защиты и гомеостаза.

Цель. Выявить терапевтическую значимость адаптивного ответа при лечении острой, тяжёлой патологии сердца и сосудов.

Методы. Обследованы с 1998 по 2009гг. 12000 больных после сердечно-сосудистых операций по поводу приобретенных пороков сердца, гипертрофической кардиомиопатии и аортокоронарного шунтирования. Анализ проводился online при оперативной цифровой имитации в реальном времени на 4-х резервуарной модели ССС.

Результаты. Адаптивные реакции сопровождали нарушения кровообращения более чем у 60% больных во время анестезии и практически у всех после её прекращения. Выраженность адаптивных реакций была от 20 до 70% от основного патологического процесса до экстубации и (70±30)% в раннем послеоперационном периоде. У 15% больных в послеоперационном периоде выраженность процессов компенсации и гомеостазиса в среднем больше на 25%, чем патологического при его выражении в относительных величинах. При острой левожелудочковой недостаточности, когда насосный коэффициент (отражает угол наклона линеаризированной кривой Старлинга) ниже 3,0 $см^3/(с*мм\ рт.\ ст.*м^2)$, у 90% больных имело место защитное снижение насосного коэффициента правого желудочка. Величина снижения зависела от функционального состояния левого сердца, сопутствующих осложнений, от глубины анестезии, введения вазопрессоров, вазодилататоров и/или кардиотоников. Введение кардиотоников снижало защитную реакцию правого желудочка. Это вызывало временный рост АД и/или СИ, провоцировало перегрузку левого желудочка и затем вело к нарастанию недостаточности левого желудочка. Изменение тонуса венозной системы, как правило, имело защитный характер. Однако, при снижении СИ ниже 2,0 $л/(мин*м^2)$ у 40% больных повышение тонуса вен имело компенсаторный характер. Периферическое сосудистое сопротивление в этой ситуации (падение СИ ниже 2) повышалось, поддерживая артериальное давление, вплоть до срыва регуляции. Будет представлен подробный количественный анализ адаптивного ответа на левожелудочковую, правожелудочковую и тотальную острую сердечную недостаточность.

Предложение. Предлагаем технологию помощи врачу в выборе терапии, которая представляет на его суд основной и сопутствующие патологические процессы, гомеостатические, защитные и компенсаторные реакции в абсолютных и относительных величинах. Технология позволяет имитиро-

вать ситуацию, оценить возможные решения, выявить причины осложнений, синтезировать терапию.

Заключение. При выборе терапии должны учитываться защитные, компенсаторные и гомеостатические реакции. Их роль в изменении состояния больного и влияние на выбор терапии должны быть отражены в рекомендациях.

426 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Лукеренко Е.В., Осипова И.В., Антропова О.Н., Сопотова И.В., Лукьяненко Н.В.*, Макарова Л.Ф.*, Маркина И.Л., Дыкман Л.Г.*

Алтайский государственный медицинский университет, Центр здоровья ГУЗ "Краевая клиническая больница"*, Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить распространенность абдоминального ожирения (АО) среди жителей Алтайского края.

Материалы и методы: было обследовано 994 человека без сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета, самостоятельно обратившихся в Центры здоровья, из них 796 женщин (80%) и 198 мужчин (20%). Среди женщин возраст 16-29 лет имели 249, 30-44 лет – 145, 45-60 лет – 255, >60 лет – 147 человек. Среди мужчин возраст 16-29 лет имели 75, 30-44 года – 40, 45-60 лет – 52, >60 лет – 31 человек. Оценивались окружность талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), офисное артериальное давление (АД), уровень глюкозы натощак (Глю) и общего холестерина (ОХ).

Результаты. Среди всех обследованных АО имели 49,5%: 52,1% женщин (12,5% в возрасте 16-29 лет, 40,0% в 30-44 года, 74,5% в 45-60 лет, 92,5% в возрасте старше 60 лет), 39,4% мужчин (14,6% в возрасте 16-29 лет, 40% в 30-44 года, 57,8% в 45-60 лет, 67,7% в возрасте старше 60 лет). Абдоминальное ожирение у мужчин по сравнению с женщинами встречается реже на 22,6% ($p<0,002$). Различия в частоте данного фактора риска появляются в возрасте 45-60 лет, когда абдоминальное ожирение распространено у женщин чаще на 16,8% ($p=0,02$). В возрасте старше 60 лет мужчин с АО меньше по сравнению с женщинами на 24,8% ($p<0,001$). У женщин наблюдался рост средней ОТ с увеличением возраста (ОТ у женщин 16-29 лет – 71,2±8,2 см, 30-44 года – 80,4±12,5 см, 45-60 лет – 90,1±13,03 см, >60 лет – 97±11,7 см.). У мужчин также увеличивалась с возрастом средняя ОТ (16-29 лет – 80,6±11,2 см., 30-44 года – 92,8±13 см., 45-60 лет – 98,6±14,7 см, > 60 лет – 101±15,2 см.). Все лица с признаками абдоминального ожирения имели повышенный ИМТ. Однако, 5,1% мужчин и 8,4% обследованных женщин с абдоминальным ожирением имели нормальный ИМТ.

Был проведен анализ взаимосвязи АО с другими модифицируемыми факторами риска. Женщины, имеющие абдоминальное ожирение достоверно ($p<0,05$) реже на 7,5% имели анамнез курения, но чаще ($p<0,05$) на 15,4% высокое нормальное АД, на 21,3% артериальную гипертензию, на 36,9% гиперхолестеринемию, на 44,5% гипергликемию натощак по сравнению с женщинами с нормальными значениями окружности талии. Среди мужчин, имеющих АО по сравнению с мужчинами с нормальной окружностью талии достоверно чаще ($p<0,05$) встретились высокое нормальное АД на 22,6%, артериальная гипертензия на 16,6%, гиперхолестеринемия на 33,3%, гипергликемия натощак на 27,2%. Полученные данные позволяют говорить о патогенетической взаимосвязи артериальной гипертонии, нарушении липидного спектра и инсулинорезистентности, причем не зависимо от пола пациента.

Выводы: Среди жителей Алтайского края имеется высокая частота (49,5%) АО, данный фактор риска более распространен у женщин. Измерение окружности талии по сравнению с индексом массы тела позволяет выявить наибольшую категорию лиц с риском развития ССЗ.

427 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ДЖЕНЕРИКА ВАЛСАРТАНА ВАЛЗ® И ОРИГИНАЛЬНОГО ВАЛСАРТАНА ДИОВАН® В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ ИЛИ В КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРОТИАЗИДОМ И БИСОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПРЕТОНИЕЙ I-II СТЕПЕНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Лукина Ю.В.[1,2], Марцевич С.Ю.[1,2], Дмитриева Н.А.[1], Лерман О.В.[1], Толпыгина С.Н.[1], Воронина В.П.[1], Дроздова Л.Ю.[1]

[1]Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития России, Москва, Россия; [2]Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. Сеченова, кафедра доказательной медицины ФУЭЗ, Москва, Россия

Цель исследования: изучение клинической эквивалентности двух препаратов валсартана: ВАЛЗ® (компания ACTAVIS GROUP hf, Исландия) и препарата ДИОВАН® (компания NOVARTIS, Швейцария) у больных АГ I и II степени и метаболическим синдромом.

Материалы и методы: исследование рандомизированное, открытое, перекрестное. В исследование включено 30 больных: мужчины и женщины старше 18 лет с подтвержденным или с впервые установленным диагнозом эссенциальной АГ и уровнем САД ≥ 140 мм рт.ст. и < 180 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. и < 110 мм рт.ст. и диагностированным метаболическим синдромом: наличием у пациентов с АГ абдоминального ожирения (ОТ≥80 см у женщин и ОТ≥94 см у мужчин) в сочетании с каким-либо метаболическим фактором: повышенным уровнем ТГ (>1,7 ммоль/л); сниженным холестерином ЛПВП (<1,0 ммоль/л у мужчин и <1.3 ммоль/л у женщин); повышенным уровнем глюкозы в плазме крови (>5,6 ммоль/л) или получающим лечение, корректирующее эти нарушения. Все пациенты будут поочередно, согласно рандомизации, проходить лечение дженерическим и оригинальным препаратом валсартана. В течение первых двух недель пациенты будут принимать валсартан в дозе 80 мг/сут. В течение следующих двух недель в случае недостижения целевого АД (<130/80 мм рт.ст.) пациенты переводятся на терапию комбинированным препаратом валсартана и гидрохлоротиазида в дозах 80/12,5 мг. При недостаточной эффективности комбинированного препарата 80,12,5 мг, через следующие 2 недели лечения увеличивается доза валсартана в составе комбинированного препарата до 160/12,5 мг. При неэффективности комбинированного препарата 160/12,5 мг в течение последних 2 недель лечения каждым препаратом к терапии добавляется бисопролол в дозе 5 мг/сут. После 8-недельного лечения первым рандомизированным препаратом гипотензивная терапия отменяется на 7-14 дней, а затем проводится лечение вторым препаратом валсартана.

Результаты исследования. Набор пациентов в исследование завершен в конце мая 2011 года: включено 30 больных, страдающих АГ, с диагностированным метаболическим синдромом согласно критериям, рекомендованным ВНОК (от 2010 года). Все пациенты имели данные, соответствующие критериям включения и не имели критериев исключения из исследования. В соответствии с рандомизацией 15 больных начали лечение дженерическим препаратом валсартана, а 15 – оригинальным. В настоящее время исследование продолжается.

Заключение: допускаемые российским законодательством существенные расхождения данных биоэквивалентности оригинального препарата и его дженериков требуют проведения ограниченных четко спланированных клинических исследований терапевтической эквивалентности фармакологических препаратов, в связи с чем результаты продолжающегося исследования оригинального и дженерического валсартана актуальны для фармакоэкономических выводов и могут быть использованы в практическом здравоохранении.

428 ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ПРИВЫЧНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Лукьянова М.В., Кулюцин А.В., Мельникова Е.А., Олейников В.Э.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: изучить половые и возрастные особенности частотных характеристик сердечного ритма у здоровых лиц при офисном измерении и суточном мониторировании ЭКГ.

Методы исследования: обследовано 103 здоровых добровольца: 36 (35%) мужчин и 67 (65%) женщин в возрасте от 19 до 69 лет (средний возраст 48 (31;53) лет). Офисные значения ЧСС в покое определяли при измерении пульса на лучевой артерии в течение 60 сек в положении сидя после 10-минутного отдыха. Суточное мониторирование ЭКГ с оценкой частотных характеристик ритма выполняли с помощью системы "Астрокард" (Россия), дополнительная опция которой позволяет рассчитать "хронотропную нагрузку" (ХН) – процент сердечных сокращений, превышающих вводимые пороговые значения в указанном временном интервале. Также рассчитывали "нормированный индекс площади хронотропной нагрузки" (НИП) – показатель площади фигуры, ограниченной трендом ЧСС и прямой порогового уровня, нормированный к продолжительности времени превышения порогового значения ЧСС. В результате анализа 24-часовых записей регистрировали следующие показатели: максимальная, минимальная и средняя ЧСС за сутки, средняя ЧСС за день и ночь, ХН и НИП за сутки, в дневные и ночные часы.

Полученные результаты: всю выборку обследуемых разделили на две группы: в первую группу вошли пациенты от 19 до 50 лет, во вторую – лица старше 50 лет. По результатам исследования офисная, минимальная и средняя ЧСС за сутки, в периоды бодрствования и сна были достоверно ниже у женщин старшей возрастной группы. Различия по офисной ЧСС составили 2 уд/мин ($p<0,01$), минимальной ЧСС за сутки – 2 уд/мин ($p=0,04$), среднесуточной ЧСС – 4 уд/мин ($p=0,03$), среднедневной ЧСС – 5 уд/мин ($p=0,02$) и по средней частоте за ночь – 4 уд/мин ($p=0,03$). У мужчин имелись достоверные отличия лишь по одному частотному показателю – минимальной ЧСС в течение суток, которая оказалась на 6 уд/мин выше у лиц мужского пола во второй группе ($p=0,003$). ХН за сутки и в дневные часы у женщин оказалась на 15,8% и 14,8% выше, чем у мужчин ($p=0,02$). ХН за время сна у мужчин старше 50 лет была на 68,4% больше, чем у лиц мужского пола моложе 50 лет ($p<0,05$). В свою очередь НИП за ночь у мужчин старше 50 лет на 76,9% превышал значение данного показателя в группе молодых ($p<0,05$). У женщин до 50 и старше 50 лет статистически значимых различий по показателям ХН и НИП не выявлено.

Выводы: выявлены достоверные возрастные отличия офисной, минимальной и средних значений ЧСС у женщин моложе и старше 50 лет, что указывает на гормональные особенности регуляции сердечного ритма в репродуктивном периоде. Мужчины двух возрастных групп различаются по показателям ХН и НИП в отсутствии отличий по офисной и средним значениям ЧСС, в то время как у женщин наблюдались различия только по офисной и средней ЧСС. Данное наблюдение позволяет подвергнуть сомнению адекватность оценки хронотропной функции сердца с использованием исключительно офисной и средних значений ЧСС, регистрируемых при холтеровском мониторировании.

429 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СРАВНЕНИЕ ОБЩЕПРИНЯТЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ

Лунегова О.С.[1], Керимкулова А.С.[3], Молдокеева Ч.Б.[2], Миррахимов А.Э.[3], Абилова С.С.[3], Неронова К.В.[3], Набиев М.П.[3], Миррахимов Э.М.[3]

[1] Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова, Бишкек, Киргизия; [2] Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина, Бишкек, Киргизия; [3] Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Киргизия

Цель: Оценить распространенность инсулинорезистентности (ИР) и сравнить различные классификации метаболического синдрома (МС) с наличием ИР в кыргызской этнической группе.

Материал и методы: В исследование было включено 323 человека (183 женщины, 140 мужчин) кыргызской национальности из общей популяции, в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст 51,8±9,5 лет), подписавшие информированное согласие на участие в исследовании и пришедшие натощак. Всем обследованным было проведено клиническое обследование с измерением артериального давления (АД), окружности талии (ОТ) и антропометрических показателей (вес, рост, индекс массы тела), определение сахара плазмы крови, липидного спектра и инсулина сыворотки крови. ИР считалось состояние при повышении индекса HOMA (инсулин х уровень глюкозы натощак/22,5) ≥2,77. МС выставлялся согласно модифицированным критериям ATP III (2005г) и IDF (2005 г) с использованием значений ОТ для европейской (ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥94 см у мужчин) и азиатской популяции (ОТ≥80 см у женщин и ≥ 90 см у мужчин) и критериев Всероссийского Научного Общества Кардиологов (ВНОК) (2009г).

Результаты: ИР в обследованной нами группе была выявлена у 88 человек (27,2%). МС согласно критериям ATP III отмечался у 122 обследованных (37,7%). При использовании критериев IDF со значениями ОТ для европейской популяции количество пациентов с МС увеличивалось до 140 человек (43,3%), а с учетом ОТ для азиатской популяции возрастало до 152 (47%). По критериям ВНОК МС был выявлен у 155 (48%) участников исследования. Далее был проведен анализ чувствительности и специфичности между наличием ИР и МС, выставленным с использованием различных классификаций. Чувствительность обнаружения ИР была достаточно высокой и не различалась при использовании диагностических критериев: ATP III – 0,79 (95% доверительный интервал) (0,69-0,87), IDF 0,80 (0,70-0,88), IDF для азиатских популяций 0,86 (0,77-0,92), ВНОК 0,86 (0,77-0,92). Показатель специфичности был самым высоким при использовании критериев ATP III 0,77(0,72-0,83) и разница в показателях специфичности была близка к достоверной между критериями ATP III и IDF для азиатской популяции 0,67 (0,61-0,73) и достигала уровня статистической значимости между критериями ATP III и ВНОК (0,66 (0,59-0,72), $p<0,05$).

Выводы: оптимальной классификацией для диагностики МС в кыргызской этнической группе является модифицированная классификация ATP III.

430 ПОГРАНИЧНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ

Лунегова О.С.[1], Молдокеева Ч.Б.[2], Керимкулова А.С.[3], Миррахимов А.Э.[3], Байрамукова А.А.[3], Набиев М.П.[3], Залесская Ю.В.[1], Алибаева Н.Т.[3], Миррахимов Э.М.[3]

[1] Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова, Бишкек, Киргизия; [2] Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина, Бишкек, Киргизия; [3] Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Киргизия

Цель: Уточнить критерии диагностики абдоминального ожирения (АО) в кыргызской этнической группе.

Материал и методы: В исследование было включено 323 человека (183 женщины, 140 мужчин) кыргызской национальности из общей популяции, в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст 51,8±9,5 лет), подписавшие информирован-

ное согласие на участие в исследовании и пришедшие натощак. Всем обследованным было проведено клиническое обследование с измерением артериального давления (АД), окружности талии (ОТ) и антропометрических показателей (вес, рост, индекс массы тела (ИМТ)), определение сахара плазмы крови, липидного спектра и инсулина сыворотки крови. ИР считалось состояние при повышении индекса HOMA (инсулин х уровень глюкозы натощак/22,5) ≥2,77. Критериями МС считались: повышение АД ≥130/85 мм рт.ст, сахара крови ≥5,6 ммоль/л, триглицеридов ≥1,7 ммоль/л и снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности <1,03 ммоль/л у мужчин и <1,29 ммоль/л у женщин.

Результаты: Ожирение (ИМТ≥30 кг/м^2) отмечалось у 30% обследуемых. АО согласно критериям АТР III (ОТ ≥88 см у женщин и ≥102 см у мужчин) выявлено у 43,9% обследованных, по критериям IDF для европейской популяции (ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥94 см у мужчин) у 67,1%. По критериям IDF для азиатской популяции (ОТ ≥ 80 см у женщин и ≥90 см у мужчин) количество пациентов с АО возрастало более чем в 1,5 раза (до 73,7%) по сравнению с критериями АТР III и более чем в 2 раза превышало количество лиц в ожирением по ИМТ. Для выявления оптимальных значений ОТ были построены ROC (Receiver-Operator Characteristic) кривые для наличия ИР и 2-х других критериев МС, отдельно для мужчин и женщин. Оптимальные значения чувствительности и специфичности, полученные из ROC кривых, для наличия ИР были получены при ОТ в точке 88 см у женщин (чувствительность 0,85 95% ДИ (0,72-0,93), специфичность 0,58(0,49-0,66)) и 94 см для мужчин (чувствительность 0,8 (0,65-0,91), специфичность 0,61 (0,51-0,71)). Данные из ROC кривых, построенных для ОТ и наличия любых 2-х критериев МС, подтвердили полученные результаты, значения ОТ 88 см у женщин (чувствительность 0,82 (0,72-0,9), специфичность 0,72 (0,62-0,8)) и 94 см у мужчин (чувствительность 0,74 (0,62-0,84), специфичность 0,73 (0,61-0,83)) также соответствовали оптимальным значениям чувствительности и специфичности.

Выводы: для диагностики абдоминального ожирения в кыргызской этнической группе у женщин целесообразно использовать пограничные значения ОТ ≥ 88 см, а у мужчин ≥ 94 см.

431 ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Лутай Ю.А., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А.

ГУ "Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского", Симферополь, Украина

Современная классификация вегетативной дисфункции синусового узла (ВДСУ) не учитывает преобладающее состояние вегетативного баланса, в связи с чем ее медикаментозная терапия оценивается как малоэффективная.

Цель работы: изучить взаимосвязь между показателями холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМ ЭКГ) и особенностями вегетативной регуляции синусового узла у больных с ВДСУ.

Материалы и методы: было обследовано 85 больных ВДСУ в возрасте от 16 до 37 лет (24,92 ± 6,11). На основании показателей вариабельности сердечного ритма больные были разделены на три группы: 1-31 человек с ваготонией, 2-37 человек с эйтонией, 3-17 человек с симпатикотонией. Суточные колебания ЧСС в этих группах оценивались методом ХМ ЭКГ. Изучались следующие показатели: средняя ЧСС в дневное время, максимальное ЧСС в дневное время, минимальная ЧСС в дневное время, среднее ЧСС в ночное время, максимальное ЧСС в ночное время, минимальное ЧСС в ночное время. Рассчитывали в условных единицах циркадный индекс (ЦИ): ЦИ=срЧСС день/ср ЧСС ночь.

Результаты: межгрупповые различия в суточном колебании ЧСС были выражены преимущественно в дневное время. Группа больных с эйтонией занимала срединное положение. Ср ЧСС день в группе эйтонии (68,9±0,9) больше на 20,0%, чем в группе ваготонии (57,4±1,9), p<0,001 и меньше на 11,5% чем в группе симпатикотонии (76,8±1,3), p<0,001. Разница в ср ЧСС день между группами симпатикотонии и эйтонии составила 33,8%, p<0,001. Мин ЧСС день достоверно ниже в группе ваготонии (42,3±1,2) на 20,6% и 15,4% соответственно, чем в группах эйтонии (51,0±0,7), p<0,001 и симпатикотонии (48,8±1,4), p<0,001. Мин ЧСС день достоверно не отличалось между группами эйтонии и симпатикотонии (51,0±0,7 и 48,8±1,4), p>0,05. В ночное время различия между группами отмечались только в своем минимальном значении. Мин ЧСС ночь в группе ваготонии (35,0±0,6) достоверно меньше, чем в группе эйтонии (39,6±0,4), p<0,001 и в группе симпатикотонии (41,3±1,2), p<0,001. Ср ЧСС ночь не имела межгруппового различия (51,5±0,9 в группе ваготонии, 53,3±0,7 в группе эйтонии и 54,3±1,3 в группе симпатикотонии), p>0,05. Группа эйтонии представлена нормальным циркадным профилем. ЦИ в группе эйтонии (1,30±0,02) на 18,0% больше, чем в группе ваготонии (1,06±0,04), p<0,001 и меньше на 10,0% чем в группе симпатикотонии (1,43±0,02, p<0,001. Самый низкий ЦИ в группе ваготонии, а самый высокий в группе симпатикотонии; разница между ними составила 25,6% (p<0,001). Группа ваготонии характеризовалась ригидным циркадным профилем (ЦИ меньше 1,2), p<0,001 Группа симпатикотонии относилась ближе к усиленному циркадному профилю (ЦИ >1,45), p<0,001.

Выводы: полученные результаты позволяют рекомендовать использование ХМ ЭКГ для диагностики ВДСУ и объективизации эффективности проводимой терапии.

432 БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Лысенкова Н.О., Кратнов А.Е., Демьянкова Ю.О.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Существуют данные, что бессимптомная депрессия сегмента ST во время нагрузочного теста как фактор риска внезапной смерти высоко коррелирует с курением, гиперхолестеринемией, артериальной гипертензией и наличием сахарного диабета 2 типа (СД). Снижение вариабельности ритма сердца (ВРС) также является независимым предиктором кардиальной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Цель исследования – изучение ВРС у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и СД в зависимости от наличия безболевой ишемии миокарда.

Материалы и методы. Обследован 141 пациент с ИБС в возрасте от 30 до 69 лет, среди которых было 57 (40,4%) больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и 84 (59,6%) – с подъемом сегмента ST. У 101 (71,6%) больного ИБС был диагностирован СД, длительность которого составила в среднем 4,8±3,1 года (от 1 до 10 лет). Анализ ВРС во временной области за 24 часа проводился с помощью программы "Astrocard ® Holtersystem-2F Elite" (ЗАО "Медитек", Москва). Ишемическими изменениями по данным холтеровского мониторирования ЭКГ считалась горизонтальная и косонисходящая депрессия сегмента ST более 1 мм на расстоянии 0,08 сек от точки J или косовосходящая элевация сегмента ST более 2 мм продолжительностью не менее 60 сек. Обязательным условием было ведение больным дневника с подробным описанием субъективных ощущений.

Результаты и обсуждение. Безболевая ишемия миокарда по данным суточного мониторирования выявлялась исключительно у 18 (17,8%) пациентов с СД. У 15 (83,3%) пациентов выявлялась ишемическая депрессия сегмента ST, у 1 (5,6%) –

ишемическая элевация сегмента ST, у 2 (11,1%) – ишемические депрессия и элевация сегмента ST. Среднее количество ишемический депрессий составляло (8,5±14; min – 1, max – 52), элеваций – (6,7±3,5; min – 3, max – 10). С наличием более 2 эпизодов безболевой ишемии миокарда было 8 (44,4%) пациентов. У больных с наличием безболевой ишемии миокарда наблюдалось снижение мощности в диапазоне низких (LF) и высоких частот (HF). Изменения данных показателей были более выражены у больных с наличием более 2 эпизодов безболевой ишемии миокарда – (LF 455,1±228,1 < 602,6±548,8 мс^2 и HF 142,3±88,1 < 153,5±158,9 мс^2), что сопровождалось уменьшением отношения значений мощностей (LF/HF) (4±1,9 < 4,9±2,7). Отношение мощностей низкочастотного и высокочастотного диапазонов спектра (коэффициент LF/HF) используется для оценки баланса между симпатической и парасимпатической отделами нервной системы. При повышении тонуса симпатического отдела данный показатель значительно возрастает, при ваготонии – снижается. При этом у данных пациентов были достоверно ниже значения pNN50 (5±4,7 < 5,2±7,2; p=0,04), что указывает на снижение вагусного контроля миокарда.

Заключение. Развитие безболевой ишемии миокарда у больных ИБС и сопутствующим СД наблюдается на фоне дисрегуляции вегетативной нервной системы (уменьшение парасимпатических и симпатических влияний) по данным ВРС.

433 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДЕАДАПТАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Лысунец Е.М., Дроздова И.В., Ханюкова И.Я., Танцура А.В., Ткаченко Ю.В.

Украинский Государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности, Днепропетровск, Украина

Врожденные пороки сердца (ВПС) – одна из самых распространенных патологий у детей, которая приводит к социальной недостаточности. За последнее десятилетие наблюдается увеличение частоты ВПС в Украине.

Цель работы – определить ведущие причины (медико-биологические, социальные, личностные) и степень их влияния на ограничение жизнедеятельности лиц с ВПС после успешной хирургической коррекции в отдаленные сроки после оперативного вмешательства. Использован комплексный системный подход и анализ для исследования составляющих механизмов формирования и совокупности основных факторов (патофизиологических, функциональных, психологических, социально-профессиональных), которые приводят к ограничению жизнедеятельности и инвалидности. Обследовано 138 больных (76 мужчин и 62 женщин) с ВПС после хирургической коррекции; средний возраст составил 29,5±1,37 года. 86,2% больных проведенная радикальная коррекция ВПС, 8,7% – коррекция с применением протезных материалов, 5,1% – физиологическая коррекция. Наличие резидуальных дефектов, последствий операций и осложнений выявлено у 20,3% обследованных лиц. Проведенное обследование показало, что только у 47,8% пациентов данной группы гемодинамические нарушения влияли на ограничение жизнедеятельности. Наибольшую роль в ограничении жизнедеятельности больных с ВПС играли нарушения в таких доменах: обучение и использование знаний, экономическая самостоятельность, межличностные взаимоотношения, жизнь в сообществе. К приоритетным социальным проявлениям послеоперационной деадаптации у больных с ВПС следует отнести: неполную трудовую занятость, низкий уровень образования, смешанный характер труда, отсутствие собственных семьи и жилья, снижение качества жизни в сферах: уровня независимости, физической, окружающей среды. Психологическая деадаптация изучаемой категории пациентов формировалась за счет нарушения систематизации мышления, возобновление сложных логических связей, раскрытие существенных связей между предметами и явлениями; за показателем сложных аналогий выявленные взаимосвязи со всеми направлениями по ограничению жизнедеятельности (обучению и применению знаний, общению, мобильности, бытовой жизни, межличностному взаимодействию). Данное исследование подтверждает необходимость изучения патофизиологических механизмов морфофункциональных нарушений центральной нервной системы у пациентов с ВПС, ассоциируемых с системными нарушениями сердечно-сосудистой и иммунной систем и могут быть существенной частью процессов деадаптации больных с ВПС после радикальных коррекций, выступать ограничивающим фактором к социальной адаптации.

434 ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ И ВЗАИМОСВЯЗИ БИОХИМИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЭКСКРЕЦИИ АЛЬБУМИНА

Лысцова Н.Л., Петелина Т.И., Миронова Н.А., Сабанова И.Н., Дементьева Н.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель работы: оценить уровень и взаимосвязь биохимических параметров и офисного артериального давления у пациентов с артериальной гипертонией в зависимости от степени экскреции альбумина (МАУ).

Материалы и методы: в исследование включены 99 пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертонией (61 мужчина и 38 женщин) средний возраст 49,9±8,5 лет. Сформированы три группы: I группа – 36 пациентов с нормоальбуминурией (МАУ<15мг/л), в составе из 23 мужчин и 13 женщин; II группа – 32 человека с микроальбуминурией (МАУ15-30мг/л) – 22 мужчин и 10 женщин; III группа – 31 пациент с протеинурией (МАУ>30мг/л) – 16 мужчин и 15 женщин. Группы сопоставимы по возрасту, полу, без наличия сопутствующих заболеваний почек. Определение общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), глюкозы, креатинина (Кр) в сыворотке крови и альбумина мочи проводили стандартизированными методами на биохимических анализаторах. Расчетным путем вычислены: холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП); индекс атерогенности (ИА); СКФ по формуле MDRD, формуле Кокрофта-Гаулта и отношение альбумина к креатинину (Ал/Кр). Из клинических параметров проведена оценка офисного артериального давления, без учета гипотензивной терапии на момент исследования. Статистическую обработку полученного материала проводили с помощью программы SPSS версия 11,5.

Результаты: Выявлены следующие достоверные различия между пациентами I и II групп: МАУ-7,52±4,35мг/сут и 24,55±10,42мг/сут, p<0,001; Ал/Кр-9,64±4,98мг/г и 29,62±8,82мг/г, p<0,001; креатинин-74,03±13,84мкмоль/л и 81,22±13,68мкмоль/л, p=0,035, соответственно; между I и III группами: САД – 146,00±18,67 и 157,35±32,60 ммртст, p=0,032; ДАД-93,89±9,85 и 102,29,±17,12мм ртст, p=0,013; МАУ-7,52±4,35мг/сут и 55,23±26,65мг/сут, p<0,001; Ал/Кр-9,64±4,98мг/г и 63,72±23,31мг/г, p<0,001; глюкоза 5,23±0,57ммоль/л и 5,74±1,11ммоль/л, соответственно, p=0,02; ЛПВП-1,21±0,31ммоль/л и 1,37±0,33ммоль/л, p=0,46, соответственно; между II и III группами: МАУ- 24,55±10,42мг/сут и 55,23±26,65мг/сут, p<0,001; Ал/Кр-29,62±8,82мг/г и 63,72±23,31мг/г, p<0,001; ОХС-5,02±1,11ммоль/л и 5,59±1,09ммоль/л, p=0,042, соответственно. По результатам корреляционного анализа в III группе пациентов зарегистрированы следующие взаимосвязи: МАУ с Ал/Кр (r=0,84, p<0,001), МАУ с САД (r=0,22 p=0,027), МАУ с ДАД (r=0,27 p=0,008).

Заключение: результат проведенного исследования позволил выявить в III группе пациентов на фоне повышения АД достоверное увеличение параметров липидного спектра, уровня глюкозы, Ал/Кр, тенденцию к снижению СКФ. Положительная взаимосвязь перечисленных параметров позволяет рекомендовать для пациентов с АГ и протеинурией назначение комплексной терапии с целью обеспечения достаточного органо-протективного эффекта.

435 К ВОПРОСУ О ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У СТУДЕНТОВ

Лышова О.В.
ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России, Воронеж, Россия

Актуальность. В последнее десятилетие большое внимание уделяется проблеме нарушений сна в молодом возрасте. Здоровый образ жизни и соблюдение гигиены сна являются неотъемлимыми составляющими хорошего качества сна. Плохое качество сна и дневная сонливость ассоциируются с кардиоваскулярными заболеваниями, дорожно-транспортными происшествиями, низкой академической успеваемостью и психологическим стрессом.

Цель: изучить частоту, причины и особенности нарушений сна, выраженность дневной сонливости у студентов-медиков первого года обучения.

Материал и методы. 1175 студентов-медиков (девушек 854, юношей 321), средний возраст 18,0 лет (σ=1,6 лет), среди которых проводили тестирование по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна, Эпвортской шкале дневной сонливости и анкете скрининга синдрома апноэ во сне, анализировали индивидуальные особенности хронотипа.

Результаты. Нарушения сна отметили 280 (23,8%) студентов, из них долгое и очень долгое время засыпания – 29,3%; короткую и очень короткую продолжительность сна – 35,7%; частые и очень частые ночные пробуждения – 31,8%; множественные и тревожные сновидения – 39,3%. В числе возможных причин, способствующих нарушениям сна 77,8% (81,0% девушек и 66,3% юношей) указали на стрессовый фактор. Среди других причин, обращают внимание следующие: некоторые жизненные события (21,0%); колебания настроения (13,1%); ночная или суточная работа (10,1%); болезнь (8,9%). Лица, страдающие нарушениями сна, чаще испытывали чрезмерную дневную сонливость (35,7%), преимущественно при чтении и в состоянии расслабленного бодрствования; более половины из них относились к ночному хронотипу (56,4%). Суммарный балл по Эпвортской шкале дневной сонливости был выше у девушек – 7,8 балла [95% ДИ 7,5-7,8], по сравнению с юношами – 6,8 баллов [95% ДИ 6,4-7,3], p=0,000. Ночной хронотип преобладал среди студентов с нарушениями сна и выраженной дневной сонливостью, в обоих случаях установлена достоверная корреляционная связь слабой силы (r_s=-0,107 и r_s=0,118 соответственно; p=0,000). По анкете скрининга синдрома апноэ во сне суммарный балл достиг и превысил критический уровень 4 балла у 192 человек (16,3%). Выявляемость храпа составила 7,1% (16,8% юноши и 3,5% девушки, p=0,000); остановки дыхания во сне отметили 1,7% опрошенных; дневная сонливость во время активного бодрствования беспокоила 7,3%; повышенный уровень артериального давления (140 и 90 мм рт. ст. и выше) имели 19,0%; утренние головные боли – 33,3% (38,5% девушки и 19,3% юноши, p=0,000).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о высокой частоте встречаемости нарушений сна и ассоциированных состояний среди студентов-медиков 1-го обучения. В этой связи целесообразно проведение системы мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма к стрессовым факторам, начиная со школьного возраста.

436 АРИТМИИ СЕРДЦА В ЦИКЛЕ СОН-БОДРСТВОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЛЁГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Лышова О.В.
ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России, Воронеж, Россия

Цель: изучить структуру и особенности аритмического синдрома в цикле сон – бодрствование у больных с хронической бронхолёгочной и сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 506 суточных электрокардиограмм стационарных больных. Критерии включения в исследование: больные ХОБЛ I-III стадии (86,8% от общего числа) и бронхиальной астмой среднего и тяжёлого течения (13,2%) в фазе обострения (n=216) и больные с ухудшением течения ИБС (52,6%), гипертонической болезни II-III стадии (67,0%) на фоне хронической бронхолёгочной патологии в фазе ремиссии (n=290). С учётом характера наджелудочковой эктопической активности по отношению к “норме” все обследованные разделены на 4 группы. 1-ю группу составили 136 больных (57 женщин и 79 мужчин) в возрасте 18-78 лет (средний возраст 54,2±1,1 лет); 2-ю группу – 200 больных (69 женщин и 131 мужчина) в возрасте 16-76 лет (средний возраст 51,4±0,8 лет); 3-ю группу – 80 больных (28 женщин и 52 мужчины) в возрасте 23-90 лет (средний возраст 65,5±1,2 лет); 4-ю группу – 90 больных (42 женщины и 48 мужчин) в возрасте 35-80 лет (средний возраст 58,8±1,0 лет). Хронические бронхолёгочные заболевания в фазе обострения отмечались у больных 1-й и 3-й групп, в фазе ремиссии – 2-й и 4-й.

Результаты. В 1-ю и 2-ю группы вошли больные с наджелудочковой эктопической активностью, характерной для здоровых лиц (одиночная, парная, групповая экстрасистолия), или без неё; в 3-ю и 4-ю – с наджелудочковой эктопической активностью, нехарактерной для здоровых лиц (эпизоды наджелудочкового ускоренного ритма, пароксизмы тахиаритмий) и больные с постоянной формой фибрилляции предсердий (12 случаев в 3-й группе и 5 – в 4-й). Количество наджелудочковых аритмий на синусовом ритме превысило 30/ч у 27 (39,7%) больных 3-й группы, у 29 (34,1%) – в 4-й, в то время как у больных 1-й и 2-й групп наджелудочковые аритмии с такой частотой встречались достоверно реже. Желудочковые аритмии III, IV и V градации (по Ryan) чаще регистрировались у больных 3-й и 4-й группы (57 и 36%), по сравнению с 1-й и 2-й (21 и 18%), в обоих случаях p<0,001. На ранние утренние и утренние часы приходилась максимальная плотность регистрации эпизодов наджелудочкового ускоренного ритма и пароксизмов тахиаритмий у больных 1-й и 3-й групп, а также желудочковых аритмий у больных 2-й и 4-й групп. В остальных случаях плотность распределения сердечных аритмий была примерно одинаковой на протяжении сна и бодрствования.

Заключение. По данным суточного мониторирования ЭКГ у больных ХОБЛ и бронхиальной астмой в фазе обострения частота регистрации наджелудочковой эктопической активности, нехарактерной для здоровых лиц составила 37,0%, желудочковых аритмий высоких градаций – 57,0%, тогда как у больных с ухудшением течения хронических сердечно-сосудистых заболеваний аналогичные показатели равнялись 31,0% и 36,0% соответственно. Установлены циркадианные особенности распределения наджелудочковых и желудочковых аритмий в обследованной выборке больных.

437 РЕОПНЕВМОГРАФИЯ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Лышова О.В.
ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России, Воронеж, Россия

В современной литературе опубликовано сравнительно небольшое количество работ, целью которых являлось изучение деятельности кардиореспираторной системы в цикле "сон-бодрствование". Портативные полифункциональные регистраторы с функцией реопневмографии позволяют проводить эти исследования в условиях привычной жизнедеятельности обследуемого. Ограничением к широкому внедрению метода в клиническую практику является отсутствие автоматической системы анализа реопневмографической кривой вентиляции.

Цель: на основе имеющихся в литературе понятий и терминов провести визуальный анализ реопневмограммы (РПГ), записанной синхронно с электрокардиограммой (ЭКГ) и актограммой на протяжении естественного сна у человека.

Материал и метолы. Проанализировано 620 суточных мониторограмм, записанных в условиях привычной жизнедеятельности у здоровых лиц молодого возраста (160 человек) и больных с различной соматической патологией (460 человек). Всем обследованным проводили одновременную запись ЭКГ (3 отведения), интегральной реопневмограммы (РПГ) с нижних отделов обоих лёгких и актограммы ("Кардиотехника 04-3Р, 04-3РМ"; ИНКАРТ, СПб.). Во время естественного сна проведён качественный и количественный анализ РПГ, представленной параллельно с гистограммой распределения последовательности RR-интервалов (кардиоинтервалограммой) и ЭКГ.

Результаты. Объектами исследования на РПГ явились: дыхательный цикл (ДЦ) и дыхательная пауза (задержка дыхания). Визуальный, или качественный анализ ДЦ, в интересующий момент времени, сочетался с количественным. Вручную рассчитывали такие параметры, как частоту дыхательных движений за 1 минуту; длительность дыхательного цикла, фазы вдоха и выдоха отдельно; амплитуду дыхания (дыхательный объём) относительно изолинии. По формулам вычисляли дыхательный коэффициент и полезный цикл. При регистрации задержки дыхания определяли её продолжительность, особенности появления и завершения. Различали задержки дыхания на вдохе, на выдохе, в положении вдоха или выдоха. В тех случаях, когда следовали три и более задержки дыхания, разделённые закономерно повторяющейся серией ДЦ (по количеству и амплитуде), регистрировали периодический тип дыхания. Параллельный анализ кардиоинтервалограммы и ЭКГ, синхронизированных по времени с РПГ, позволил изучить сопряжение ритма сердца и его нарушений с фазовой структурой дыхательных циклов, а при их отсутствии – с задержками дыхания. Изучены различные варианты сопряжения ритма дыхания с эпизодами нарушения проведения сердечного импульса на фоне синусового ритма; желудочковыми экстрасистолами; наджелудочковыми экстрасистолами и тахиаритмиями.

Заключение. В настоящем исследовании показана целесообразность проведения визуального анализа интегральной реопневмограммы для оценки паттерна дыхания, а также для изучения индивидуальных особенностей кардиореспираторного сопряжения на протяжении естественного сна.

438 ИЗ ИСТОРИИ О ВТОРИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЯХ

Любимцева Т.А., Сорокина Л.А.

ФГУ "Федеральный Центр Сердца, Крови и Эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий", Санкт-Петербург, Россия

Вторичная артериальная гипертензия (ВАГ) – повышение системного артериального давления (АД) – стойкое или эпизодическое – у пациентов вследствие доказанной патологии со стороны определенного органа или системы. Чаще всего, речь идет о заболеваниях почек и эндокринной системы. Однако известны и другие типы ВАГ. До сих пор в научном мире нет общепризнанной унифицированной классификации ВАГ, так же как нет четкого представления в отношении исторических знаний по данной тематике.

В результате анализа научной литературы было выявлено, что термин ВАГ уже многие годы фигурирует в клинических руководствах и научных журналах, с 1970-х гг. часто упоминается и подробно разбирается в монографиях Е. И. Чазова, Г. Г. Арабидзе, М. С. Кушаковского, R. Alquist. Одним из первых о проблеме ВАГ заговорил ленинградский ученый и клиницист Г.Ф. Ланг (1875 – 1948). Целью настоящей работы является систематизация сведений из истории кардиологии: уточнение хронологии открытий и этапов совершенст-вования знаний в области изучения ВАГ. Первые сведения о гипертензионном эффекте экстракта почек были получены R. Tigerstedt и P. Bergman в 1898г., данный прессорный агент был назван ренином. В 1935 г. одновременно две исследовательские группы (Eduardo Mendez в Буэнос-Айресе, Irving Page в Индианаполисе) независимо друг от друга выделили ангиотензин. Отдельные сведения об эндокринных ВАГ имелись с 17 в.: Sylvius de la Boe, 1614-1672, указывал, что печень, селезенка и надпочечники выделяют в кровь вещества, влияющие на организм. В 1835г, 1840г описаны заболевания щитовидной железы (Грейвз, Базедов); в 1912, 1924г – надпочечников (синдром Иценко-Кушинга), в 1955г синдром Конна. В 1855г французский физиолог C. Bernard ввел термин "внутренняя секреция". Болезни гипофиза, сопровождающиеся ВАГ, были выделены H. Marie в 1886г, – акромегалия; в 1901г A. Frohlich, – адипозо-генитальная дистрофия. Первое сообщение о феохромоцитоме принадлежит F. Frankel, 1886г. Впервые прижизненно данную опухоль распознали H. Vaquez, E. Donzelot в 1926г, первое удаление произвел C. Mayo в 1927г. В 1905г английским физиологом E. H. Starling введен термин "гормон".

На сегодняшний день учеными описано более 70 вариантов ВАГ (Гогин Е.Е., Сененко А.Н., Тюрин Е.И., 1978; Tuttle E.P., Hall W.D., 1978 и др.). Их классификация может основываться на различных принципах (Палеев Н.Р., 1980), однако наибольшее распространение получили этиологические классификации. Одной из первых считают классификацию Julius S., 1977, которая с дополнениями Кушаковского М.С. 1983г включает почечные ВАГ (ренопаренхиматозные двусторонние и односторонние, реноваскулярные, или вазоренальные), эндокринные (надпочечниковые, гипофизарные, тиреоидные, паратиреоидные, карциноидный синдром), кардиоваскулярные, или гемодинамические (коарктация аорты, артериовенозные фистулы, эритремия, болезнь Педжета и др.), нейрогенные (опухоли, кисты, травмы мозга), поздний токсикоз беременных, экзогенные ВАГ (отравления, лекарственные воздействия). Таким образом, история открытия заболеваний, сопровождающихся ВАГ, их описание, классификация, методы лечения имеют богатую историю.

439 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Лямина Н.П.[1], Лямина С.В.[2], Сенчихин В.Н.[1]

[1]ФГУ "Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия; [2] ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Скрытая артериальная гипертония (АГ) представляет собой серьезную угрозу для здоровья пациентов и часто не выявляется при клиническом измерении АД, но скрытая АГ может быть выявлена при проведении 24-часового мониторирования артериального давления, которое является достаточно дорогостоящей и сложной процедурой. Поэтому необходима разработка чувствительного и экономически выгодного теста для выявления у пациентов скрытой АГ, применимого в том числе и при проведении скрининговых осмотров. Цель исследования заключалась в оценке прогностической ценности использования прессорного ответа на добровольную задержку дыхания – тест задержки дыхания на 30 секунд, в выявлении скрытой АГ у лиц молодого возраста.

В исследовании приняли участие 269 молодых лиц в возрасте от 18 до 36 лет (средний возраст 25,6 лет), из различных социаль-

ных и профессиональных групп, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета или каких-либо других хронических заболеваний. До включения в исследование пациентам проводили обследование: офисное и амбулаторное измерение АД, физикальный осмотр и тщательный сбор анамнеза. Среди включенных в исследование пациентов при проведении офисного измерения АД у 226 лиц отмечалось нормальное АД (<120/80 мм рт.ст.), у 43 – высокое нормальное АД (>120/80<140/90 мм рт. ст.). Лица, участвующие в исследовании, воздерживались от приема алкоголя и лекарственных препаратов, как минимум, на протяжении 72 часов до проведения теста. Кроме того, лица воздерживались от физических нагрузок, курения и употребления стимулирующих напитков, как минимум, на протяжении 2 часов до проведения теста и в день проведения СМАД.

Результаты теста задержки дыхания и 24-часового мониторинга АД согласовывались в 250 из 269 случаев (93%). Важно отметить, что ни у одного пациента с нормальным или высоким нормальным АД в покое, и с отрицательным результатом теста задержки дыхания не выявлена скрытая АГ по результатам 24-часового мониторинга АД, что показывает прогностическую ценность отрицательного результата теста 100%. Для лиц с нормальным или высоким нормальным АД в покое положительный тест задержки дыхания, который был отмечен у 53 пациента, выявил скрытую АГ у 34 пациентов, что обусловливает прогностическую ценность положительного результата 64%. Учитывая контролируемые условия проведения исследования, тест с задержкой дыхания позволяет эффективно исключать скрытую гипертонию у действительно здоровых лиц и точно выявлять лиц, со скрытой АГ, которым впоследствии необходимо проведение обязательных диагностических методов исследования для исключения стабильной артериальной гипертонии.

440 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ НА ПОСТСТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лямина Н.П., Котельникова Е.В.
ФГУ "Саратовский НИИ кардиологии" Минздравсоцразвития РФ, Саратов, Россия

Доказано, что компьютеризация медицинских данных может значительно улучшить качество медицинской помощи. При этом данные, полученные на стационарном и постстационарном этапах реабилитации больных ИБС, могут быть связаны между собой, что гарантирует высокую преемственность и непрерывность реабилитационно-профилактической помощи.

Целью исследования являлось изучение эффективности реабилитационно-профилактических мероприятий у пациентов с ИБС при использовании медицинской информационной системы (МИС) и компьютеризированной системы поддержки врачебных решений (СПВР).

Материал и методы. В исследование были включены 194 пациента (124 мужчины и 70 женщин, средний возраст 53,5±3,6 лет) с ИБС, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Для сбора, хранения и выбора варианта физической тренировок (ФТ) использовалась МИС "Cardinet-online", дополненная компьютеризированной СПВР "Программа ЭВМ выбора режима физических тренировок у больных ишемической болезнью сердца, перенесших чрезкожное коронарное вмешательство" (Свидетельство Роспатента №2009613090, 15.06.2009г.). Каждому пациенту группы ФТ (n=108), выдавались подробные печатные рекомендации по режиму физической активности, автоматически формируемые МИС. С целью контроля эффективности реабилитации определялись толерантность к физической нагрузке (ТФН), качество жизни (КЖ), приверженность реабилитационным мероприятиям и лекарственной терапии. Группу сравнения составили пациенты после ЧКВ (n=68, сравнимого возраста), находящиеся на традиционном амбулаторном наблюдении.

Результаты. Динамика физической активности показала через 12 мес увеличение ТФН (8,8±0,4 МЕ против 6,3±0,3 МЕ) и средней продолжительности нагрузки в группе ФТ (11:03±1,18 мин против 6:49±1,9 мин), что достоверно отличало их от контрольной группы. Наблюдалась положительная динамика КЖ (средний балл возрос с 87,1±1,19 до 97,1±2,77). Высокий суммарный показатель КЖ был обусловлен улучшением КЖ в физической сфере (18,9%). В контрольной группе средний суммарный показатель КЖ через 12 мес. составил 86,4±7,58 баллов. Уровень приверженности лекарственной терапии на протяжении периода реабилитации составил: к приему гипотензивных препаратов 90% (против 65.5% в группе контроля), приему статинов (88,0% против 62,8%); приему антиагрегантов (88,0% против 62,8%). Уровень приверженности ФТ составил около 81%.

Достигнутая эффективность объяснялась, прежде всего, возможностями, связанными с использованием в исследовании МИС. Снижение времени, затраченное на визит, было достигнуто за счет базы данных МИС и автоматически генерируемой печатной формой рекомендаций. Кроме этого, позитивной явилась и сама обстановка врачебного приема: использование электронной базы данных придавало "технический" характер профилактической помощи, одновременно предоставляя возможность непрерывного медицинского наблюдения.

441 ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И СИСТЕМЫ NO ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ПОСТИНФАРКНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ

Мавлянов И.Р., Камилова У.К., Мирзаева С.М., Абдуллаева Ч.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить состояния системы NO тромбоцитов крови в условиях дислипидемии у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненной НК.

Материал и методы исследования. Исследование проводили у 18 больных ПИКС, осложненной НК мужчин в возрасте от 46 до 60 лет (средний возраст 53,9±4,2лет). В обследование не включали больных сахарным диабетом, нарушениями ритма сердца, хроническими обструктивными болезнями легких. Контрольную группу составила 10 практически здоровых лиц.

Липидный спектр изучали путем определения содержания в крови холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХС ЛПНП, ХС ЛПВП). Для оценки системы NO в тромбоцитах крови определили уровень NO, пероксинитрита (ONOO), а также активность eNOS и iNOS (синтазы оксида азота – NOS).

Полученные результаты. Проведенные исследование показали, что у обследуемых больных отмечается прирост уровня ХС на 29,4%, ТГ – на 40,9%, ХС ЛПНП – на 43,4% и снижения уровня ХС ЛПВП на 27,3%.

На фоне дислипидемии в тромбоцитах крови происходит снижения уровня NO на 40,4%, а пероксинитрита, наоборот, повышается почти в 2 раза, соответственно по сравнению с контрольной группы. В то же время в тромбоцитах происходит снижения активности eNOS на 29,2%, а iNOS, наоборот повышается в 1,5 раза.

Выводы. У больных постинфарктным кардиосклерозом в условиях дислипидемии наблюдается заметные сдвиги в системе NO тромбоцитов.

442 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Мажитов Т.М., Карабаева Р.Ж.
АО "Медицинский университет Астана", Больница Управления делами Президента РК, Астана, Республика Казахстан

Цель исследования. Оценить состояние липидного обмена у лиц, страдающих артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы исследования. Обследовано 177 пациентов АГ. Средний возраст обследованных составил – 49,3±7,4 лет. Оценка состояния липидного обмена проводили колориметрическим фотометрическим методом на анализаторе "Olimpus".

Результаты. Нарушения липидного обмена выявлены у 52 (40,9%) пациентов АГ. Пациенты с показателями липидного обмена в пределах допустимых значений составили 1 группу, с дислипидемиями – 2 группу. Исследование показало, что группы существенно не отличались по уровню АД. Достоверных различий в среднем возрасте лиц с нормальными и измененными показателями липидного обмена также выявлено не было (46,8±7,1 лет в 1 группе, 51,7±8,4 лет во 2 группе). В тоже время 2 группу отличало достоверно большее число лиц, имеющих избыточную массу тела и ожирение, а также фактор курения. Так, избыточная масса тела и ожирение различных степеней были выявлены у 50% и 41,7% лиц 2 группы. В 1 группе избыточную массу тела имели 32% пациентов, лиц с ожирением не было. Индекс массы тела был достоверно выше во 2 группе (29,5±4,02 кг/м² против 22,1±3,3 кг/м², p≤0,05). Табакокурение было зарегистрировано у 48% пациентов 1 группы и 76% пациентов 2 группы. Изучение показателей липидного обмена показало, что группы достоверно различались по уровню общего холестерина (ХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), коэффициенту атерогенности. Так, изучаемые показатели имели следующие значения в 1 группе пациентов: общий ХС – 4,2±0,7 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 1,5±0,4 ммоль/л, ХС ЛПНП – 2,9±0,9 ммоль/л, ТГ – 1,7±1,2 ммоль/л, коэффициент атерогенности – 2,0±0,6, тогда как во 2 группе: общий ХС – 6,2±1,1 ммоль/л (p≤0,05), ЛПВП – 1,2±0,4 ммоль/л, ЛПНП – 3,8±0,8 ммоль/л (p≤0,05), ТГ – 2,5±1,6 ммоль/л, коэффициент атерогенности – 4,2±1,2 (p≤0,05). У 35,9% пациентов повышенный уровень общего ХС сочетался с высокими значениями ТГ. Изолированная гипертриглицеридемия была выявлена у 23,1% больных АГ. В тоже время лишь у 20,8% пациентов с дислипидемиями был зарегистрирован низкий уровень ХС ЛПВП. Типирование нарушений ритма по Д.Фредериксону показало, что наиболее распространенными среди обследованных пациентов являются IIa (35,8%) и IIb (49%) типы.

Вывод: проведенное исследование показало высокую распространенность дислипидемий у пациентов АГ. Выявленные нарушения ритма в большинстве случаев относятся к высокоатерогенным типам гиперлипидемий и в сочетании с другими факторами риска значительно повышают риск развития сердечно-сосудистых осложнений и неблагоприятный прогноз. Проведенная работа имеет значимость для разработки индивидуальных программ вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий.

443 СКРЫТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРЕДИКТОР ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Майскова Е.А., Пушкарева Е.В., Шварц Ю.Г.

ГОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель: выявить ультразвуковые особенности строения щитовидной железы у кардиологических больных с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы исследования. У 86 пациентов старше 50 лет, страдающих ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией, выполнено ультразвуковое (УЗ) исследование щитовидной железы (ЩЖ). Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от наличия фибрилляции предсердий (ФП): 1 группа – 60 человек с ФП, 2 группа – 26 человек без нарушений ритма. Критерии исключения: наличие в анамнезе или на момент обследования заболеваний ревматической природы, инфекционного миокардита, установленного или манифестного гипотиреоза, тиреотоксикоза и аутоиммунного тиреоидита.

Результаты. Нормальную структуру ЩЖ имели только каждый третий пациент без аритмии (33%) и каждый пятый пациент с ФП (22%). У большинства пациентов обеих групп выявлены УЗ признаки патологии ЩЖ. Среди больных с ФП достоверно чаще выявлялись увеличение ЩЖ (33% против 13%, p<0,05) и многоузловое поражение (52% против 19%, p<0,005). Однако солитарные (одиночные) узлы в ЩЖ более часто встречались у больных без нарушений ритма (31% без аритмий против 15% с ФП). В отношении узлового поражения в целом, которое встречалось у большей части пациентов (67% с ФП и 50% без аритмий), достоверных отличий между пациентами не выявлено, хотя отмечалась тенденция к превалированию данной патологии у больных с аритмией. Только у пациентов с ФП выявлены признаки диффузного увеличения ЩЖ без ее узлового поражения (5%). В отношении других видов патологии (признаки аутоиммунного тиреоидита, кист, гипоплазии ЩЖ) – достоверных отличий между пациентами двух групп не получено. С целью установления прогностической значимости УЗ патологии ЩЖ на развитие ФП, была произведена оценка тяжести кардиальной патологии по данным эхокардиографии у различных категорий больных. При этом выявлено, что наиболее выраженные изменения (увеличение размеров камер сердца, снижение фракции выброса) отмечались среди больных с ФП в случае наличия у них солитарных узлов в ЩЖ. И, наоборот, минимальные изменения наблюдались у пациентов с многоузловым поражением.

Выводы. У кардиологических пациентов с фибрилляцией предсердий достоверно чаще встречается увеличение щитовидной железы и ее многоузловое поражение. Учитывая то, что при этом степень выраженности кардиологической патологии остается относительно невысокой, можно предположить, что развитие ФП является следствием суммарного влияния как основного заболевания, так и сопутствующей патологии щитовидной железы. Поскольку большинство российских пациентов проживает в условиях природного дефицита йода, появление многоузлового зоба с возрастом может быть проявлением функциональной автономии щитовидной железы, которая в последующем приводит к развитию ее гиперфункции и аритмических осложнений.

444 АССОЦИАЦИЯ ОНП МАРКЁРОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТЬЮ

Максимов В.Н.[1,3], Орлов П.С.[2], Устинов С.Н.[1], Малютина С.К.[1], Ромащенко А.Г.[2], Воевода М.И.[1,2], Куликов И.В.[1,2]

[1]НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; [2]ИЦиГ СО РАН, Новосибирск, Россия; [3]ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, Новосибирск, Россия

Введение. В настоящее время ишемическая болезнь сердца является одной из основных причин смерти в развитых странах. Одна из форм ИБС – внезапная смерть. В последние годы в мире проведён целый ряд полногеномных ассоциативных исследований инфаркта миокарда. Вклад ОНП маркёров, обнаруженных в ходе этих исследований в развитие ВСС неизвестен. С инфарктом миокарда в сибирской популяции из восьми ОНП маркёров ассоциированы четыре.

Материалы и методы. Контрольная выборка без признаков ИМ 420 человек была сформирована на основе популяционной выборки 45-69 летних жителей Октябрьского и Кировского районов г. Новосибирска (9397 человек), которая собрана НИИ терапии СО РАМН в ходе работы по международному проекту HAPIEE (Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe). Забор аутопсийного материала проводился у лиц, умерших внезапно и подвергнутых судебно-медицинскому исследованию. Средний возраст умерших составил 53,6±7,9 г. Всего были проанализированы образцы ДНК (283 человека), умерших внезапно (без морфологиче-

ских изменений характерных для инфаркта миокарда, дилатационной и гипертрофической кардиомиопатий и др.). Геномную ДНК выделяли из венозной крови или образцов ткани методом фенол-хлороформной экстракции. Полиморфизм генов тестировали с помощью ПЦР в реальном времени в соответствии с протоколом фирмы производителя (зонды TaqMan, Applied Biosystems, USA) на приборе ABI 7900HT. В исследование были взяты следующие ОНП: rs499818 (хр. 6), rs619203 гена ROS1, rs10757278 и rs1333049 (хр. 9), rs1376251 гена TAS2R50, rs2549513 (хр. 16), rs4804611 гена ZNF627 и rs17465637 гена MIAF3. Статистический анализ проводился с использованием стандартных статистических процедур.

Основные результаты. Rs10757278 статистически достоверно ассоциирован с частотой сердечных сокращений (p=0,037, в тесте Крускалла-Уоллиса): у носителей генотипа AA она выше, чем у носителей генотипа AG (p=0,011, в тесте Манна-Уитни). В группе с ВСС значимо выше доля носителей гомозиготного генотипа AA 39,9% против 26,6% в контрольной группе (p=0,000). Отношение шансов обнаружить носителя генотипа AA в группе с ВСС в 1.8 раза выше, чем в контрольной группе (95% ДИ 1,3-2,5). Rs1333049 также ассоциирован с частотой сердечных сокращений (p=0,007, в тесте Крускалла-Уоллиса). В группе с ВСС значимо выше доля носителей гомозиготного генотипа CC 24,7% против 18% в контрольной группе (p=0,035). Отношение шансов обнаружить носителя генотипа CC в группе с ВСС в 1.5 раза выше, чем в контрольной группе (95% ДИ 1,1-2,2).

Заключение. Из восьми ОНП в городской сибирской популяции ассоциированы с внезапной сердечной смертью rs10757278 и rs1330049.

Благодарности. Работа поддержана грантом РФФИ в рамках научно-исследовательского проекта “Изучение молекулярно-генетических маркёров предрасположенности к внезапной сердечной смерти” (№ 10-04-01448-а).

445 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Максютова Л.Ф., Максютова С.С., Баянова И.Л., Кудашева Н.А., Парасюк Е.Г.

ГОУ ВПО “Башкирский государственный медицинский университет Росздрава”, МУ ГКБ №5, Уфа, Россия

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность бисопролола (бидопа) у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Было обследовано 40 пациентов (мужчин – 15 и женщин – 25) в возрасте от 66 до 78 лет с АГ 1 и 2 степени, в анамнезе которых отсутствовали данные о перенесенных острых сердечно – сосудистых случаях (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, артериальные тромбозы и эмболии). Пациентам назначался бидоп в начальной дозе 5 мг/сутки в один прием. При отсутствии достижения целевых значений АД с 10-х суток лечения дозу увеличивали до 10 мг/суток, в случае недостаточной эффективности (АД выше целевых значений и частота сердечных сокращений (ЧСС) более 80 в минуту), с 15 дня к терапии добавлялся гидрохлортиазид (ГХТ) в дозе 12,5 мг/сутки. Продолжительность исследования составила 4 недели. Эффективность терапии оценивалась по достижению целевого АД (менее 140 мм рт.ст. для систолического и менее 90 мм рт.ст. для диастолического АД). Для оценки безопасности лечения бидопом анализировались случаи появления побочных эффектов. Проводился анализ показателей центральной гемодинамики, суточного мониторирования АД (СМАД), данных эхокардиографии (Эхо-КГ) по стандартной методике.

Полученные результаты. Исходная средняя ЧСС была выше 90 ударов в минуту, что отражало преобладающую симпатикотонию и явилось дополнительным обоснованием для назначения бисопролола. У 12 больных (30%) выявлены наджелудочковые нарушения ритма (гемодинамически незначимые). Признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) в виде левого типа ЭКГ и суммы RI +SIII ≥ 25мм определены у 27 (67,5%) больных. При ЭхоКГ у всех пациентов наблюдалось повышение показателей, характеризующих гипертрофию миокарда ЛЖ: толщина задней стенки ЛЖ была увеличена до 1,4±0,08см, на 27,3% (p<0,01), толщина межжелудочковой перегородки – до 1,3±0,09см, на 30% (p<0,01), индексы массы миокарда ЛЖ у мужчин – до 165,0±10,8г/м^2, на 23,1% (p<0,05), у женщин – до 136±11,2г/м^2, на 23,6% (p<0,05) по сравнению с нормальными показателями. Величина фракции выброса (ФВ) была в пределах нормальных значений (60,3±2,5%). В ходе исследования на 14 сутки лечения бисопрололом в дозе 5 мг/сутки целевые значения АД были получены у 52,5%. При увеличении дозы препарата до 10 мг/сутки целевых уровней АД дополнительно достигли 25% пациентов. По данным СМАД нормализовались исходно нарушенные показатели вариабельности дневного систолического АД (p<0,05) и диастолического АД (p<0,05) у 72,5% и 67,5% больных соответственно.

Выводы. Выявлена высокая антигипертензивная эффективность применения бидопа для лечения АГ у больных пожилого возраста. Так, целевые уровни АД на фоне монотерапии препаратом к 25-м суткам достигнуты у 77,3%, а при добавлении ГХТ – у 90,0% пациентов. Наблюдалась нормализация исходно нарушенной вариабельности АД. При оценке безопасности лечения выявлено 3 случая субъективного ощущения усталости и появления головной боли.

446 КАРДИОМИОПАТИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Малев Э.Г.[1], Реева С.В.[1,2], Тимофеев Е.В.[1,2], Пшепий А.Р.[1], Земцовский Э.В.[1,2]

[1]Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия; [2]Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

В ряде исследований было показано снижение систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у симптомных пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК). Целью нашего исследования было оценить функцию ЛЖ у бессимптомных пациентов молодого возраста с ПМК без значимой митральной регургитации (МР) с использованием двумерного анализа деформации миокарда.

Методы: в исследование было включено 60 пациентов с ПМК (средний возраст 19,7±1,6 лет; 72% юноши). Контрольную группу составили 224 здоровых лиц сопоставимого возраста. ПМК диагностировался при максимальном систолическом смещении створок митрального клапана за линию кольца митрального клапана более чем на 2 мм в парастернальном продольном сечении. Продольная, радиальная и циркумферентная деформация и скорость деформации миокарда оценивались в трех верхушечных и трех парастернальных сечениях по короткой оси, с помощью методики spackle tracking (Vivid 7 Dim, EchoPAC’06, GE), при частоте кадров 50-55/сек.

Результаты и обсуждение: глобальный стрейн (среднее значение пиковой продольной систолической деформации для ЛЖ) у лиц с ПМК достоверно не отличался от контрольной группы (-20,6±3,8% vs. -19,6±3,4%, соответственно; p=0,12). При этом значимые отличия между группами по величинам локальной продольной деформации имеются в четырех из шести стенок ЛЖ: снижение в МЖП (передне- и нижне-перегородочные сегменты) и повышение в боковой, задней и нижней стенках у пациентов с ПМК по сравнению с контрольной группой. Однако, при проведении кластерного анализа нам удалось выделить подгруппу пациентов с ПМК (17 человек, 28% от группы ПМК) с наименьшими значениями продольной деформации (глобальный стрейн – 15,5±2,9%). У них также выявлялась тенденция к снижению систолической функции ЛЖ (56,8±5,2% vs. 62,0±5,4%; p=0,0002), так и признаки ухудшения диастолической функции ЛЖ – сни-

жение амплитуды волны раннего диастолического расслабления при тканевой допплерографии (e': 14,5±1,1 vs. 15,4±1,4; p=0,03). Данные изменения наблюдались на фоне тенденции к дилатации ЛЖ (КДР: 49,8±4,6 мм vs. 45,6±4,5 мм; p=0,0003) и могло послужить причиной большего объема ЛП (24,7±2,5 мл/м^2 vs. 21,6±2,9 мл/м^2; p=0,0001) по сравнению с контрольной группой; и могут быть вторичными на фоне нарушений соединительной ткани при ПМК – известно, что строение и функция миокарда в большой степени зависит от экстрацеллюлярного матрикса, содержащего фибриллярные белки, такие как коллаген, эластин и др.

Заключение: использование современных высокотехнологичных методов исследования, позволил нам выявить ряд особенностей деформации миокарда, характерных для группы молодых бессимптомных пациентов с ПМК, изменения систолической и диастолический функции ЛЖ у которых позволяет предположить вторичной кардиомиопатии при пролапсе митрального клапана.

447 ДИНАМИКА МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И ПАТТЕРН КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕКУЩИМ ИНТРАКОРОНАРНЫМ АТЕРОТРОМБОЗОМ

Малинова Л.И.[1], Долотовская П.В.[1], Фурман Н.В.[1], Ахмадуллина Л.Г.[1], Денисова Т.П.[2], Симоненко Г.В.[3], Тучин В.В. [3]

[1]ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия; [2]ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ" им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия; [3]ГОУ ВПО "Саратовский ГУ" им. Н.Г. Чернышевского, Саратов, Россия

Цель. Оценить динамику маркеров активации свертывающей системы крови у пациентов с текущим интракоронарным атеротромбозом и сопоставить ее с основными гемокинетическими параметрами кровотока.

Методы. Обследован 41 мужчина, госпитализированный с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) в возрастном диапазоне от 40 до 75 лет. Все пациенты находились на стандартизированной терапии, согласно отечественным рекомендациям. Сывороточная концентрация D-димера определялась количественным методом в первые и на 7-е сутки с момента манифестации ОКСпST. Гемокинетические параметры кровотока определялись в первые сутки с момента госпитализации больного invitrоs условиях моделирования систолодиастолического цикла при поддержании постоянной объемной скорости кровотока.

Полученные результаты. При поступлении сывороточный уровень D-димера был повышен и составил 745,4±97,5 ng/ml. К седьмым суткам течения заболевания все пациенты разделились на две группы: в первой наблюдалось статистически достоверное повышение уровня D-димера (p=0,029), а во второй – его снижение (p=0,004). Изучение структуры кровотока позволило выявить два преимущественных типа кровотока у обследованных пациентов: 1-й – повышение адгезивности лейкоцитов к сосудистой стенке, преобладание устойчивых к воспроизводимому диапазону напряжений сдвига пространственно разветвленных эритроцитарных агрегатов, располагающихся преимущественно в центральной зоне кровотока. 2-й тип отличался значимым снижением линейных скоростей в центральной зоне кровотока, высокой распространенности феномена микротромбообразования, преобладанием эритроцитарных агрегатов, образованных по типу монетных столбиков. Коэффициент полихорической корреляции для приведенных данных составил 0,654.

Выводы. Пациенты с 1-ым типом паттерна кровотока отличались тенденцией к повышению сывороточной концентрации D-димера на седьмые сутки с момента манифестации ОКСпST, по сравнению с пациентами с 2-м типом. Таким образом, сочетание повышения адгезивности лейкоцитов к сосудистой стенке, преобладания устойчивых к воспроизводимому диапазону напряжений сдвига пространственно разветвленных эритроцитарных агрегатов, располагающихся преимущественно в центральной зоне кровотока, можно рассматривать как вариант тромбофилического состояния.

448 ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ПО ДАННЫМ ПРЕКАРДИАЛЬНОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА)

Малкиман Г.Ш., Мовчан Л.Н., Реминец Н.Н.

ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава, кафедра терапии, функциональной диагностики, профилактической и семейной медицины, Челябинск, Россия

Одной из основных причин смерти и инвалидизации от ишемической болезни сердца, особенно в трудоспособном возрасте, является острый инфаркт миокарда (ОИМ) (Р.Г. Оганов, 2003). Оценка состояния миокарда на ранней стадии острого инфаркта миокарда является чрезвычайно важной, поскольку именно в этот период формируется зона некроза, определяющая объем гибернирующего миокарда, формируются механизмы, влияющие в будущем на жизнеспособность сердечной мышцы. Стратификация риска при остром коронарном синдроме, учитывающая функциональное состояние и адаптационные возможности миокарда, является важнейшим компонентом клинической тактики и определения раннего и отдаленного прогноза у данной категории больных.

Цель. Изучение электрического ремоделирования миокарда у больных острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Обследовано 22 пациента с острым инфарктом миокарда. Группу контроля (25 человек) составили лица, не имевшие к моменту исследования какого-либо заболевания сердечно-сосудистой системы. Средний возраст в исследуемой группе составил 57,0+9,5 лет, в группе контроля – 50,3+9,9 лет. Всем обследуемым были проведены стандартные клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также прекардиальное ЭКГ-картирование с определением первой производной ЭКГ в 43 отведениях по методу НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН (2002г.). Расчет скорости активации желудочков (САЖ) производился по методике Э.Г. Волковой (2002 год).

Результаты. Обнаружено, что у больных ОИМ выраженное снижение уровня САЖ наблюдается в 36,4%, низкий уровень – в 54,6%, средний уровень – в 4,6% и высокий уровень – в 4,6% случаев. При изучении показателя неоднородности САЖ (ПНСАЖ) выявлено, что нормальный уровень регистрируется у 4,6%, высокий – у 63,6% и резко повышенный – у 31,8% пациентов. В группе контроля выраженного снижения уровня САЖ не выявлено, низкий уровень САЖ зафиксирован у 16,0%, средние показатели у 40,0% исследуемых; высокий уровень САЖ у 44,0% человек. При исследовании скоростных показателей электрической активности сердца получено, что средняя САЖ у больных ОИМ достоверно ниже, чем в контрольной группе. САЖ 40,3±6,1 с$^{-1}$ в исследуемой и САЖ 48,2±2,9 с$^{-1}$ в контрольной группах (p<0,0001). Средний ПНСАЖ левого желудочка у пациентов группы ОИМ достоверно выше, чем у лиц контрольной группы: ПНСАЖ (ОИМ) равен 88,8±16,9%, а ПНСАЖ (контроль) – 58,7±10,9% (p<0,0001). Получено, что вне зоны ОИМ скорость активации желудочков достоверно снижается к третьей неделе течения инфаркта от момента начала развития заболевания с 37,9±7,8 с$^{-1}$ до 33,9±6,4 с$^{-1}$ (p=0,041). Кроме того, выявлено, что на третьей неделе развития заболевания показатели САЖ вне зоны ОИМ снижаются и становятся достоверно меньше, чем САЖ в области инфаркта: 33,9±6,4 с$^{-1}$ и 38,9±5,7 с$^{-1}$ соответственно (p=0,037).

Выводы. Больные острым инфарктом имеют признаки электрического ремоделирования сердца, что проявляется

выраженной электрической гетерогенностью миокарда. После развития ОИМ изменения происходят не только в зоне инфаркта, но и вне ее. С течением времени происходит своеобразное истощение энергетических ресурсов клеток внеинфарктной области, к 17 суткам скорость активации желудочков в этой зоне прогрессивно снижается и становится достоверно ниже, чем в области формирующегося рубца. Этот факт дает основания предположить, что состояние неповрежденного миокарда также играет важную роль в течении и исходе заболевания.

449 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НОЛИПРЕЛОМ А ФОРТЕ И ВАЛСАФОРСОМ С ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Малых Т.В., Бабкин А.П., Золотарев О.Н.
"Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко", Воронеж, Россия

Артериальная гипертония является основным фактором прогрессирования ХПН любой этиологии, то проведение адекватной антигиперетензивной терапии является важнейшей задачей практического здравоохранения.

Цель исследования: изучить сравнительную эффективность моно и комбинированной антигипертензивной терапии (нолипрелом А форте и валсафорсом в сочетании с индапамидом) и оценить динамику функционального состояния почек у больных хроническим гломерулонефритом.

Материалы и методы исследования. Обследованы 40 пациентов, страдающих хроническим гломерулонефритом в сочетании с артериальной гипертонией. Средний возраст пациентов составил 49,0±0,89 лет, длительность хронического гломерулонефрита 7,0±0,69 лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой), сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты первой группы получали фиксированную комбинацию 2-х препаратов – периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг (Нолипрел А Форте, ® Servier), пациенты второй группы-валсартана 80 мг (Валсафорс, Promo-Med) ииндапамида 1,5 мг. Препараты назначались в течение 2-х месяцев. Проводились биохимические исследования крови (мочевая кислота и креатинин сыворотки крови). Функциональное состояние почек оценивалось по показателям скорости клубочковой фильтрации (проба Реберга-Тареева, формулы Кокрофта-Гаулта и MDRD).

Результаты исследования. Оба препарата обладают достаточным антигипертензивным эффектом, при этом в группе больных получающих нолипрел А форте САД ср. уменьшилось с 162,45 до 142,05 мм рт.ст. ($p<0,01$), ДАД ср. уменьшилось с 98,2 до 85,8 мм рт.ст. ($p<0,05$); в группе валсафорса с 161,05 до 145,90 мм рт.ст. ($p<0,05$) и с 101,35 до 87,5 мм рт.ст. ($p<0,05$) соответственно. В ходе лечения отмечена благоприятная тенденция, выразившаяся в увеличении числа больных с благоприятным циркадным профилем АД (dipper). Их количество увеличилось с 5% до 70% в группе лечением нолипрелом А форте, с 5% до 40% в группе лечением валсафорсом с индапамидом соответственно. У больных отмечалось значительное улучшение фильтрационной способности почек по пробе Реберга-Тареева на 20 мл/мин ± 0,56, по формуле Кокрофта-Гаулта на 7 мл/мин ± 0,36, по формуле MDRD на 6 мл/мин/1,73 м2 ± 0,16.

Выводы. Таким образом нолипрел А форте и валсафорс в сочетании с индапамидом оказались эффективными комбинациями антигипертензивных препаратов с сопоставимым антигипертензивным эффектом, однако у пациентов в подгруппе нолипрела А форте чаще отмечалась нормализация циркадных профилей АД. Нолипрел А форте оказал достоверное положительное влияние на улучшение функционального состояния почек.

450 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ОМАКОРОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Мальцева Л.С., Визиренко Н.А.
Курский государственный университет, кафедра внутренних болезней №2, Курск, Россия

Ишемическая болезнь сердца занимает лидирующие позиции среди всех причин смертности у людей среднего и пожилого возраста. Поэтому в последние годы уделяется все больше внимания изучению методом оценки тяжести и прогнозирования течения заболевания у таких больных. В настоящее время определение вариабельности сердечного ритма (ВСР) признано наиболее информативным неинвазивным методом количественной оценки вегетативной регуляции сердечного ритма. Существует взаимосвязь между состоянием вегетативной нервной системы (ВНС) и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, которая реализуется через более высокую склонность к сердечным аритмиям у больных с нарушениями ВНС. Снижение показателей ВСР свидетельствует о нарушении вегетативного контроля сердечной деятельности и увеличении вероятности срыва ритма В настоящее время остается неизученным влияние многих лекарственных препаратов на показатели ВСР.

Цель: оценить изменения показателей ВСР у больных ИБС с нарушением ритма и сахарным диабетом (СД) на фоне лечения омакором.

Материалы и методы. Обследовано 68 пациентов, страдающих ИБС и СД. Все больные были разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 33 пациентов, получающих стандартную терапию (пролонгированные нитраты, иАПФ, сахароснижающие препараты). Основную группу составили 35 больных ИБС и СД, которые наряду со стандартной терапией принимали омакор по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 3 месяцев. Изменения показателей ВСР оценивались с помощью суточного мониторирования ЭКГ на системе "Кардиотехника-4000" (Инкарт). Оценивалась динамика показателей высокочастотной (HF) и низкочастотной (LF) составляющей ВСР, а также их отношение (LF/HF).

Результаты исследования. В начале исследования у всех пациентов наблюдалось снижение показателей ВСР. На фоне лечения омакором у 29 пациентов основной группы в конце срока наблюдения отмечалось достоверное повышение основных показателей вариабельности сердечного ритма, а также тенденция к нормализации соотношения LF/HF, что говорит об оптимизации процессов вегетативного влияния на сердце. В контрольной группе достоверного изменения ВСР не выявлено.

Выводы. Включение омакора в лечение пациентов с ИБС в сочетании с СД приводит к улучшению показателей ВСР и снижению риска возникновения аритмических эпизодов.

451 ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСГОСПИТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ИСХОДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМ РИСК-СТРАТИФИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

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. Изучить особенности прогнозирования различных систем риск-стратификаций в возрастных группах до 65 и старше 65 лет.

Материалы и методы. В исследование включено 150 пациентов острым коронарным синдромом без подъема сегмента

ST, из них 55% (83) составили больные до 65 лет и 45% (67) старше 65 лет. Средний возраст пациентов составил 62±0,84 года (от 32 до 83 лет). 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 постгоспитальные исходы: смерть от всех причин, совокупность смерти от всех причин/развитие ИМ в течение 6 и 12 месяцев соответственно. Согласно критериям системы риск-стратификации TIMI учитывалась комбинация случаев смерти/ИМ/НС, требующей госпитализации в течение 12 месяцев от начала ОКС.

Результаты. Характеристическая кривая шкалы GRACE для совокупности случаев смерти/ИМ на период 6-месячного наблюдения не пересекает диагональную линию абсолютно неинформативного теста, площадь под кривой составила 0,67±0,07 (95% доверительный интервал 0,52-0,81, p<0,05) в группе больных до 65 лет и 0,72±0,08 (0,56-0,88, p<0,05) в группе больных старше 65 лет.

Прогностическая значимость модели TIMI в отношении предсказания совокупности смерти/ИМ/НС на период 12-месячного наблюдения у больных до 65 лет и старше 65 лет находилась на среднем уровне и составила 0,66±0,06 (0,54-0,78, p<0,05) и 0,69±0,07 (0,57-0,83, p<0,05) соответственно.

Площадь под кривой для шкалы PURSUIT в отношении прогнозирования смерти/ИМ в течение годового наблюдения в группе до 65 составила 0,74±0,08 (0,57-0,90, p<0,01), в группе старше 65 данные находились на уровне 0,84±0,05 (0,73-0,94, p<0,001). В отношении совокупности смерти/ИМ площадь под кривой у женщин составила 0,82±0,07 (0,69-0,96, p<0,001), у мужчин 0,78±0,07 (0,65-0,91 p<0,001).

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о среднем уровне прогностической значимости системы GRACE в группе больных до 65 лет и хорошей прогностической значимости в группе старше 65 лет на период 6-месячного наблюдения.

Прогностическая значимость модели TIMI в период годового динамического наблюдения не зависит от возраста пациентов.

Шкала PURSUIT продемонстрировала хороший и очень хороший уровень прогностической значимости соответственно в группах больных до 65 лет и старше 65 лет.

452 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛ/АМЛОДИПИН В ЛЕЧЕНИИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Мальчикова С.В., Тарловская Е.И.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель: изучить эффективность фиксированной комбинации периндоприл/амлодипин в лечении больных с неконтролируемой артериальной гипертонией.

Материалы и методы. В исследование, проведенное в рамках Российской открытой многоцентровой обсервационной программы “ПРОРЫВ”, были включены 56 больных артериальной гипертонией высокого и очень высокого риска (средний возраст 59,0±10,9 лет). Из них – 35,7% мужчин и 64,3% женщин. В течение 12 недель пациенты принимали фиксированную комбинацию периндоприл/амлодипин. Оценку качества жизни осуществляли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. До включения в программу 33,9% больных получали монотерапию; 39,3% – 2 препарата; 23,2% – 3 препарата и 3,6% – 4 препарата. Среди назначаемых гипотензивных средств 71,4% приходилось на долю ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента; 42,9% – бета-блокаторов; 41,1% – тиазидных диуретиков; 33,9% – антагонистов кальция; 14,3% – блокаторов рецепторов к ангиотензину 2. На фоне терапии фиксированной комбинацией периндоприл/амлодипин (средние дозы составили 7,9/6,3 исходно и 8,1/6,9 через 12 недель) уровень артериального давления снизился с 164,0±11,4/94,0±13,9 до 130,0±8,3/79,8±6,9; p<0,05. Частота достижения целевого артериального давления составила 73,2%. При этом среднее количество принимаемых лекарственных препаратов сократилось с 2,0±0,9 до 1,2±0,4 (p<0,05). Нежелательные лекарственные реакции наблюдались у 14,3% пациентов. Непосредственными причинами отмены препарата явилось возникновение кашля у 2 (3,6%) больных и сердцебиения у одного пациента. Уровень качества жизни по ВАШ исходно составил 53,5±20,5 баллов. В процессе лечения средний бал достоверно вырос до 73,8±16,4 (p<0,05).

Выводы: достижение целевого артериального давления у 73,2% больных с неконтролируемой артериальной гипертонией с помощью фиксированной комбинации периндоприл/амлодипин, а также достоверное сокращение среднего количества принимаемых лекарственных препаратов позволило достоверно улучшить качество жизни пациентов.

453 ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Мамаджанова Г.С., Аминов Х.Д., Умаров Х.У., Норкулова С.Ф., Бадалова З.А.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Целью данной работы явилось изучить клинические особенности перинатальной энцефалопатии и поражения сердца при них.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением 218 детей родившихся в асфиксии, с гипоксическим повреждением мозга в возрасте от 1 нед. до 2-х лет. Все дети наблюдались невропатологом, им проводились общий анализ крови, мочи, УЗИ мозга, УЗИ сердца, ЭКГ.

Результаты и их обсуждение. У всех наблюдаемых детей был отягощений анамнез. Выявлены нами факторы риска, способствующие развитию гипоксии мозга и поражению сердца. У 133 детей (61%) первой группы клиническая картина характеризовалась: глазной симптоматикой /косоглазие, нистагм/, тремор рук, легким усилением сухожильных и безусловных рефлексов, кратковременным общим беспокойством, что указывало на нарушение мозгового кровообращения. У этой группы больных отмечалась клиника функционального изменения сердца, которая характеризовалась рядом объективных признаков поражения сердца: тоны приглушены, тахикардия, аритмия, функциональный систолический шум, но границы сердца были в пределах нормы и нестойкие изменения формы одного или двух зубцов ЭКГ /QRS/. Но у 16 (12%) детей на фоне присоединившего ОРЗ отмечалось нарастание симптомов сердечной недостаточности и изменения со стороны сердца укладывались в клинику миокардиодистрофии. Усугублялись нарушения неврологической симптоматики. В основном преобладали поражения вегетативной иннервации: мраморный рисунок кожных покровов, стойкий дермографизм. У 63 (28,9%) со среднетяжелой формой неврологических расстройств клиническая картина характеризовалась тремя симптомокомплексами: симптомами нарушения мозгового кровообращения, повышением внутричерепного давления, вегетативными расстройствами. У 13 детей II группы и у всех детей III группы отмечалась кардиореспираторная депрессия. Синдром характеризовался угнетением основных жизненных функции – брадикардия, понижения мышечного тонуса, нарушение дыхания, гипотония. У них отмечалась кардиомегалия, нарушения проводимости, недостаточность кровообращения. 33 детям был выставлен диагноз функциональные кардиопатии, а у 10 – фиброэластоз эндокарда. Дифференциальный диагноз между ними удалось провести с помощью R-скопии грудной клетки. Немое сердце отмечалось у больных с фиброэластозом и отсутствие эффекта

от введения кардиотонических средств. У 20 детей врожденный порок сердца: из них 12 септальный порок сердца, у 3 незаращение артериального протока, у 5 болезнь Фалло. Изменения со стороны сердца у 17 больных укладывались в клинику функционального изменения, у 5 – врожденного порока сердца /топику установить не удалось из-за тяжести состояния.

Таким образом, у детей с перинатальной энцефалопатией отмечались различные кардиопатии, которые часто протекают с сердечной недостаточностью, что и является причиной летальных исходов у детей. Поэтому необходима ранняя диагностика изменений со стороны сердца и своевременного назначение кардиотонических препаратов.

454 КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мамаджанова Г.С., БадаловаЗ.А., Валиев М.Н., Самиева Н.Ш., Хатамова М.Н.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучить состояние сократительной способности сердца при сепсисе у детей раннего возраста.

Методы и материалы исследования: нами был проведен анализ историй болезни 55 детей в возрасте от 0-3 месяцев находившихся на стационарном лечении в ГМЦ с диагнозом сепсис. Всем детям проводилось клинико-лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, кала. Клинико-инструментальное исследование (ЭКГ, ЭхоКГ, ренгенографию грудной клетки). Этиология подтверждалась на основании эпиданамнеза, клиники, бактериологического и вирусологического исследования.

Результаты исследования: при клиническом исследовании у большинства детей 38 состояние было тяжелым, у 17 средней тяжести. При осмотре обращало внимание резкая бледность кожных покровов, отдышка с участием вспомогательной мускулатуры, кашель, нарушение сна, вялость, адинамия, или беспокойство, отказ от груди. У всех детей заболевание начиналось бурно: с выраженными физикальными изменениями в сердце и легких, с высокой температурой. У большинства 29 (82,9%) детей в остром периоде отмечались серо-землистый цвет лица, холодные конечности с мраморностью, пероральный цианоз, явления нейротоксикоза, отдышка. При выраженных экссудативных проявлений в легких отмечалось смещение границ относительной сердечной тупости в право. Тоны сердца у всех больных были приглушены. Второй тон над легочной артерией акцентуирован, выслушивался у 22 (62,8%) детей ясный, но короткий систолический шум на верхушке и вдоль левого края грудины. На ЭКГ показало, что у 30 детей с сепсисом обнаруживались изменения желудочкового комплекса QRS, у 29 выявлены зазубрения на восходящем, нисходящем колене зубцов Q или S, расщеплением их вершин, что свидетельствовало о нарушение проводимости в миокарде желудочков. Низкий вольтаж зубца Т на ЭКГ отмечался у 24 больных. Заостренность его вершины Т в стандартных усиленных от конечностей и грудных отведений – 18 детей. Уплощение зубца Т со смещением интервала ST, выше изолинии на 1,5 мм в стандартных и усиленных от конечностей отведениях наблюдалось в 12 случаях. Предсердно-желудочковая проводимость у 12 больных была на 0,02-0,03 сек. короче по сравнению с нормой, приведенной для здоровых детей.

Таким образом, при назначение препаратов улучшающих функциональное состояние миокарда и по мере улучшения состояния больного показатели ЭКГ, УЗИ имели тенденцию к нормализации. Проведенные исследования показали, что у детей с сепсисом отмечаются выраженные изменения функциональных состояний миокарда. Это необходимо учитывать при комплексном лечении сепсиса.

455 ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В ЭРИТРОЦИТАХ И ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Мамамтавришвили Н.Д., Шарашидзе Н.С., Абашидзе Р.И., Квирквелия А.А.

Тбилисский Государственный Университет, НИИ кардиологии им. М.Д. Цинамдзгвришвили, Тбилиси, Грузия

Нарушение NO зависимой релаксации, именуемое как эндотелиальная дисфункция, выполняет критическую роль в развитии таких сердечно-сосудистых заболеваний, как атеросклероз, артериальная гипертензия, острый коронарный синдром и т. д. Известно, что NO характеризуется высокой способностью дифундирования в различные клетки, в том числе в эритроциты, которые имеют собственную NO-синтазную систему.

Цель. Учитывая значительную роль эритроцитов в процессе регуляции сосудистого тонуса и в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний, мы изучили распределение оксида азота в плазме и эритроцитах крови больных сердечной недостаточностью (СН) ишемического генеза.

Материал и методы. Обследовано 56 больных в возрасте от 45 до 80 лет (ср.возраст 59 ± 15). Больные были распределены по усмотрению форм ИБС. На фоне хронических форм ИБС СН была установлена у 34 больных, на фоне острого ИФ СН отмечалось у 22 больных. Клинический диагноз ставился по анамнестическим, клинико-лабораторным и допплер-эхокардиографическим данным. Кровь для ЭПР спектроскопического исследования брали из локтевой вены. Для определения содержания свободного оксида азота применяли спин-метку диэтилдитиокарбамат натрия. ЭПР спектры крови регистрировались на радиоспектрометре РЭ 1307 (Россия).

Результаты. На основании анализа полученных данных оказалось, что среди больных с СН развитой на фоне острого ИФ, значительно уменьшается содержание NO в эритроцитарной массе, в то время как его содержание в плазме крови существенно не отличается от контрольных показателей. У больных с СН на фоне хронических форм ИБС-стенокардии, содержание оксида азота в плазме крови резко снижается (на 59%), а в эритроцитарной массе составляет 75% контрольных показателей.

Резкое уменьшение оксида азота в эритроцитах больных с СН на фоне ИФ должно быть обусловлено характерным для этой патологии подавлением функциональных способностей эритроцитов, в том числе NO-синтазной активности в условиях интенсификации пероксидационных процессов, на что указывают множество литературных источников (Рудык Б.И., Зотова И. В.). Что касается больных с СН на фоне хронического проявления ИБС, значительно повреждается индуцибельная NO-синтазная система клеток мононуклеарного ряда, что в значительной степени обуславливает снижение концентрации общего свободного NO крови. Это обстоятельство в свою очередь способствует провоцированию коронарного спазма и углублению гипоксии.

456 НЕКОТОРОЕ КОРРЕГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПРАЗОЗИНА НА ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНУЮ ОСЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

Мамедова Р.Н., Касумова Ф.З., Касумова Ф.Н., Гусейнова А.А.

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Актуальность проблемы. Длительное антигипертензивное лечение больных гипертонической болезнью (ГБ) выдвигает необходимость обеспечения безопасности приёма лекарственных средств.

Цель. Изучить влияние антигипертензивных средств на гормональный гомеостаз организма, в том числе на комплекс гормонов гипофизарно-гонадной оси, определяющих гормональную регуляцию сексуальной и репродуктивной функций мужчин.

Материал и методы. В исследование было включено 79 больных ГБ II стадии по ВОЗ, в возрасте 30-59 лет. 34 больных начали лечение с β – блокатора надолола, 23 больных с -адреноблокатора празозина, 22 -с гипотиазида. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Часть больных, ввиду отсутствия достаточного гипотензивного эффекта при монотерапии, были переведены на комбинированное лечение надолол + празозин, а далее по необходимости- надолол + празозин + гипотиазид. Радиоиммунологическим методом была изучена динамика гормонов гипофизарно – гонадной оси – гормонов гипофиза – лютеинезирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), пролактина (ПРЛ) и половых гормонов – тестостерона (Т) и эстрадиола (Э).

Полученные результаты. Анализ полученных данных показал, что на фоне 6-ти месячной монотерапии, как надололом, так и празозином отмечается снижение уровня гонадотропинов и Т в крови. Единственным гормоном, достоверно меняющимся при длительном лечении гипотиазидом, оказался Т, уровень которого снижался на 6-ом месяце терапии. Что же касается ПРЛ, то для него отмечается разнонаправленное изменение содержания в крови. Тогда как на фоне лечения надололом, отмечается достоверное повышение уровня ПРЛ в крови (на 21,2%), монотерапия празозином приводит к статистически значимому снижению концентрации ПРЛ уже с ранних сроков лечения, и с увеличением длительности терапии эти изменения становятся выраженными и достоверно значимыми (на 30,5%). Более того, празозин в комбинации с надололом не только нивелирует пролактинповышающий эффект последнего, отмеченные в условиях монотерапии, но и сохраняет при этом свое гипопролактинемическое действие, что приводит к статистически значимому снижению уровня ПРЛ в крови к концу 6-го месяца комбинированного лечения.

Выводы. Данное корригирующее влияние празозина имеет большое практическое значение, поскольку даже небольшое повышение ПРЛ может привести к сексуальным дисфункциям. Однако данный эффект празозина недостаточен при комбинации надолол + празозин + гипотиазид, которая сопровождается повышением уровня ПРЛ в крови, что ещё раз убеждает нас в необходимости дифференцированного подхода к лечению артериальной гипертензии.

457 ОЦЕНКА ДОЗАЗАВИСИМОГО ЭФФЕКТА СТАТИНОВ НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МУЖЧИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Мамедов М.Н.[1], Яковенко Е.И.[1], ДидиговаР.Т.[2], Поддубская Е.А.[1]

ФГУ Государственный научно исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития РФ[1], Москва, Россия; Ингушский государственный университет[2], Назрань, Россия

Эректильная дисфункция (ЭД) рассматривается как один из предикторов ИБС. Согласно европейским рекомендациям по лечению сексуальных расстройств коррекция факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) должна предшествовать терапии ЭД или проводится одновременно с ней.

В проспективных исследованиях было показано, что статины могут значительно улучшать прогноз пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Но данные о влиянии статинов на эректильную функцию неоднозначны. С одной стороны Saltzman с соавт. получил результаты, доказывающие улучшение ЭД при достоверном снижение ОХС и ХС ЛНП на фоне лечения аторвастатином. С другой стороны, по данным Solomon и соавт. у мужчин высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) прием статинов усугублял половую дисфункцию. Эти расхождения результатов можно теоретически объяснить тем, что статины опосредовано участвуя в синтезе холестерина, тормозят прогрессирование атеросклероза в сосудах, в том числе и пенильных. Способность статинов улучшать эндотелиальную функцию и способность к дилятации сосудов по средствам своих плейотропных эффектов тоже положительно влияет на ЭД. В то же время, снижая уровень холестерина, статины уменьшают субстрат для синтеза стероидных гормонов, в частности тестостерона, что может негативно влиять на потенцию.

Цель исследования: Изучение дозазависимых эффектов аторвастатина на ЭД и метаболические показатели у мужчин с высоким риском ССЗ и дислипидемией.

Материалы и методы. В открытое рандомизированное 6-месячное исследование было включено 90 мужчин 40-59 лет с высоким и очень высоким риском ССЗ, дислипидемией и подобранной гипотензивной терапией. Пациенты после рандомизации были распределены на три группы для получения трех доз аторвастатина 10, 20 и 40 мг (Атомакс, Штада). До и после исследования будет определяться: липидный спектр крови; общий ХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ХС ЛОНП, триглицериды, показатели углеводного обмена (глюкоза натощак, уровень базального инсулина, индекс инсулинорезистентности), высокочувствительный С-реактивный белок и мочевая кислота. ЭД оценивается с помощью анкеты МИЭФ. Через 2 и 4 месяца будет проведено повторное анкетирование, с целью раннего выявления искомых изменений. Ежемесячно проводится регистрация побочных эффектов для оценки безопасности лечения.

Ожидаемые результаты. Исследование завершиться в третьем квартале 2011 года. Результаты исследования позволят ответить на главный вопрос: выявление доза-зависимых эффектов статинов на ЭД мужчин с высоким и очень высоким ССР, а также их связь с изменениями показателей липидного, углеводного, пуринового обменов и уровнем С-реактивного белка. Изменения вышеперечисленных показателей позволят оценить степень снижения общего ССР при применении различных доз аторвастатина в данной когорте пациентов.

458 ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕВЕРО-КАВКАЗСКОМ РЕГИОНЕ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ С ИБС

Мамедов М.Н.[1], Дидигова Р.Т.[2], Инарокова А.М.[3]

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины[1], Москва, Россия; Ингушский государственный университет[2], Назрань, Россия; Кабардино-Балкарский государственный университет[3], Нальчик, Россия

Цель исследования: выявление поведенческих, основных сердечно-сосудистых факторов риска, оценка адекватности их лечения, а также определение качества жизни пациентов с ИБС в трех республиках Северо-Кавказского региона.

Материалы и методы. Согласно протоколу в клинико-эпидемиологическом исследовании участвует 1500 пациентов с ИБС в возрасте 40-69 лет из трех республик Северо-Кавказского федерального округа: Ингушетия, Кабардино-Балкария и Северная Осетия-Алания. В настоящей работе представлены результаты исследования, проведенного в трех городах и районах Республики Ингушетия (300 мужчин и 230 женщин с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III ст). Социально-демографические показатели, наследственная отягощенность, нарушение питания и физическая активность оценивались с помощью стандартных анкет ВОЗ. Для оценки антропометрических отклонений проводилось измерение роста, массы тела и окружности талии. С целью выявления гиперлипидемии и нарушений углеводного обмена в венозной крови определялись уровни общего ХС и глюкозы натощак. Качество жизни пациентов с ИБС была оценена с помощью опросника EQ-5D, состоявшего из 5 пунктов: передви-

жение, самообслуживание, повседневная активность, боль/дискомфорт и тревога/депрессия.

Результаты. Среди мужчин с ИБС каждый четвертый (24,3%) курит в настоящий момент. Согласно результатам анкетирования 36 из 300 пациентов (12%) злоупотребляли алкоголем. Каждый четвертый пациент с ИБС имеет выраженные нарушения питания, тогда как средние нарушения выявлены в два раза чаще. Малоподвижный образ жизни ведут 63% женщин и 46% мужчин. Абдоминальное ожирение выявлено у 46% мужчин и у 72,6% женщин. Среди мужчин гиперхолестеринемия выявлена в 96,7% случаев, а среди женщин в 90,7% случаев. На момент обследования у каждого пятого пациента с ИБС выявлен СД 2 типа, причем у 10% это заболевание выявляется впервые. У каждого второго пациента с ИБС, стенокардией напряжения качество жизни изменилось в связи с ограничением в выполнении каждодневной работы, передвижением и наличием дискомфорта в груди, что ассоциировалось с наличием тревоги/депрессии.

Заключение. Таким образом, основными приоритетами вторичной профилактики ИБС в Ингушской Республики являются адекватная коррекция гиперхолестеринемии и артериальной гипертонии. Однако каждый четвертый пациент нуждается в комплексной терапии 3-4 факторов риска, включая гиперхолестеринемию, артериальную гипертонию, и/или сахарный диабет и/или борьбу с табакокурением и/или злоупотребление алкоголя.

459 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мамонтова А.С., Трубникова О.А., Барбараш О.Л.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: изучение показателей когнитивных функций у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующим сахарным диабетом (СД).

Материал и методы: обследовано 35 мужчин с ИБС, из них 12 человек с СД. Пациенты были сопоставимы по основным клиническим характеристикам, по уровню тревожности и депрессии. Средний возраст пациентов в группе без СД составил 55,7±4,7 лет, в группе с СД – 57,7±4,7 лет. Когнитивные функции оценивались с помощью стандартизованных методов в модификации (Иванов В.И., 2001г). Проводилась оценка нейродинамических показателей: подвижность нервных процессов (ПНП), работоспособность головного мозга (РГМ), памяти (запоминание с последующим воспроизведением 10 слов), внимания (корректурная проба), реакция на движущийся объект (РДО). Статистический анализ данных проводили с помощью межгруппового критерия Манна–Уитни.

Результаты: пациенты с СД, по сравнению с пациентами без СД показали худшие результаты при исследовании ПНП показателя средней экспозиции 474,4±45,4 и 445,1±33,9 соответственно (p=0,02). При оценке РГМ были выявлены достоверные различия во времени выхода на минимальную экспозицию 97,2±79,2 и 141,2±86,7 соответственно (p=0,04). При выполнении теста корректурной пробы на первой минуте количество обработанных сигналов у пациентов с СД было достоверно ниже (48,4±17,8 и 71,4±24,5, соответственно, p=0,008) по сравнению с пациентами без СД. Пациенты с СД продемонстрировали худшие результаты при выполнении теста запоминания 10 слов 4,4±1,3 и 5,3±1,2 баллов соответственно (p=0,03). Количество запаздывающих реакций на движущийся объект у пациентов с СД также было выше (19,1±5,1 и 16,1±4,3 соответственно, p=0,047) по сравнению с пациентами без СД, что может свидетельствовать о преобладании процессов торможения в ЦНС у этой группы пациентов.

Заключение: У пациентов с ИБС в сочетании с СД наблюдаются более выраженные нарушения когнитивных функций по сравнению с пациентами без нарушений углеводного обмена.

460 ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Манченко И.В., Обрезан А.Г.
ФГУ "Санкт-Петербургский государственный университет", медицинский факультет, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) с имплантацией стентов с лекарственным покрытием при тяжелой коронарной болезни сердца (КБС) у пациентов со стенокардией напряжения и острым коронарным синдром без подъема сегмента ST (ОКСБПST).

Методы исследования. Обследованы 101 больной КБС, имеющие показания для выполнения прямой реваскуляризации миокарда, – рекомендации I класса ACC/AHA по коронарному шунтированию (КШ): проксимальные стенозы передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) ≥70% и огибающей артерии (ОА) ≥50%; или многососудистое поражение с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) <50%; или двухсосудистое поражение с выраженным стенозом проксимального отдела ПМЖВ и ФВ ЛЖ <50%. Коронарное стентирование было выполнено 56 больным. Из них 40 пациентов страдали стенокардией напряжения 2-4 функциональных классов, 16 – перенесли ОКСБПST. Всем пациентам были имплантированы стенты с лекарственным покрытием. Ангиографический успех был достигнут в 100% случаев. В течение 1 года после ЧКВ все пациенты получали двойную антитромбоцитарную терапию ацетилсалициловой кислотой в дозе 100 мг и клопидогрелем 75 мг. Операция коронарного шунтирования была проведена 45 больным. Период наблюдения составил в среднем 18 месяцев.

Полученные результаты. Частота наступления первичных конечных точек (смерть от любых причин, инфаркт миокарда, мозговой инсульт) у больных ОКСБПST составила 31,25%, у больных стенокардией напряжения – 35%, у пациентов после КШ – 32,6% (p>0,05). Необходимость выполнения повторной реваскуляризации миокарда после ОКСБПST составила 6,25%, у больных стенокардией напряжения – 7,5% и после операции КШ – 6,52% (p>0,05).

Выводы. ЧКВ с имплантацией стентов с лекарственным покрытием при тяжелой коронарной болезни сердца после ОКСБПST не требует увеличения стандартных дозировок препаратов двойной антитромбоцитарной терапии. Выполнение коронарного стентирования больным ОКСБПST с тяжелой КБС эффективно, безопасно и сопоставимо с результатами КШ.

461 СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Мареева М.Ю., Мравян С.Р., Петрухин В.А.
МОНИИАГ, Москва, Россия

Цель: изучить состояние гемодинамики, возможность пролонгирования беременности, а также способы родоразрешения беременных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы: с использованием клинических, лабораторных, инструментальных (эхокардиография, электрокардиография, суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру) методов, данных семейного анамнеза обследовано 19 беременных, из них 11 – с необструктивной формой, 8 – с обструктивной формой ГКМП.

Результаты: пациентки с ГКМП, относящиеся к группе высокого риска (градиент давления более 40 мм рт.ст), родоразрешены на доношенном сроке операцией кесарева сечения под общей анестезией. У пациенток без выраженной обструкции выносящего тракта левого желудочка и клинических симптомов заболевания роды велись через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием. Региональная анестезия беременным с ГКМП в основном противопоказана из-за опасности резких колебаний сердечного выброса. У 5 женщин с необструктивной формой ГКМП по данным суточного холтеровского мониторирования регистрировалась желудочковая экстрасистолия, у пациенток с обструктивной формой в 7 случаях отмечалась желудочковая экстрасистолия, в 2 – неустойчивая желудочковая тахикардия. У обследованных пациенток с необструктивной и обструктивными формами заболевания по данным ЭхоКГ-исследования наблюдались выраженная гипертрофия задней стенки левого желудочка (1,8±0,1см и 2,1±0,2 см соответственно), межжелудочковой перегородки (1,9±0,1 см и 2,3±0,2 соответственно) при градиенте давления выходного тракта левого желудочка 4-30 мм рт.ст. и 31-109 мм рт.ст. соответственно.

Выводы: роды у женщин с ГКМП проводятся в специализированном родовспомогательном учреждении под наблюдением опытного кардиолога и анестезиолога-реаниматолога под постоянным контролем электрокардиограммы и артериального давления. При условии наличия факторов риска кардиологических осложнений: выраженной обструкции выносящего тракта левого желудочка с градиентом давления, превышающим 40 мм рт.ст., клинических и электрокардиографических признаков коронарной недостаточности, пре- и синкопальных состояний, обычно коррелирующих с выраженностью градиента давления, случаев внезапной смерти у родственников, желудочковой тахикардии по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ родоразрешение осуществляется операцией кесарева сечения под общим наркозом. У пациенток без выраженной обструкции выносящего тракта и клинических симптомов заболевания возможны самостоятельные роды. Региональная анестезия у беременным с ГКМП крайне нежелательна, а ее проведение по акушерским показаниям должно проводится с тщательным титрованием анестетика.

462 КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИННОВАЦИОННОГО ФИБРИНСЕЛЕКТИВНОГО ТРОМБОЛИТИКА – ФОРТЕЛИЗИН®

Маркин С.С.[1, 8], Семенов А.М.[1, 7], Марков В.А.[2], Вышлов Е.В.[2], Низов А.А.[3], Аксентьев С.Б.[3], Пономарев Э.А.[4], Гридасов Г.Н.[5], Лебедев П.А.[5], Барбараш О.Л.[6], Каштелап В.В.[6]

[1]ООО "СупраГен", Москва, Россия; [2]НИИ Кардиологии СО РАМН, Томск, Россия; [3]Рязанская областная клиническая больница, Рязань, Россия; [4]Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25, Волгоград, Россия; [5]Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, Самара, Россия; [6]Кемеровский кардиологический диспансер, Кемерово, Россия; [7]Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия; [8]Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Фармацевтической компанией "СупраГен" создан фибринселективный тромболитик III поколения Фортелизин для лечения больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST с целью снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Клиническое исследование Фортелизина было проведено в 6 центрах у 41 больного с острым инфарктом миокарда с целью изучения его эффективности и безопасности в соответствии с Российскими рекомендациями ВНОК.

Применение Фортелизина у больных с ОИМ показало безопасность препарата как при болюсно-инфузионном, так и, что особенно важно, при болюсном его введении.

Не было отмечено кровотечений (даже из мест пункций), геморрагического инсульта, падения гемоглобина и числа эритроцитов, снижения гематокрита, падения артериального давления, учащения пульса и ЧСС, аллергических реакций, тошноты, рвоты.

Высокая фибринселективность Фортелизина как при болюсно-инфузионном так и при болюсном введении подтверждается минимальным снижением фибриногена крови (8%) в течение первых суток после введения препарата.

Оценка эффективности Фортелизина проводилась по восстановлению кровотока в миокарде. Реперфузию миокарда после введения Фортелизина оценивали на основе данных коронароангиографии по критериям TIMI и TFC (покадровый подсчет TIMI), а также по снижению сегмента ST и клиническим признакам.

При анализе эффективности Фортелизина у 88% пациентов отмечено отсутствие признаков стенокардии, у 85% – определялись ЭКГ-признаки реперфузии. Восстановление кровотока по TIMI 2 + 3 в группе Фортелизина составило 83%, TFC в группе TIMI 3 составил 35 кадров, в группе TIMI 2 – 68 кадров.

Фортелизин рекомендован для клинического применения у больных с ОИМ с подъемом сегмента ST.

463 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО И РЕНАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СД 2 ТИПА

Маркова А.В., Шварц Ю.Г.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Минздравсоцразвития, Саратов, Россия

Цель. Определить прогностическое значение клинических особенностей для динамики сердечно-сосудистого и ренального риска у больных с артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа.

Методы. Обследованы 122 больных с сочетанием артериальной гипертонии и сахарного диабета 2 типа (30 мужчин, 92 женщины, средний возраст 60,63 года). Длительность сахарного диабета в среднем составила 4,6 лет, длительность артериальной гипертонии – 12 лет. У 56% пациентов имелось ожирение. У 14,6% в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Все больные наблюдались в отделении терапии КБ №3 и получали соответствующее стабильное лечение антигипертензивными препаратами, статинами и таблетированными сахароснижающими средствами. Как факторы риска оценивались показатели липидограммы, мочевина, креатинин, С-реактивный белок, свободные жирные кислоты, фибриноген, ИЛ-6, активатор плазминогена. Степень выраженности поражения почек оценивалась путем исследования показателей скорости клубочковой фильтрации, наличия микроальбуминурии. Проводился анализ динамики клинических и лабораторных факторов риска в течение 12 месяцев.

Результаты. Через 12 месяцев на фоне проводимой терапии оптимального артериального давления удалось достичь у 49 пациентов (40,2%). Было выявлено, что достижение оптимального артериального давления достоверно ($p=0,09$) влияет на динамику уровня микроальбумина в моче. У пациентов, у кого оптимальный уровень АД был достигнут, уровень альбумина в моче снизился на 65,5%. У тех, у которых достичь оптимального уровня АД не удалось – на 48,1%. Наличие ожирение было достоверно ($p<0,05$) связано с динамикой такого фактора риска прогрессирования ХБП как соотношение альбумина к креатинину в моче. У пациентов, не имеющих ожирение, данный показатель через 12 месяцев терапии снизился на 59,8%, тогда как у пациентов с ожирением – на 34%. Также от ожирения зависела динамика уровня общего холестерина крови. У большинства пациентов с ожирением уровень холестерина через 12 месяцев достоверно ($p<0,005$) снизился, в среднем на 5,5%, у пациентов без ожирения недостоверно повысился (на 1,4%). Наличие в анамнезе перене-

сенного инфаркта миокарда существенно отразилось (p=0,03) на динамике уровня креатинина в моче. У пациентов, перенесших инфаркт, уровень креатинина в моче снизился на 33,6%, у пациентов, не имеющих инфаркта миокарда в анамнезе, вырос на 5,4%.

Выводы. У пациентов с артериальной гипертензией и СД 2 типа на фоне адекватно проводимой терапии отмечается достоверное негативное влияние на динамику факторов риска хронической болезни почек в течение года таких показателей как ожирение, перенесенный инфаркт миокарда, при этом достижение оптимального артериального давления в ходе лечения, очевидно, препятствует быстрому прогрессированию ХБП. Отсутствие положительно динамики уровня холестерина в крови на фоне стандартного лечения у пациентов, не имеющих ожирения, пока трудно объясняется. Нельзя исключить зависимость от недостаточной приверженности к липидснижающей терапией.

464 РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ: РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В ГОРОДЕ ТОМСКЕ

Марков В.А., Демьянов С.В., Вышлов Е.В., Балахонова М.В., Сыркина А.Г., Белокопытова Н.В.

Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Население города Томска составляет 500 тыс. человек. Отделение неотложной кардиологии НИИ кардиологии принимает пациентов с острым коронарным синдромом круглосуточно 7 дней в неделю, при наличии показаний, проводится немедленное чрескожное коронарное вмешательство. Все пациенты с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST госпитализируются в отделение неотложной кардиологии НИИ кардиологии. Анализу подверглись все пациенты с ИМ с сохраняющимся подъемом сегмента ST на момент поступления, поступившие в отделение неотложной кардиологии за 2010г (n=466). Полученные результаты сравнены с данными (n=1727) Европейского регистра EHS ACS (7-13 декабря 2009г). Пациенты не различались по возрасту 62,7±12,8 против 63±13 (EHS ACS) и частоте встречаемости сахарного диабета 20,7% и 21% соответственно. Среди наших больных чаще встречалась ГБ (83,9% против 60%, p<0,001) и гиперхолестеринемия (70,2% против 40%, p<0,001), было меньше мужчин (64,6% против 72%, p=0,002) и больше курильщиков (49,8% против 39%, p<0,001). Индекс GRACE составил 9,1% и 3,2% соответственно (p<0,001). По нашим данным 81,7% больных поступили в первые 12 часов от начала ИМ, против 80% в регистре EHS ACS (p=0,41). Среди пациентов, поступивших в первые 12 часов, первичная ЧКВ выполнялась у 19,1% и 52,5% больных соответственно (p<0,001), ТЛТ у 59,4% и 22% (p<0,001), реперфузионные мероприятия не проводились у 16,3% и 25% (p<0,001). ТЛТ в 50% случаев была выполнена на догоспитальном этапе (против 3% в регистре EHS ACS). Общая госпитальная летальность составила 9,3% в НИИК и 8,0% в регистре EHS ACS (p=0,44). При первичной ЧКВ летальность составила 4,7% против 5,5%, соответственно (p=0,56), при ТЛТ – 10,6% против 8,8% (p=0,31), при ТЛТ + ЧКВ – 7,2% и 5,4%, соответственно (p=0,2), при ТЛТ без ЧКВ – 14,9% против 10,9% (p=0,04), у пациентов без реперфузионных мероприятий – 14,7% против 11% (p=0,06).

Обращает на себя внимание более частое использование ТЛТ в качестве первичной реперфузионной стратегии у наших пациентов, что отчасти связано с проведением фибринолитической терапии на догоспитальном этапе. Более высокая летальность при ТЛТ без ЧКВ и у пациентов без реперфузионных мероприятий в НИИ кардиологии, обусловлена более тяжелым состоянием наших больных и ограниченными возможностями в назначении максимально возможной консервативной терапии.

465 ИССЛЕДОВАНИЕ “ПРОГНОЗ-ИБС”: ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВКЛЮЧЕННЫХ В РЕГИСТР ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Марцевич С.Ю., Толпыгина С.Н., Малышева А.М., Полянская Ю.Н., Гофман Е.А., Мазаев В.П., Деев А.Д.

ФГУ “ГНИЦ ПМ” Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на наличие четких клинических рекомендаций лечения больных хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), прогноз жизни у них остается плохим.

Цель: изучить ангиографические и другие факторы развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС, подтвержденной методом коронароангиографии (КАГ).

Материалы и методы. Составлен регистр больных, находившихся на стационарном лечении в ГНИЦПМ с 01.01.2004г по 31.12.2007г, проживающих в Москве и Московской области, которым в этот период была проведена диагностическая КАГ. В данное исследование вошли пациенты с установленным жизненным статусом на основании телефонного контакта с ними или их родственниками и/или которые пришли на контрольный визит в ГНИЦ ПМ, включающий сбор анамнеза, общий осмотр, электрокардиографию, Эхо-кардиографию, биохимический анализ крови и анализ крови на липиды, проведение пробы с физической нагрузкой (ФН) на тредмиле, оценку проводимой терапии и приверженности к лечению.

Результаты. Всего оценено 636 пациенто-случаев, из них мужчин 492 (77,36%). Средний возраст пациента составил 53 года. По регионам: проживающие в г. Москве 508 (79,87%), в Московской области – 128 (20,13%). Имели образование ниже среднего – 4 (0,63%), среднее – 60 (9,43%), среднее специальное – 128 (20,13%), высшее – 395 (62,11%), неизвестно об образовании 49 (7,7%). Работающие 412 (64,78%), неизвестно 2 (0,31%). Во время госпитализации 2004-2007гг. стенокардия напряжения была выявлена в 503 случаях (79,09%), в том числе стенокардия напряжения I функционального класса (ФК) у 8 (1,26%), II ФК у 181 (28,46%), III ФК у 173 (27,20%), IV ФК у 6 (0,94%), нестабильная стенокардия или острый инфаркт миокарда (ОИМ) наблюдались в 119 случаях (18,71%), неизвестно 14 (2,2%). Перенесли ОИМ до госпитализации 313 (49,21%), неизвестно о перенесенном ОИМ у 3 (0,47%), при этом системный тромболизис в прошлом проводился у 30 (4,72%). Чрескожное коронарное вмешательство до госпитализации было проведено у 95 (14,94%), неизвестно у 5 (0,79%). Аортокоронарное шунтирование было у 24 (3,77%), неизвестно 6 (0,94%). Сахарный диабет наблюдался у 89 (13,99%), неизвестно у 9 (1,42%). Метаболический синдром встречался у 81 (12,74%), неизвестно у 7 (2,67%). Расширенную конечную точку составили любые фатальные и нефатальные сердечно-сосудистые события, а также экстренные и плановые операции реваскуляризации. Время проспективного наблюдения составило 3,9 года, время наблюдения за первичной конечной точкой составило 3,1 года.

Заключение: Дальнейший анализ данных позволит определить прогностическое значение проводимой терапии и приверженности пациентов к лечению, прогностическое значение различных показателей и индексов пробы с ФН.

466 ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗНАНИЙ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Марцевич С.Ю., Дроздова Л.Ю., Воронина В.П.

ФГУ “ГНИЦ ПМ” Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель. Выявить распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди врачей терапевтического профиля, определить эффективность их коррекции, а также осведомленность врачей в области современных клинических рекомендаций.

Материалы и методы. Исследование проводилось в нескольких регионах РФ в 2009-2010гг. В программе приняли участие врачи Москвы и Московской области (гг. Люберцы, Орехово-Зуево, Красногорск), Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Владивостока, Иркутска, Красноярска, Краснодара и Перми. Все участники были проинформированы о целях и задачах программы и давали информированное согласие на участие в проекте. Проект включал два этапа: этап опроса врачей и этап обследования. Опрос проводился в каждом регионе одномоментно, с использованием системы интерактивного голосования Turning Point Technologies. Были заданы вопросы на знания современных российских и европейских клинических рекомендаций в области лекарственной коррекции основных факторов риска, а также принципов лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Проводимое на следующем этапе краткое обследование было направлено на выявления наличия основных ФР: вычисление индекса массы тела, измерение уровня общего холестерина с помощью экспресс-методики, измерение артериального давления по стандартной методике. Кроме того оценивались пол, возраст, стаж работы, анамнез курения, семейный анамнез ССЗ, анамнез артериальной гипертонии, прием антигипертензивной терапии, знание уровня общего холестерина, прием липидснижающей терапии, анамнез сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний..

Результаты. Всего в исследовании приняли участие 638 врачей. Средний возраст участников составил 46 лет. Средний стаж работы по специальности составил 20,4 года. На момент проведения опроса курящими оказались 75 (14%) врачей, не курили 444 (84%) врачей, ранее курили 11 (2% врачей).По результатам измерения индекса массы тела: нормальная масса тела была выявлена только у 39% обследованных у 22% обследованных было выявлено ожирение. Гиперхолестеринеамия выявлена у 45% обследованных. По результатам заполнения вопросника по самооценке здоровья и обследования было установлено, что 178(36,7%) обследованных врачей страдают артериальной гипертонией. Однако осведомлены о наличии у них артериальной гипертонии были не все врачи, только 150 (84% врачей с артериальной гипертонией), у 28 врачей (13%) артериальная гипертония была выявлена впервые. Эффективным контроль артериальной гипертонией можно назвать только у 64 (36% врачей с артериальной гипертонией. Опрос врачей терапевтических выявил практически полное единодушие респондентов в вопросах стратегии профилактики и лечения кардиоваскулярных заболеваний. В выборе лекарственной терапии в конкретных клинических ситуациях мнения врачей разделились.

Заключение. Выявлена общая, близкая к популяционным, распространенность основных факторов риска среди врачей. Степень коррекции этих факторов риска у врачей, к сожалению, не сильно отличается от популяции в целом. Общие знания проблем сердечно-сосудистого риска и необходимости их коррекции были вполне приемлемыми, однако в конкретных клинических ситуациях врачи далеко не всегда умели реализовывать эти знания.

467 ОЦЕНКА СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Масленникова О.М.

ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Способом интегральной оценки состояния сосудистой стенки у больных артериальной гипертонией (АГ) является определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ). Однако индивидуальный подход к оценке СРПВ до настоящего времени не сформирован.

Целью исследования явилось определение факторов, влияющих на величину СРПВ у здоровых лиц различных возрастов для реализации индивидуального подхода к оценке сосудистого ремоделирования у больных АГ.

Материал и методы. Обследована группа практически здоровых лиц (232 человека, 124 мужчины и 108 женщин в возрасте от 16 до 76 лет) и 377 пациентов с АГ 1–2 степени (146 мужчин и 231 женщина), из них 94 – в возрасте до 30 лет, 152 человека – от 30 до 60 лет и 131 пациент от 60 до 87 лет. Изучение СРПВ проводилось на аппаратно–программном комплексе “ПолиСпектр12” (“НейроСофт”).

Результаты. Использование кластерного анализа с построением уравнений регрессии дало возможность определить точки изменения степени влияния возраста на СРПВ у здоровых лиц. Такими точками оказался возраст 22 года и 55 лет. Влияние пола на показатели СРПВ было отмечено лишь в средней возрастной группе. У женщин в возрасте 23–55 лет среднее значение СРПВ оказалось меньше, чем у мужчин (соответственно 7,1±1,1 м/с и 7,9±1,4 м/с; $p<0,001$). Проведенный математический анализ показал, что для разработки нормативных значений СРПВ следует учитывать возрастную динамику и половые различия показателя в средней возрастной группе. Такие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, как курение, отягощенная наследственность по АГ, избыточная масса тела не влияли на величину СРПВ. У пациентов с АГ СРПВ была повышена по сравнению с контролем у 62,5% (у 74,7% лиц средней возрастной группы и у 53,8% лиц старше 55 лет). Как и у здоровых лиц, у обследованных пациентов с АГ СРПВ увеличивалась с возрастом. Однако выполненный математический анализ показал незначительный вклад возраста в величину СРПВ у обследованных больных АГ. Это свидетельствует о том, что при развитии АГ в процессах сосудистого ремоделирования, наряду с физиологическим возрастным фактором начинают действовать (а возможно доминировать) факторы, связанные с основным заболеванием. Прогностически неблагоприятный уровень повышения СРПВ (более 12 м/с), являющийся независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, отмечен лишь у 1,1% пациентов с АГ в возрасте до 55 лет и у 22,1% обследованных больных старше 55 лет.

Выводы. На основании полученных данных представляется оправданным и достаточным по точности использование возрастной нормы значений СРПВ в возрастных группах до 22 лет (6,0±1,1 м/с), 23–55 лет (7,1±1,1 м/с у женщин и 7,9±1,4 м/с у мужчин) и у лиц старше 55 лет (9,4±1,3 м/с). У обследованных больных АГ СРПВ оказалась повышенной по сравнению с контролем во всех возрастных группах. Наиболее выраженные отклонения отмечены в группе лиц старше 55 лет, что обусловлено сочетанием возрастных изменений сосудов и влиянием АГ.

468 РОЛЬ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ И СВЯЗАННЫХ С НИМИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ СИГНАЛЬНЫХ КАСКАДОВ В РЕГУЛЯЦИИ УСТОЙЧИВОСТИ СЕРДЦА К ДЕЙСТВИЮ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ

Маслов Л.Н., Нарыжная Н.В., Цибульников С.Ю., Горбунов А.С., Ласукова Т.В.

НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: выяснить роль опиоидных рецепторов и связанных с ними внутриклеточных сигнальных каскадов в регуляции устойчивости сердца к действию ишемии и реперфузии.

Методы исследования. Исследования проводили на крысах-самцах. В опытах in vivo у наркотизированных животных воспроизводили коронарооккклюзию и реперфузию в условиях непрерывной записи ЭКГ и с последующим определением соотношения зона инфаркта/зона риска (ЗИ/ЗР). Агонисты опиоидных рецепторов (ОР) вводили внутривенно за 15 мин до коронарооккклюзии. Ингибиторы и антагонисты ОР вводи-

ли за 25 мин до коронарооккклюзии. Адаптацию к нормобарической гипоксии воспроизводили, помещая животных на 21 день в гипоксическую камеру при 12% O_2 и нормальном атмосферном давлении. В экспериментах, выполненных на изолированном перфузируемом сердце, моделировали 45-минутную тотальную ишемию и 30-минутную реперфузию. Повреждение миокарда оценивали по уровню креатинфосфокиназы в перфузионном растворе, оттекающем от сердца. Ингибиторы, агонисты и антагонисты ОР добавляли в перфузионный раствор за 20 мин до ишемии. Посткондиционирования изолированного сердца добивались с помощью трёх циклов реперфузии-ишемии по 60 с во время реперфузии. В этом случае антагонисты ОР добавляли в перфузат в момент реперфузии.

Результаты. В опытах in vivo нами было установлено, что стимуляция периферических δ_2-ОР с помощью инъекции дельторфина II обеспечивает уменьшение соотношения ЗИ/ЗР и оказывает антиаритмический эффект. Агонист κ_1-ОР U-50488 не влиял на индекс ЗИ/ЗР, но оказывал выраженный антиаритмический эффект, который был связан с активацией периферических κ_1-ОР. В экспериментах in vivo нами было установлено, что стимуляция периферических μ-, δ_1-, κ_2-ОР и ORL1-рецепторов не влияет на устойчивость сердца к действию ишемии-реперфузии. Кардиопротекторный эффект агониста δ_2-ОР дельторфина II осуществлялся за счет активации митохондриальных АТФ-чувствительных K^+-каналов (мит$K_{АТФ}$-каналов), протеинкиназы С (ПКС) и NO-синтазы. В реализации антиаритмического эффекта дельторфина II принимает участие ПКС и NO-синтаза. Антиаритмическое действие κ_1-агониста U-50488 при ишемии/реперфузии реализуется при участии NO-синтазы, протеинкиназы С и мит$K_{АТФ}$-каналов. Установлено, что эндогенные агонисты μ- и δ_2-ОР играют важную роль в реализации инфаркт-лимитирующего эффекта адаптации к гипоксии. В экспериментах на изолированном сердце показано, что стимуляция μ-, κ_1- и δ_2-ОР повышает устойчивость сердца к действию ишемии-реперфузии. В опытах in vitro установлено, что кардиопротекторный эффект посткондиционирования связан с активацией δ_1-ОР.

Выводы. Опиоидные рецепторы μ-, κ_1-, δ_1- и δ_2-типов играют важную роль в регуляции устойчивости сердца к действию ишемии-реперфузии. Защитный эффект опиоидов связан с активацией ПКС, NO-синтазы и мит$K_{АТФ}$-каналов.

469 ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ЭЛЕКТРОЛИТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеева С.А.
Медицинский центр "Атенон", Рязань, Россия

Цель – выявить взаимодействия показателей липидного спектра: общий холестерин (ХС), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) и электролитов: калий, натрий, кальций, фосфор, магний, хлориды в сыворотке крови (по данным многофакторного корреляционного анализа) у женщин ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения (СН) и метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 53 женщин, средний возраст 51,4±0,9 г. ИБС, СН I-IV функционального класса и МС. ИБС, 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). Показатели липидного спектра анализировали, учитывая критерии, принятые Комитетом экспертов ВНОК (2009) "Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза". Статистическую обработку проводили с использованием многофакторного корреляционного анализа и определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Многофакторный корреляционный анализ каждого отдельного показателя липидного спектра и электролитов у женщин ИБС, СН и МС позволил установить следующие закономерности: варианта значений общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и варианта калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов прямо (положительно) коррелировали с r=+0,71 – +0,98 (p<0,001). Показатели > 90–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов находятся в прямой (положительной) зависимости с r=+0,70 – +1,0 (p<0,001). Между показателями < 10–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и > 90–го калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов определяется обратная (отрицательная) связь с r=–0,73 – 0,98 (p<0,001).

Выводы. В сыворотке крови женщин с ИБС, СН I-IV функционального класса и МС выявлены изменения липидного состава и электролитов; установлены достоверные (прямые и обратные) взаимодействия между показателями липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и электролитов (калия, натрия, кальция, фосфора, магния, хлоридов). Результаты исследования позволяют учитывать полученные закономерности при проведении индивидуальных лечебных и профилактических мероприятий.

470 ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С БЕЛКОВЫМ И УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.
Медицинский центр "Атенон", Рязань, Россия

Цель – определить взаимосвязи между показателями липидного обмена: общий холестерин (ХС), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) и общим белком, альбуминами, α_1-, α_2-, β-, γ-глобулинами, глюкозой (по данным многофакторного корреляционного анализа) у женщин ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения (СН), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 108 женщин, средний возраст 54,9±0,7 г. ИБС, СН I-III функционального класса, МС и СД 2 типа. ИБС, 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). Диагноз СД 2 типа ставили, используя критерии, сформулированные Рабочей группой ВОЗ (1999) и IDF (2005). Показатели липидного спектра анализировали на основе критериев, принятых Комитетом экспертов ВНОК (2009) "Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза". Статистическую обработку проводили с использованием многофакторного корреляционного анализа и определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Установлено, что варианта общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и варианта общего белка, альбуминов, α_1-, α_2-, β-, γ-глобулинов прямо (положительно) коррелировали с r = +0,89 – +1,0 (p<0,001). Варианта общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и варианта глюкозы находятся в прямой (положительной) связи с r = +0,89 – +0,99 (p<0,001). Концентрации > 90–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, показатели КА, КТ и содержание > 90–го перцентиля общего белка, альбуминов, α_1-, α_2-, β-, γ-глобулинов находятся в прямой (положительной) зависимости с r = +0,84 – +0,99 (p<0,001). Значения > 90–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и > 90–го перцентиля глюкозы прямо (положительно) связаны с r = +0,91 – +0,97 (p<0,001). Между концентрациями < 10–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, показателями КА, КТ и содержанием < 10–го перцентиля общего белка, альбуминов, α_1-, α_2-, β-, γ-глобулинов установлена прямая (положительная) связь с r = +0,53 – +0,98 (p<0,05 – <0,001). Между значениями < 10–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и < 10–го перцентиля глюкозы определяется прямая (положительная) взаимосвязь с r =–0,62 – –1,0 (p=0,01 – <0,001). Показатели > 90–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ находятся в обратной (отрицательной) зависимости от < 10–го перцентиля содержания общего белка, альбуминов, α_1-, α_2-, β-, γ-глобулинов с r = –0,51 – –0,99 (p<0,05 – <0,001). Показатели > 90–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ находятся в обратной (отрицательной) зависимости от < 10–го перцентиля глюкозы с r = –0,73 – –0,97 (p <0,001). Между концентрациями < 10–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, показателями КА, КТ и > 90–го перцентиля содержания общего белка, альбуминов, α_1-, α_2-, β-, γ-глобулинов определяется обратная (отрицательная) связь с r = –0,87 – –0,96 (p<0,001). Показатели < 10–го перцентиля общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ и > 90–го перцентиля глюкозы находятся обратной (отрицательной) связи с r = –0,90 – –0,99 (p<0,001).

Выводы. Многофакторный корреляционный анализ позволил выявить достоверные (прямые и обратные) взаимосвязи между показателями липидного состава сыворотки крови (общий ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) и содержанием общего белка, альбуминов, α_1-, α_2-, β-, γ-глобулинов и глюкозы, у женщин ИБС, СН I-III функционального класса, МС и СД 2 типа. Установленные закономерности дают основания выделить группы риска среди больных ИБС, СН, МС и СД 2 типа и определить индивидуальную тактику лечебных и профилактических мероприятий.

471 АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА И ЛИПИДОГРАММОЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРЛИПОПРОТЕИНЕМИЯМИ

Матвеева С.А.
Медицинский центр “Атенон”, Рязань, Россия

Цель – определить ассоциации между показателями ацетиляторного статуса: степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарной ацетилирующей способностью организма (САЦСПО) и липидограммой (общий холестерин (ХС), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения (СН), метаболическим синдромом (МС) и гиперлипопротеинемиями (ГЛП).

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 106 больных, средний возраст 48,9±0,6 г. ИБС, СН I-III функционального класса, МС и ГЛП. ИБС, 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). Показатели липидного спектра анализировали, учитывая критерии, принятые Комитетом экспертов ВНОК (2009) “Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза”. Статистическую обработку проводили с использованием многофакторного корреляционного анализа и определением критериев Стъюдента-Фишера.

Полученные результаты. Определены следующие типы ГЛП: IIa – у 40 (37,8%), IIb – у 23 (21,7%), III – у 10 (9,4%), IV – у 33(31,1%) больных ИБС, СН и МС. При ГЛП IIa типа выявлены корреляции вариант СТАЦК, САЦСПО и вариант липидного спектра: общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ с r = +0,94 – +0,98 (p<0,001) и r = +0,97 – +0,98 (p<0,001) соответственно. При ГЛП IIb типа отмечены корреляции вариант СТАЦК, САЦСПО и вариант липидного спектра: общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ с r = +0,79 – +0,98 (p<0,001) и r = +0,90 – +0,98 (p<0,001) соответственно. При ГЛП III типа обнаружены корреляции вариант СТАЦК, САЦСПО и вариант липидного спектра: общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ с r = +0,72 – +0,96 (p<0,001) и r = +0,87 – +0,98 (p<0,001) соответственно. При ГЛП IV типа установлены корреляции вариант СТАЦК, САЦСПО и липидного спектра: общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ с r = +0,81 – +0,94 (p<0,001) и r = +0,94 – +0,99 (p<0,001) соответственно.

Выводы. Корреляционный анализ позволил выявить достоверные прямые (положительные) взаимосвязи между показателями ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и липидного спектра (общий ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА, КТ) у больных ИБС, СН I-III функционального класса, МС при ГЛП IIa, IIb, III и IV типа. Полученные результаты подтверждают, что ацетиляторный (энергетический) статус и липидный состав крови взаимосвязаны, вне зависимости от типа ГЛП у больных ИБС, СН и МС.

472 СООТНОШЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ И ПОТРЕБЛЕНИЯ КИСЛОРОДА У МОЛОДЫХ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвеев В.В., Навасардян А.Р., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель: изучить соответствие вентиляции уровню потребления кислорода у лиц, страдающих артериальной гипертензией (АГ) и без нее.

Методы исследования. В исследовании приняло участие 68 человек в возрасте от 15 до 39 лет. В I группу вошло 39 больных, у которых в соответствии с критериями ВНОК (2010г.) была диагностирована АГ I степени, и средний возраст которых составил 24,5±7,8 лет. Во II – 29 практически здоровых лиц, средний возраст – 21,8±6,0 лет. Систолическое АД (САД) в покое составило в первой группе 140,1±12,5 мм рт.ст., во второй – 120,3±11,1 мм рт.ст. (p<0,05). Диастолическое АД (ДАД) – 93,3±6,4 мм рт.ст. vs 81,4±5,8 мм рт.ст. (p>0,05) соответственно. Индекс массы тела (ИМТ) находился в нормальных пределах и достоверно не отличался – 24,67±4,82 кг/м² и 23,04±3,50 кг/м² в первой и второй группе соответственно (p>0,05). Наряду с общеклиническим исследованием всем испытуемым проводили пробу с физической нагрузкой на тредмиле по протоколу R.Bruce с регистрацией спироэргометрических показателей на диагностической

станции Schiller CS-200. Оценивались: потребление кислорода (VO_2), вентиляционный запрос (VE), коэффициент использования кислорода ($КИО_2=VO_2/VE$). Все показатели регистрировались при максимальной нагрузке (MaxLoad) и в момент наступления анаэробного порога (АТ).

Результаты. Максимальная выполненная работа в группе I и группе II достоверно не отличалась – 259,2±80,2 Вт vs 237,3±68,9 Вт соответственно (p>0,05). Потребление кислорода в I группе при максимальной нагрузке (MaxLoad VO2) составило 1,96±0,78 л/мин, в момент наступления АТ (АТ VO2) – 1,28±0,41 л/мин vs MaxLoad VO2 1,71±0,73 л/мин и АТ VO2 1,13±0,40 л/мин во II группе (p>0,05). Вентиляционный запрос при максимальной нагрузке в группе с АГ составил (MaxLoad VE) 54,6±18,2 л/мин и при наступлении АТ (АТ VE) 31,4±7,4 л/мин vs MaxLoad VE 55,4±23,2 л/мин и АТ VE 32,3±7,8 л/мин у здоровых лиц (p>0,05). MaxLoad $КИО_2$ в группе I составил 0,036±0,010, в группе II – 0,031±0,009 (p<0,05). АТ $КИО_2$ 0,041±0,010 vs 0,036±0,008 в I и II группах соответственно (p<0,05).

Выводы. Большее значение $КИО_2$ в группе больных АГ I степени свидетельствует о большей экстракции кислорода из вдыхаемого воздуха при одинаковом объеме легочной вентиляции. Увеличение данного показателя можно расценивать как особенность механизма адаптации к физической нагрузке у молодых лиц с впервые выявленной АГ, что вероятно связанно с активацией симпатического звена вегетативной иннервации.

473 ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВОЗВРАТНОЙ (ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ) СТЕНОКАРДИЕЙ

Мацкевич С.А., Атрощенко Е.С., Соловей С.П., Барбук О.А., Карпова И.С., Милькота В.А.

Республиканский научно-практический центр “Кардиология”, Минск, Республика Беларусь; “РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации”, Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: оценка состояния психологического статуса у пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией.

Методы исследования. Обследовано 45 пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией ФК II-III в возрасте от 37 до 72 лет (средний возраст 59,12±1,01 года). Время, прошедшее после операции коронарного шунтирования, составило 18,9±1,2 месяца. Стенокардия возникла спустя 9,69±1,03 месяца от оперативного вмешательства. Уровень клинической депрессии определяли с помощью шкалы депрессии А.Бека (Beck Depression Inventory), оценка уровня ситуативной и личностной тревожности проводилась при помощи теста Ч.Спилберга и Л.Ханина. С помощью личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) оценивали тип отношения к самой болезни и ее лечению, к медперсоналу, к близким, окружающим, работе, будущему.

Результаты. Среднее значение депрессии по шкале А.Бека у пациентов составило 9,2±6,6 балла. У 26 пациентов (57,7%) этот показатель был ниже 10 баллов (6,2±1,5), что говорит об отсутствии у них депрессии. У 15 больных (33,4%) показатель уровня депрессии составил от 10 до 19 баллов (13,7±2,5), что не превышает нормального значения. У 8,9% пациентов выявлена клинически выраженная депрессия с количеством баллов более 19 (22,0±2,3), что свидетельствует о необходимости коррекции проводимого лечения. Оценка уровней тревожности показало следующее: высокий уровень ситуативной тревожности выявлен у 3 (6,7%) пациентов, личностной тревожности у 15 (33,3%) пациентов. Средний уровень выраженности ситуативной тревожности отмечался у 39 (86,6%) пациентов, личностной тревожности – у 27 (60%) пациентов, низкий уровень ситуативной и личностной тревожности – у 3 (6,7%) пациентов. Высокая личностная тревожность коррелировала с невротическими и эмоциональными срывами, высокая ситуативная тревожность – с нарушением тонкой координации и внимания. Средний и высокий уровни ситуативной и личностной тревожности у большинства пациентов способствовали прогрессированию стенокардии.

Данные, полученные при помощи опросника ЛОБИ свидетельствуют о том, что наиболее часто встречающийся у обследованных тип отношения к болезни эргопатический (22,8%), пациенты стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Для больных с эйфорическим (14,3%) типом характерно необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Для сенситивного типа (11,4%) характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о заболевании. С небольшой частотой (8,6%) встречались гармоничный, обсессивно-фобический, ипохондрический и неврастенический типы, а также тревожный, паранойяльный и анозогнозический типы (2,57%).

Выводы. Выявленные изменения свидетельствуют о необходимости коррекции психовегетативных нарушений в комплексном лечении пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией с целью улучшения клинического состояния и повышения качества жизни этих пациентов.

474 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИЙ ЭНАЛАПИЛА И АМЛОДИПИНА, ВАЛСАРТАНА И АМЛОДИПИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ II-III СТЕПЕНИ

Маянская С.Д., Малышева Е.В., Фролова Э.Б., Михопарова О.Ю., Набережнова И.Г., Абдрахманова А.И.

ДОУ ВПО “Казанская государственная медицинская академия”, Казань, Россия

Цель: сравнить эффективность комбинаций эналаприл+амлодипин и валсартан+амлодипин при умеренной и тяжелой артериальной гипертонии (АГ) с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Методы исследования. Под наблюдением находилось 62 мужчин в возрасте 35-60 лет с начальным уровнем САД – 173,2±1,4 мм рт.ст и ДАД – 107,4±1,3 мм рт.ст, что соответствует АГ II-III степени. Определены следующие факторы риска: курение, дислипидемия, поражение органов мишеней (гипертрофия левого желудочка, ишемическая болезнь сердца). После рандомизации пациентов в две группы, первая группа (n-32) получала комбинацию эналаприл+амлодипин в суточных дозах 20/10 мг, вторая (30) – комбинацию валсартан+амлодипин в суточных дозах 160/10 мг, однократно, ежедневно. Всем пациентам при поступлении и через 12 недель повторно проводили СМАД на мониторе Schiller MT-300 (Швейцария), а также определение уровней глюкозы и холестерина в крови.

Полученные результаты. У пациентов, принимавших комбинацию эналаприл+амлодипин, целевой уровень АД достигался в 89% случаев, а при использовании комбинации валсартан+амлодипин – в 87%. При анализе показателей СМАД у пациентов первой группы наблюдалось уменьшение срСАДсут на 15,7% (p<0,01) за счет срСАДд на 16,3% (p<0,01) и срСАДн на 13,8% (p<0,05), а у второй – срСАДсут снижалось на 15,1% (p<0,001) в основном за счет срСАДн на 15,9% (p<0,01). У первой группы пациентов срДАДсут понижалось на 14,4% (p<0,05) как за счет срДАДд на 15,1% (p<0,01), так и за счет срДАДн на 13,3% (p<0,05), а у второй – в основном за счет срДАДн на 16,5% (p<0,01). У пациентов первой группы ИВСАДсут уменьшался за счет ИВСАДд на 23,1% (p<0,001), а у второй – за счет ИВСАДн на 24,8% (p<0,001). Аналогичная динамика изменений показателей “нагрузки давлением” прослеживалась в отношении ДАД. При этом достоверно изменялись показатели “утренней фазы” СМАД. Так, для комбинации эналаприл+амлодипин характерным оказалось снижение ВУП для САД на 25% (p<0,001) и ДАД на 17,6% (p<0,01) и СУП для САД на 23,2% (p<0,001) и ДАД на 16,4% (p<0,01).

В условиях валсартан+амлодипин ВУП для САД уменьшилось на 18,9% (p<0,001) и ДАД – на 23,7% (p<0,001), а СУП для САД и ДАД на 17,1% (p<0,001) и 21,6% (p<0,01), соответственно. У первой группы пациентов уровень глюкозы понижался с 5,77±1,2 до 5,38±0,8 ммоль/л (p<0,05), а у второй – с 5,61±0,7 до 5,23±1,2 ммоль/л (p<0,01). В группе эналаприл+амлодипин уровень общего холестерина уменьшался с 5,40±0,8 до 5,0±0,6 ммоль/л (p<0,01), а в группе валсартан+амлодипин – с 5,52±0,7 до 5,15±0,8 ммоль/л (p<0,01).

Выводы: Комбинация валсартан+амлодипин при АГ II-III степени с высоким и очень высоким риском развития ССО более эффективна по сравнению с комбинацией эналаприл+амлодипин в плане снижения ночных показателей ДАД, а также показателей "нагрузки давлением" и утренней фазы СМАД. Изученные комбинации гипотензивных средств характеризуются своей "метаболической нейтральностью".

475 СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В КРОВИ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева Т.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава, Чита, Россия

Цель: изучить уровень эндотелина-1 в плазме крови больных гипотиреозом.

Материалы и методы: в исследование были включены 2 группы больных. Первую группу составили 13 пациентов (средний возраст 37±4,3 года) с гипотиреозом. Вторая группа была представлена 10 больными (средний возраст 38±5,6 год) с медикаментозным эутиреозом. В контрольную группу были включены 10 здоровых лиц, сопоставимые по возрасту. Содержание эндотелина-1 в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа с применением набора реактивов фирмы "BioMedica" (Австрия).

Результаты: у больных гипотиреозом было выявлено достоверное повышение уровня эндотелина-1 в крови: в 1,5 раза (1,08±0,17 фмоль/л) по сравнению с его содержанием у пациентов второй группы (0,54±0,04 фмоль/л) (p<0,04). В обеих группах пациентов в течение всего периода наблюдения уровень эндотелина-1 был достоверно выше, чем в контрольной группе (0,18±0,04 фмоль/л) (p<0,01).

Выводы: У больных гипотиреозом отмечается значительное повышение содержания эндотелина-1 крови, более выраженное чем у пациентов с медикаметозным эутиреозом.

476 НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева Т.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава, Чита, Россия

Цель: изучить уровень метаболитов оксида азота в крови у больных гипотиреозом.

Материалы и методы: в исследование были включены 16 пациентов с гипотиреозом (средний возраст 39±8,9 лет) и 13 пациентов с эутиреозом (средний возраст 36±5,6 года). В контрольную группу были включены 12 здоровых лиц сопоставимые по возрасту. Нитроксидпродуцирующую функцию эндотелия определяли по методу Голикова П.П. (2000 г).

Результаты: у больных манифестной формой гипотиреоза в стадию декомпенсации уровень нитритов составил 28,81±3,06 мкмоль/л, уровень суммарных метаболитов оксида азота 36,39±3,82 мкмоль/л, что было достоверно выше (t=2,9, p<0,02 и t =2,8, p<0,02, соответственно), чем у пациентов этой же группы, но в стадию субклинического гипотиреоза (NO2-24,46 ±3,08 мкмоль/л, NOx-32,09±3,86 мкмоль/л. Уровень нитритов, нитратов, суммарных метаболитов оксида азота у пациентов с гипотиреозом был достоверно выше (t>3, p<0,01) таковых у пациентов 2 группы (NO2-19,62±3,04, NO3-2,38 ±1,88, NOx-25,00 ±2,14 мкмоль/л). На фоне лечения показатели нитроксидпродуцирующей функции у больных первой группы снижались до уровня пациентов в стадию эутиреоза, однако, различия между ними не выявлено (p>0,05). По сравнению со здоровыми лицами (NO2-27,39±2,35, NOx-33,70±2,55 мкмоль/л) у пациентов 2-й группы отмечалось достоверное снижение уровня нитритов и суммарных метаболитов оксида азота (t<2, p<0,05). У больных гипотиреозом установлено достоверное повышение всех трех исследуемых показателей (p<0,05) по сравнению с группой контроля.

Выводы: У больных гипотиреозом установлено усиление нитроксидпродуцирующей функции эндотелия, более выраженное при манифестной форме заболевания в стадию декомпенсации.

477 ЦИТОАРХИТЕКТОНИКА И АГРЕГАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЭНАЛАПРИЛ

Медведев И.Н., Гамолина О.В.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Цель – установить динамику цитоархитектоники и агрегации эритроцитов у больных артериальной гипертонией (АГ) с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) на фоне длительного приема эналаприла.

В исследование включено 34 больных АГ 1-2 степени с НТГ, риск 3 (критерии ДАГ3 (2008) и 27 здоровых людей среднего возраста (контроль).

Внутриэритроцитарное ПОЛ определяли по концентрации малонового диальдегида (МДА) в реакции восстановления тиобарбитуровой кислоты (Shmith J. B. Et al., 1976) и содержанию ацилгидроперекисей (АГП). Активность внутриэритроцитарных антиоксидантных ферментов устанавливали для каталазы и супероксиддисмутазы (СОД). Агрегацию эритроцитов определяли в камере Горяева по количеству агрегатов эритроцитов, числу агрегированных и неагрегированных эритроцитов во взвеси отмытых эритроцитов в плазме крови с вычислением среднего размера агрегата (СРА), показателя агрегации (ПА), процента неагрегированных эритроцитов (ПНА).

Для коррекции АГ всем больным назначался эналаприл по 10мг 2 раза в сутки. Оценка клинических и лабораторных показателей проводилась в начале лечения, через 52 недели терапии. Статистическая обработка полученных результатов велась с использованием t-критерия Стьюдента.

Исходные цифры артериального давления у пациентов составляли – систолическое – 173,1±3,2 мм рт.ст, диастолическое – 99,0±1,9 мм рт.ст. Через 2-3 недели лечения артериальное давление стабилизировалось на уровне: систолическое – 130,1±3,6 мм рт.ст., диастолическое – 82,8±2,4 мм рт.ст., сохраняясь на данном уровне до конца наблюдения. Лечение больных эналаприлом позволило достичь дополнительной небольшой положительной динамики к году наблюдения активности каталазы (7680,0±19,6 МЕ/10^{12} эр.) и СОД (1670,0±4,72 МЕ/10^{12} эр.), обеспечивающих понижение ПОЛ в эритроцитах. Так, через 52 нед. приема больными эналаприла содержание первичных продуктов ПОЛ – АГП достигло 4,47±0,03 $Д_{233}/10^9$ эр., а вторичных – базальный МДА –1,55±0,07 нмоль/10^9 эр. У больных, получавших эналаприл, выявлено постепенное ослабление агрегации эритроцитов по мере лечения. Так, в результате проведенной терапии у больных отмечено снижение (p<0,01) суммы эритроцитов в агрегате, понижение СРА и количества самих агрегатов при постепенном нарастании величины свободно лежащих эритроцитов к 52 нед. терапии до 162,4±1,25 клеток. Отмечено снижение за весь период наблюдения на 1,5% для ПА, достигающего к 52 нед. лечения у больных 1,31±0,07. Это сопровождалось у пациентов на фоне лечения постепенным увеличением ПНА, составившем за 52 нед. лечения 3,3%.

Таким образом, у больных АГ с НТГ 52 нед. прием эналаприла оказывает слабое оптимизирующее влияние на агрегацию эритроцитов.

478 МИКРОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ АТОРВАСТАТИНА

Медведев И.Н., Скорятина И.А.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Цель работы – исследовать возможности влияния ингибитора гидрокси-метилглутарил коэнзим А-редуктазы – аторвастатина на микрореологические свойства эритроцитов у больных артериальной гипертоний (АГ) с дислипидемией.

Под наблюдением находились 33 больных АГ 1-2 степени с дислипидемией IIб типа, риск 3 (критерии ДАГ3 (2008), среднего возраста (52,8±1,7года). Группу контроля составили 26 здоровых людей аналогичного возраста.

Внутриэритроцитарное перекисное окисление липидов (ПОЛ) определяли по концентрации малонового диальдегида (МДА) в отмытых и ресуспендированных эритроцитах по Кубатиеву А.А., Андрееву С.В. (1979) и содержанию ацилгидроперекисей (АГП) (Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И., 1983). Оценка содержания различных форм эритроцитов проводилась с фазовым контрастом. Производился расчет индекса трансформации (ИТ), индекса обратимой трансформации (ИОТ), индекса необратимой трансформации (ИНОТ), индекса обратимости (ИО) (Назаров С.Б., 1995). Агрегацию эритроцитов определяли путем подсчета в камере Горяева количества агрегатов эритроцитов, числа агрегированных и неагрегированных эритроцитов во взвеси отмытых эритроцитов в плазме крови (Назаров С.Б., 1995).

Всем больным назначался аторвастатин 10 мг на ночь на фоне эналаприла 10мг 2 раза в сутки с оценкой их состояния через 4, 16 и 52 недели терапии. Статистическая обработка результатов велась t-критерием Стьюдента.

К 16 нед. приема больными аторвастатина содержание в эритроцитах АГП и МДА достигло 3,07±0,18 $Д_{233}/10^9$ эр., и 1,15±0,10 нмоль/10^{12}эр., соответственно, выйдя на уровень контроля. Продолжение терапии аторвастатином сохраняло достигнутый ПОЛ эритроцитов.

Применение аторвастатина вызвало у больных увеличение в крови содержания дискоцитов. Уже через 16 нед. лечения их содержание их стабильно нормализовалось (82,3±0,20%). При этом, суммарное количество обратимо и необратимо измененных форм эритроцитов снизилось, достигнув значений группы контроля к 16 нед. 11,4±0,12% и 6,4±0,13%, соответственно. К 16 нед. терапии было выявлено снижение ИТ (0,27±0,014), ИОТ (0,14±0,015), ИНОТ (0,07±0,008) при повышении ИО (1,78±0,006).

За 16 нед. применение аторвастатина отмечено снижение суммы эритроцитов в агрегате (41,7±0,10) и количества их агрегатов (9,0±0,11) при увеличении свободно лежащих эритроцитов (242,6±0,28) до уровня группы контроля, сохраняясь до конца наблюдения.

Таким образом, 16 недельная терапия аторвастатином у больных АГ с дислипидемией способна нормализовать ПОЛ, цитоархитектонику и агрегационную активность эритроцитов.

479 ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Межонов Е.М.

ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России", Тюмень, Россия

Цель исследования. Изучить прогностическое значение изменений плазменного уровня N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) на фоне проводимой терапии у больных с систолической дисфункцией левого желудочка.

Материалы и методы. В исследование было включено 84 пациента в возрасте от 23 до 70 лет (в среднем 54±8,1 года) с систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ ЛЖ<40%). Всем пациентам проводили исследование плазменного уровня NT-proBNP исходно и через 3 месяца с использованием количественного иммунологического теста фирмы Roche Diagnostics с диапазоном измерений от 60 до 3000 пг/мл с целью оценки эффективности терапии сердечной недостаточности. Медиана наблюдения составила 18 месяцев. В течение всего исследования пациенты получали стандартное фармакологическое лечение сердечной недостаточности, соответствующее национальным рекомендациям. В процессе проспективного наблюдения регистрировали "конечные точки": случаи смерти, развившиеся в результате декомпенсации сердечной недостаточности, и незапланированные госпитализации в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием статистических пакетов программ "SPSS Statistics 17.0" и STATISTICA (версия 6.0).

Результаты. За время динамического наблюдения у 33 больных из 84 зафиксировано наступление "конечных точек": у 33 больных (39%) – повторная госпитализация в связи с декомпенсацией ХСН, у 6 из которых (7%) – смерть в результате декомпенсации ХСН. При анализе динамики плазменных концентрации NT-proBNP в соотношении с клиническим состоянием больных выявлено, что из 32 пациентов, госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН, у 14 пациентов при определении пептида в динамике сохранялся уровень NT-proBNP более 3000 пг/мл, а у 13 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 1 и 3 случаях соответственно (p<0,001). Исходно высокий уровень NT-proBNP (более 3000 пг/мл), так же как увеличение плазменных концентрации NT-proBNP на фоне проводимой терапии ассоциировалось с ухудшением прогноза больных. Снижение уровня NT-proBNP на фоне терапии ассоциировалось с более благоприятным прогнозом. В исследовании продемонстрировано, что изменения уровня NT-proBNP в динамике на фоне проводимой терапии были более важными предикторами выживаемости, чем абсолютные значения этого пептида.

Выводы. Повторное динамическое определение NT-proBNP в плазме крови позволяет выделить пациентов повышенного риска для более интенсивного наблюдения и более агрессивной патогенетической терапии. В связи с этим серийное определение концентрации в крови NT-proBNP и своевременная коррекция патогенетической терапии с целью снижения уровня этого пептида позволит улучшить результаты лечения и прогноз пациентов с ХСН.

480 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ПРЕДИКТОРА КРАТКОСРОЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ AL-АМИЛОИДОЗЕ

Мелиоранская Е.И., Семернин Е.Н., Стрельцова А.А., Полякова А.А., Пыко С.А., Шихалиев Д.Р., Гудкова А.Я.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Несмотря на достижение некоторых успехов в лечении, прогноз пациентов с AL- амилоидозом остается крайне неблагоприятным. В немногочисленных исследованиях вариабельности сердечного ритма (ВСР) при амилоидозе, выполненных в европейских странах, показана роль вегетативной нервной системы в генезе нежелательных кардиова-

скулярных событий, в том числе внезапной сердечной смерти. В отечественной литературе существуют единичные сообщения о данной проблеме.

Цель. Изучение особенностей вегетативной регуляции сердца как предиктора краткосрочной смертности у пациентов с AL-амилоидозом.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 22 пациента с первичным системным AL-амилоидозом в возрасте от 37 до 84 лет (группа 2). В 1 и 3 группу вошли пациенты с метаболическим синдромом на разных стадиях заболевания. 4 группу составили пациенты с гипертонической болезнью. Материалами исследования ВСР явились записи суточного мониторирования пациентов, оцененные с помощью программно-аппаратного комплекса KTResult. Выживаемость пациентов оценивалась с помощью метода Каплан-Майера.

Результаты. При частотном анализе ВСР, в группе пациентов с первичным системным AL-амилоидозом при нагрузке симпатовагальный индекс (LF/HF) было достоверно ниже по сравнению с группой больных гипертонической болезнью (LF/HF – 2,41± 0,66; 0,42±0,13, соответственно; p<0,05). Также, отношение показателя мощности в области низких частот к общей мощности (LF/TF) в покое был достоверно ниже в группе больных AL-амилоидозом, по сравнению с группой пациентов с гипертонической болезнью (в покое: LF/TF – 0,07±0,017; 0,16±0,035, соответственно; p<0,05). В покое симпатовагальный индекс (LF /HF) гораздо больше в группе пациентов с метаболическим синдромом и нормальной ФВ ЛЖ (LF /HF – 3,31±1,68; 0,47±0,37, соответственно; p<0,05). В период перед пробуждением, показатели SDNN, RMSSD, а также показатель мощности в области высоких частот (HF) и показатель общей мощности (TF) были достоверно ниже в группе больных AL-амилоидозом (SDNN – 5,78±14,01; 14,326±29,46, соответственно; RMSSD – 1,16±290,14; 2,96±785,67 соответственно; HF – 1,14±316,48; 8,36±457,23, соответственно; TF – 4,06±1,17; 25,54±1,069, соответственно; p <0,05). За фиксированное время наблюдения, которое составило 60 месяцев, согласно кривым Каплан-Майера, вероятность выживания в группе пациентов с AL-амилоидозом составила 36%, в то время как для группы пациентов с метаболическим синдром эта величина составила 76%.

Выводы. Снижение симпатического компонента, ассоциированное с высокой смертностью при AL-амилоидозе, может рассматриваться как глубокое нарушение вегетативной регуляции. SDNN является мощным предиктором краткосрочной смертности при AL-амилоидозе.

481 НЕОБХОДИМОСТЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Калашников В.Ю., Терёхин С.А., Мелкозёров К.В.
ФГУ Эндокринологический Научный Центр Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель: изучить необходимость в реваскуляризации миокарда у больных сахарным диабетом и критической ишемией конечности.

Методы и результаты. В период с октября 2009г по октябрь 2010г в ФГУ ЭНЦ было обследовано 79 пациентов с сахарным диабетом и с критической ишемией нижней конечности (37 мужчин и 42 женщины, средний возраст – 62,6±5 лет). Стенокардия напряжения была диагностирована у 17 пациентов (у 8 из них стенокардия – III-IV функционального класса), ОКС без подъема сегмента ST – у 12 больных, признаки ишемии миокарда на ЭКГ покоя регистрировались без типичной клиники стенокардии или её эквивалентов у 20 больных. Остальным 30 пациентам, не имевших клинической картины стенокардии, ишемических изменений на ЭКГ покоя и/или нарушения локальной кинетики левого желудочка, проведена стресс-ЭхоКГ с добутамином – стресс-индуцированная ишемия миокарда выявлена у 9 больных (6 пациентов не имели ангинозную боль или её эквивалента при положительном стресс – тесте). На основании обследований, “немая” ишемия миокарда была диагностирована у 28 больных. Пациентам с ОКС, стенокардией и “немой” ишемией миокарда (суммарно 58 человек) выполнена коронароангиография. При коронароангиографии однососудистое поражение коронарных артерий выявлено у 12 (20,6%) пациентов, двухсосудистое – у 19 (32,7%), трёхсосудистое – у 26 (44,2%), в том числе у 21 (36,2%) пациентов выявлено поражение ствола левой коронарной артерии. У всех пациентов с “немой” ишемией миокарда (28 человек) был выявлен стеноз более 90% крупной коронарной артерии и/или гемодинамически значимое (более 50%) поражение ствола ЛКА. 1 (1,7%) пациент не имел гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий. 57 больным с сахарным диабетом и критической ишемией конечности выполнена эндоваскулярная реваскуляризация миокарда. При проведении чрескожного коронарного вмешательства в 82% были использованы стенты с лекарственным покрытием, в среднем 2,7 стента на больного.

Выводы. У пациентов с сахарным диабетом и критической ишемией конечностей ИБС часто протекает бессимптомно. Даже при отсутствии типичной стенокардии или её эквивалентов, ишемия миокарда выявляется у 35% пациентов данной группы. Реваскуляризация миокарда у больных сахарным диабетом и критической ишемией конечности необходима в 72,1% случаев.

482 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА НОЛИПРЕЛ И НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мельникова Ю.А., Филиппова Т.В., Перфильев А.А., Шадрин В.В.
ГОУ ВПО “Алтайский государственный медицинский университет Росздрава”, ЗАО “Сервье”, Барнаул, Россия

Цель исследования: провести сравнительную оценку влияния препарата Нолипрел и комплексной терапии с применением Нолипрела и низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) пожилого возраста.

Материал и методы. Обследованы 104 пациента с АГ в возрасте от 60 до 94 лет (77,4±1,6лет), из них 22 женщины. При поступлении в стационар систолическое артериальное давление (САД) составляло 156,6±1,8 мм рт.ст., диастолическое (ДАД) – 90,1±0,9 мм рт.ст. Изолированная систолическая АГ была у 26 (25%), у остальных – ГБ III стадии. Длительность течения АГ в среднем составила 21±1,2 года. У всех больных была ХСН, средний ФК 2,2±0,08. Больные были рандомизированы в 3 группы: 1-я (“Нолипрел”) (n=27) – получавшие лечение Нолипрелом наряду с другими группами антигипертензивных препаратов; 2-я (“Нолипрел+НИЛИ”) (n=54) – получавшие накожное воздействие НИЛИ с аппарата “Мустанг” на кардиальные зоны Захарьина-Геда в комплексе с медикаментозным лечением (исключая Нолипрел); 3-я (сравнения) (n=54) – получавшие антигипертензивную фармакотерапию (исключая Нолипрел). У всех пациентов до и после лечения методом эходопплеркардиографии на аппарате Vivid-7 (USA) оценивали толщину стенок ЛЖ, массу миокарда (ММ) ЛЖ и ее индекс, конечные систолический (КСР) и диастолический (КДР) размеры ЛЖ, соотношение Е\А, время изоволюмического расслабления (IVRT) ЛЖ и поперечный размер левого предсердия (ЛП). Статистическую обработку данных проводили с использованием программы “Statistica 6.0” (Statsoft, USA).

Результаты. После лечения во всех группах было отмечено снижение САД и ДАД (p<0,05), в большей степени – в группе

"Нолипрел" (на 22,3%). Поперечный размер ЛП, а также КДР и КСР ЛЖ уменьшились во всех группах пациентов (p<0,05), в большей степени (на 7,3%, 7,2% и 9,1% соответственно) – в группе "Нолипрел+НИЛИ". Уменьшение толщины МЖП, ЗСЛЖ, ММЛЖ и индекса ММЛЖ также отмечено во всех группах, в большей степени – в группе "Нолипрел" (на 3,7%, 6,9%, 11,9% и 9,6% соответственно) (p<0,05). В группе "Нолипрел+НИЛИ" соотношение Е/А ЛЖ увеличилось на 9,7% (p<0,05), IVRT ЛЖ уменьшилось на 10%, а в группе "Нолипрел" IVRT ЛЖ уменьшилось на 7,8% (p<0,05), соотношение Е/А не изменилось.

Заключение. Терапия Нолипрелом приводит к регрессии гипертрофии миокарда и уменьшению дилатации полостей ЛЖ, увеличивает его диастолическую податливость у больных АГ пожилого возраста. Присоединение НИЛИ потенциирует данные эффекты Нолипрела. Комплексная терапия с применением Нолипрела и накожного воздействия НИЛИ может быть рекомендована в качестве терапии выбора у пациентов пожилого возраста с АГ, в частности с диастолической дисфункцией ЛЖ.

483 ПРЕДСКАЗАНИЕ ОТВЕТА НА РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ 3D-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Мельников Н.Н., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Целью исследования была оценка роли 3D-эхокардиографии для предсказания ответа на ресинхронизирующую терапию (СРТ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: Было обследованы 38 пациентов (35 мужчин) с ХСН III-IV ФК по классификации NYHA, средний возраст которых составил 52,3±9,84 года. Этиология: первичная дилатационная кардиомиопатия – 18 человек, ишемическая кардиомиопатия – 20 человек. Критериями для отбора больных были: ХСН III-IV ФК по классификации NYHA, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≤35%, конечный диастолический диаметр ЛЖ ≥55 мм. Синусовый ритм был зафиксирован у 27 человек, 11 человек с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Всем пациентам с целью выявления признаков внутри- и межжелудочковой диссинхронии и для оценки эффективности ресинхронизирующей терапии выполнялась трехмерная эхокардиография. Обследование проводилось перед постановкой кардиостимулятора и на 4 день после СРТ. Пациенты впоследствии были разделены на респондеров и нереспондеров, основанием для включения пациентов в ту или иную группы было снижение конечно-систолического объема ≥15% после СРТ.

Рассчитывались параметры: SDI – систолический индекс диссинхронии, характеризующий результат расчета стандартного отклонения времени до достижения минимального систолического объема для 16 сегментов левого желудочка. SDI рассчитывался в процентах по отношению к длине цикла. Оценка объемов, фракции выброса при использовании трехмерной визуализации проводилась с помощью режима "Full Volume" с последующей обработкой данных.

Результаты. У 26 человек (68%) было зафиксировано снижение конечно-систолического объема ≥15%. Исходные характеристики у этих двух групп были сходны: фракция выброса 29±3,87% у респондеров и 31±2,23% у не респондеров (p=0,059), конечно-диастолический объем 241±72мл и 216±69мл (p=0,320) соответственно, конечно-систолический объем у ответивших составил 172±56мл и 148±50мл в группе не отреагировавших (p=0,225). Исключением был показатель SDI, который отличался в двух группах исходно (10,46±3,37% и 3,56±1,11% p=0,000).

Выводы: Систолический индекс диссинхронии может быть использован для предсказания положительного ответа на ресинхронизирующую терапию у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

484 ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИЗИСА

Мензоров М.В.[1], Шутов А.М.[1], Михайлова Е.В.[1], Климова Т.В.[2], Мензорова Е.Н.[1]

Ульяновский государственный университет[1], МУЗ Центральная городская клиническая больница[2], Ульяновск, Россия

Цель исследования. Оценить частоту и выраженность острого повреждения почек (ОПП) по критериям RIFLE и AKIN у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST), уточнить связь ОПП с эффективностью тромболитической терапии (ТЛТ).

Материалы и методы исследования. В 2008-2010 году в отделении неотложной кардиологии Центральной городской клинической больницы г.Ульяновска (ЦГКБ) 165 больным (мужчин – 134, женщин – 31, средний возраст 56,6±10,43 лет) была выполнена ТЛТ. Диагностику инфаркта миокарда, наличие показаний и противопоказаний для проведения ТЛТ, оценку ее эффективности осуществляли согласно Рекомендаций ВНОК (2007г). ОПП диагностировали и классифицировали по критериям RIFLE и AKIN по креатинину ($RIFLE_{Kp}$, $AKIN_{Kp}$) и диурезу ($RIFLE_{д}$, $AKIN_{д}$). Только у 4 (2%) больных в анамнезе имелась информация о предшествующем заболевании почек. Поскольку исходный креатинин до инфаркта миокарда не был известен, он был рассчитан исходя из базального уровня скорости клубочковой фильтрации (СКФ) – 75 мл/мин/1,73 м^2.

Результаты. Среднее время от появления характерной клинической картины до момента госпитализации составило 2,7±1,73 часа. ТЛТ была эффективна у 115 (70%) больных. Клиническая смерть развилась в период госпитализации у 18 больных, из них удалось реанимировать 9 (5%). Диурез составил 0,6±0,30 мл/ч/кг. Согласно критериям $RIFLE_{д}$ и $AKIN_{д}$ ОПП наблюдалось у 56 (34%) пациентов. Концентрация креатинина в сыворотке крови составила 104,1±38,25 мкмоль/л. По критериям $AKIN_{Kp}$ ОПП диагностировалось чаще – у 101 (61%) пациентов, по сравнению с критериями $RIFLE_{Kp}$ – у 87 (53%) больных, но разница была не достоверна (χ^2=1,80, p=0,18). Согласно $RIFLE_{Kp}$, выявлены следующие классы ОПП: у 75 пациентов риск (R), у 11 – повреждение (I), у 1 – недостаточность (F). Согласно критериям $AKIN_{Kp}$ у 81 больного диагностирована 1 стадия, у 17 – 2 стадия и у 2 – 3 стадия ОПП. Гемодиализ потребовался только 1 больному, у которого был класс F по $RIFLE_{Kp}$ и 3 стадия по $AKIN_{Kp}$. В группе больных с эффективным тромболизисом креатинин был меньше (100,5±40,84 и 112,5±30,16 мкмоль/л, p=0,01), скорость клубочковой фильтрации выше (76,4±31,44 и 64,1±19,97 мл/мин/1,73м^2, p=0,02), ОПП по $RIFLE_{Kp}$ выявлялось реже (χ^2=4,15; p=0,04). Логистический регрессионный анализ показал, что ОПП по $RIFLE_{Kp}$ было независимо от возраста и времени от возникновения клинической картины до момента госпитализации ассоциировано с отсутствием эффекта от ТЛТ (относительный риск 2,25; 95% ДИ 1,02–4,95; p=0,045).

Выводы. Более половины больных ОИМпST, которым выполнялась тромболитическая терапия, имеют острое повреждение почек по критериям $RIFLE_{Kp}$ и $AKIN_{Kp}$. Частота ОПП, диагностированного по диурезу почти вдвое меньше по сравнению с оценкой по $AKIN_{Kp}$ и на 40% меньше по сравнению с оценкой по $RIFLE_{Kp}$. Наличие острого повреждения почек согласно $RIFLE_{Kp}$ ассоциировано с отсутствием эффекта от тромболитической терапии.

485 ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ ФОРМЫ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У НОСИТЕЛЕЙ МУТАЦИЙ ГЕНОВ LDLR И APOB

Мешков А.Н., Ершова А.И., Щербакова Н.В., Рожкова Т.А., Калинина М.В., Малышев П.П., Кухарчук В.В., Бойцов С.А.

ФГУ "РКНПК Минздравсоцразвития РФ", Москва, Россия

Семейная гиперхолестеринемия (СГХС) – наследственное аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся высоким содержанием в плазме крови липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), наличием кожных и сухожильных ксантом и высоким риском раннего развития ИБС. Семейная гиперхолестеринемия может быть обусловлена мутациями трех генов: наиболее часто развитие СГХС вызывают мутации гена LDLR и APOB, мутации гена PCSK9 встречаются крайне редко. В ряде популяций стран западной Европы показано, что фенотипические проявления (уровень ХС-ЛПНП, возраст развития ИБС) у носителей мутаций разных генов могут достоверно отличаться. В тоже время работы по изучению влияния мутаций генов LDLR и APOB на показатели липидного обмена в российской популяции больных СГХС ранее не проводились.

Цель работы. Сравнение показателей липидного обмена у больных разными генетическими формами СГХС.

Материалы и методы. В исследование включено 123 пациента с СГХС (98 носителей мутаций гена LDLR и 25 носителей мутаций гена APOB) и 31 их здоровых родственников с отсутствием мутаций. На момент обследования больные не получали гиполипидемической терапии. Уровни общего холестерина, триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) определяли стандартными ферментативными методами. Уровень холестерина ЛПНП рассчитывали по формуле Friedewald. Мутации в генах LDLR и APOB определяли методом прямого секвенирования. Уровни липидов крови представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения. При сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Больные с мутациями гена LDLR имели достоверно более высокий уровень общего холестерина (10,52±2,52 ммоль/л) и ХС-ЛПНП (8,00±2,46 ммоль/л), чем больные с мутациями гена APOB (8,42±1,02 ммоль/л и 5,98±1,39 ммоль/л соответственно) и их здоровые родственники (4,72±0,83 ммоль/л и 2,78±0,66 ммоль/л соответственно) ($p<0,05$). Больные СГХС (как носители мутаций гена LDLR, так и носители мутаций гена APOB) имели достоверно более высокий уровень ТГ (1,69±1,11 ммоль/л и 1,76±1,58 ммоль/л соответственно), чем их здоровые родственники 0,93±0,39 ммоль/л ($p<0,05$), однако между собой носители разных мутаций достоверно не различались. Так же не было различий по уровню ХС-ЛПВП, как между группами больных СГХС, так и между больными СГХС и здоровыми родственниками.

Выводы. Впервые для российской популяции больных СГХС показаны различия в уровнях ОХ и ХС-ЛПНП между носителями мутаций генов LDLR и APOB. Выявлено повышение уровня ТГ у больных СГХС с генетически подтвержденным диагнозом по сравнению со здоровыми родственниками.

Работа поддержана Правительством Москвы: ГК №8/3-280н-10 и ГК №8/3-281н-10.

486 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ХМАО-ЮГРЕ, 2008-2010 ГГ

Милованова Е.В., Урванцева И.А., Саламатина Л.В.

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

В Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (ХМАО-Югре) с 2008 года реализуется инновационный Проект "Югра-Кор", как система обеспечения неотложной кардиологической помощью населения автономного округа.

Цель: анализ основных показателей эффективности оказания неотложной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда (ИМ) в округе за период с 2008 по 2010 год.

Методы исследования: данные для анализа взяты из годовых отчетов всех лечебно-профилактических учреждений округа, материалов отдела медицинской статистики и анализа Департамента Здравоохранения ХМАО-Югры, а также из материалов кабинета диспансеризации окружного кардиологического диспансера.

Полученные результаты. Показатель общей смертности от ИМ в округе снизился с 19,0% до 17,0%. Показатель больничной летальности от ИМ в целом по округу снизился с 10,3% до 9,2%. В Центрах интервенционной кардиологии (ЦИК) летальность среди больных с ИМ составила 5,5%. В 2008 г. в ЦИК госпитализировался каждый пятый больной с ИМ, в 2009 г. – каждый четвертый больной с ИМ, а в 2010 г. – каждый третий больной с ИМ. Каждый пятый больной с ИМ получает высокотехнологичную медицинскую помощь в первые 2 часа от начала заболевания.

Показатель первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных с ИМ с подъемом сегмента ST увеличился на 20,3% (с 23,7% до 44%). Реперфузионная стратегия по восстановлению коронарного кровотока у больных с ИМ с подъемом сегмента ST применяется в 77,0%, в.т.ч. ЧКВ – 44,0%, тромболизис – 39,0%.(6% больных получили и ЧКВ и ТЛТ). В 2010 г. частота выполнения ЧКВ в округе больным с ИМ достигла 375 на 1 млн населения (в среднем по РФ – 65 на 1 млн).

Показатель средней длительности пребывания больного с ИМ в стационаре сократился на 5,8 дней. В течение года после перенесенного инфаркта миокарда возврат стенокардии у больных, получивших высокотехнологичную помощь (ВМП), в 2 раза реже по сравнению с больными после медикаментозного лечения (16,4% и 8,1% соответственно), а смертность больных, получивших ВМП (1,6%) в 4 раза ниже по сравнению с больными после медикаментозной терапии (6,3%).

Экономическая эффективность реализации Проекта "Югра-кор" за 3 года составила более 1,8 млрд. рублей: за счет прироста валового регионального продукта на сохраненные годы жизни, возврата больных к трудовой деятельности и сокращения сроков пребывания больного в стационаре.

Выводы: реализация Проекта "Югра-Кор" на территории ХМАО-Югры позволила улучшить качество оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда, повысить доступность высокотехнологичных методов лечения.

487 ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ПРОБЕ С ФИКСИРОВАННЫМ ДЫХАНИЕМ

Минаков Э.В., Минакова Н.Э., Дубачев А.А.

ГОУ ВПО Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: оценка вегетативной дисфункции у пациентов с ИБС после аортокоронарного шунтирования (АКШ) при пробе с фиксированным темпом дыхания (ФД).

Методы исследования: Обследовано 147 лиц, мужчин. 69 – практически здоровые лица: (I-ПЗЛ) группа- 47 человек – (средний возраст 29±8,7), (II-ПЗЛ) группа- 22 человека (средний возраст 48±7,1). Обследование больных ИБС включало данные анамнеза и объективного осмотра, стандартный набор лабораторно-биохимических данных, регистрацию ЭКГ в 12-ти отведениях, эхокардиографию, холтеровское мониторирование. Операция АКШ у всех пациентов прово-

дилась в условиях искусственного кровообращения в рамках Воронежской областной клинической больницы №1. Оценка параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) производилась до АКШ и в разные сроки с помощью систем "Варикард 2.51 (Рязань) и "ДМС передовые технологии" (Москва). Всем пациентам проводилась проба с ФД по стандартной методике.

Результаты: 1-й этап ФД у здоровых лиц I-ПЗЛ приводит к снижению волн HF в 3 раза (14,7мс2 и 4,3мс2 соответственно (p<0,05), 2-й этап добавляет немного (4,3 и 2,92, p>0,05). У здоровых лиц II-ПЗЛ уже в покое отмечается снижение мощности HF волн почти в 2 раза по сравнению с исходными данными I-ПЗЛ (14,7 мс2 и 7,50 мс2 (p<0,05). 1-й этап ФД снижает мощность HF волн относительно немного (7,5 и 6,9, (p>0,05), а на 2-м этапе ФД значения суммарной спектральной мощности HF волн резко падают до 1,41 мс2 (p<0,05). Таким образом, проба с ФД подтверждает данные литературы о снижении парасимпатической активности с возрастом и, видимо, свидетельствует о уменьшении резервных возможностей. У пациентов с давностью АКШ 1 год при исходно сниженных показателях HF (4,84) на 1-м этапе ФД парасимпатическая активность парадоксально возрастает (6,14), а затем резко снижается (4,86 и 1,56, (p<0,05). Это согласуется с данными по динамике SDNN. У пациентов с давностью АКШ 3 г исходно сниженные показатели парасимпатической активности в покое (4,02) при пробе с ФД парадоксально возрастают (4,02 и 7,74, p<0,05), хотя, при этом, показатели SDNN существенно не изменяются. Симпатическая активность (LF) у здоровых лиц I-ПЗЛ существенно снижается на 1-м этапе ФД (16,5 и 9,44мс2), и далее регистрируется небольшое повышение на 2-ом этапе до 11,34 мс2. У здоровых лиц II-ПЗЛ мощность LF изначально снижена (16,5 и 12,36) с последующим постепенным снижением (12,36 и 11,56 и 9,04, p>0,05). У пациентов с давностью АКШ 1 год назад отмечено существенное снижение LF волн уже в покое (16,5, 12,36 и 9,85 соответственно), нерезкий рост на 1-м этапе до 11,56 и снижение на 2-м этапе до 9,64. У пациентов с АКШ 3 г отмечено исходное снижение мощности волн LF, а ФД вызывает устойчивый рост показателя.

Выводы: проба с ФД у пациентов с ИБС после АКШ выявляет определенные особенности постепенного восстановления вегетативного баланса, что может быть использовано для оценки реабилитации пациентов.

488 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Минушкина Л.О.[1], Чумакова О.С.[1], Селезнева Н.Д.[1], Евдокимова М.А.[1], Осмоловская В.С.[1], Благодатских К.А.[2], Носиков В.В.[2], Затейщиков Д.А.[1]

[1]ФГУ "Учебно-научный медицинский центр" УД Президента РФ, Москва, Россия; [2]Государственный научный центр РФ "ГосНИИ генетика", Москва, Россия

Целью исследования было изучить ассоциацию полиморфных маркеров генов CRP, IL6, IL10, LTA и TNFA с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у больных гипертонической болезнью.

Больные и методы. Обследовано 183 больных гипертонической болезнью (91 (49,8%) мужчины и 92 (50,2%) женщины). Средний возраст – 63,1±11,76 лет. В обследованной группе было 25 больных, имеющий сахарный диабет 2 типа (13,6%), 22 (12%) перенесли инсульт. В исследование не включались больные, переносившие инфаркт миокарда. Структурные особенности миокарда левого желудочка исследовались с помощью эхокардиографии. ГЛЖ диагностировалась при индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) больше 125 г/м^2 у мужчин и 110 г/м^2 у женщин. Идентификация аллелей полиморфных маркеров C (-3014) T, A (-3872) G, A (-5237) G, G (-2667) C гена CRP, G (-1082) A гена IL10, C (-174) G гена IL6, C (252) T гена LTA и A (-308) G гена TNFA проводилась с использованием полимеразной цепной реакции, расщепления фрагментов ДНК рестриктазами и электрофоретического разделения фрагментов ДНК в 8%-ном полиакриламидном геле.

Результаты. В обследованной группе оказалось 76 больных без признаков ГЛЖ и 107 больных с увеличением ИММЛЖ. Среди больных с ГЛЖ достоверно меньше оказалась частота генотипа GG полиморфного маркера A (-5237) G гена CRP (p=0,029, OR 0.21 [0.05-0.82]). У носители генотипа GG ИММЛЖ был достоверно меньше, чем у больных, имеющих в генотипе аллель A полиморфного маркера A (-5237) G гена CRP (117,2±6,83 г/м^2 и 135,9±4,88 г/м^2 соотв., p=0,031). У больных с ГЛЖ оказалась достоверно выше частота аллеля A полиморфного маркера G (-1082) A гена IL10 (p=0,039, OR 1,58 [1.05-2,53]) и аллеля A полиморфного маркера A (-308) G гена TNFA (p=0,043, OR 1,63 [1.01-2,71]). Носители аллеля A полиморфного маркера A (-308) G гена TNFA имели достоверно больший ИММЛЖ по сравнению с носителями генотипа GG (145,5±11,20 г/м^2 и 135,5±3,19 г/м^2 соотв., p=0,019). Ассоциации генотипов других изученных нами полиморфных маркеров с ГЛЖ выявлено не было. Таким образом, генотип GG полиморфного маркера A (-5237) G гена CRP оказался защитным, носительство аллелей A полиморфных маркеров G (-1082) A гена IL10 и A (-308) G гена TNFA предрасполагало к развитию ГЛЖ. Полученные ассоциации подтверждают возможное участие медиаторов воспаления в развитии ГЛЖ у больных гипертонической болезнью.

489 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИИ АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ (5-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Мирошниченко А.И., Осипова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Целью исследования было установить частоту факторов риска ССЗ и их вклад в развитие ассоциированных клинических состояний (АКС) у лиц стрессовой профессии с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 204 мужчины (средний возраст 44,2±3,8 лет) машинистов и помощников машинистов локомотивных бригад, состоящих на учете с АГ. Выявляли факторы риска: статус курения, ожирение, уровень офисного АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), уровень общего холестерина (ОХС), глюкозы, гипертрофию миокарда левого желудочка (ГЛЖ) и толщину интима-медиа (ТИМ). Определялся суммарный коронарный риск по SCORE. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ую составили мужчины с возникшими АКС (n=50, средний возраст 46,0±5,3 лет), 2-ую – лица без АКС (n=154, средний возраст 44,2±4,1 лет). Группе пациентов с АКС был проведен ретроспективный анализ основных факторов риска ССЗ на основе данных ежегодного диспансерного наблюдения за пятилетний период.

Результаты. Самым распространенным кардиоваскулярным осложнением оказалась ИБС, которая встречалась у 58% пациентов, у 34% больных развился сахарный диабет, ОНМК случилось у 8%.

Наиболее распространенным ФР являлся статус курения, лица 1-й группы курили чаще на 16,8% (χ^2 =5,3, p=0,02) по сравнению с больными 2-й группы. Частота ГХС в обеих группах составляла 61%. Частота повышенного диастолического АД у пациентов 1-й группы превышала в 7,6 раз по сравнению со 2-ой (p<0,0001). В 1-ой группе увеличение ТИМ выявлялась в 2 раза чаще (p<0,0001) и тахикардия – в 4 раза чаще (p<0,0001) по сравнению со 2-й группой. Частота ГЛЖ в 1-й группе составляла 42%, во 2-й – 33,1% (p > 0,05).

Частота высокого суммарного риска фатальных ССС у лиц с АКС по сравнению с пациентами без АКС была выше

в 3 раза (χ^2 =7,81, p=0,005), среднего риска – в 1,3 раза (χ^2 =24,8, p=0,003), а низкого – ниже в 15 раз (χ^2=7,85, p<0,0001).

При динамическом наблюдении в группе пациентов с АКС диастолическое АД к 3-му году повышалось на 5 мм. рт.ст. (p<0,05), к 5-му – на 10 мм.рт.ст. от исходного (p<0,0001). В 1-й и 3-й годы ожирение встречалось у 28% пациентов, к 5-му году – частота увеличивалась на 12% и достигала 40% (p=0,2). Частота сердечных сокращений увеличивалась к 5-му году – на 12% от исходной (p<0,0001). В 1-й год наблюдения ГЛЖ встречалась у 22% пациентов. К 3-му году частота ГЛЖ вырастала в 2 раза (p=0,03), не изменялась к 5-му году. Увеличение ТИМ в 1-й год исследования определялась у 30% пациентов, на 3-й год – у 38,5%, к 5-му году – у 70% (p=0,04). НТГ определялась только в 1-ой группе пациентов у 16% (p<0,0001).

Выводы. Наряду с высокой распространенностью традиционных ФР, таких как статус курения, АГ, гиперхолестеринемия существенный вклад в развитие сердечно-сосудистых осложнений вносят такие дополнительные ФР, как: диастолическое АД (p<0,0001), ЧСС более 80 в мин. (p<0,0001), НТГ (p<0,0001), ГЛЖ (p<0,05) и увеличение ТИМ (p<0,05).

490 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Михайлов С.Н., Либис Р.А.

ГОУ ВПО “Оренбургская государственная медицинская академия”, Оренбург, Россия

Цель изучить динамику показателей физической активности у больных, перенесших инфаркт миокарда и имеющих в анамнезе ишемический инсульт (ИИ), после применения адаптированной программы физической реабилитации. Под наблюдением находилось 25 мужчин и 15 женщин, после перенесенного ИМ, на фоне ИИ в анамнезе. По диагнозу заболевания, двигательному режиму, характеру сопутствующих заболеваний и возрасту, больные обеих групп были подобраны одинаково, несмотря на то, что были подразделены на основную и контрольную группу произвольно (по 20 больных в каждой группе). Результаты проведенного первичного исследования больных основной и контрольной групп свидетельствовали о снижении показателей функционального состояния кардиореспираторной и мышечной систем обследуемых. Для оценки эффективности программы физической реабилитации мы использовали следующие методы исследований: изучение и анализ научно-методической литературы, педагогический эксперимент, клинические методы, антропометрия, пульсометрия, спирометрия, частота дыхания, артериальная тонометрия и врачебно-педагогические наблюдения. Результаты первичных и повторных исследований свидетельствовали о значительном улучшении всех показателей кардиореспираторной системы в основной группе, в контрольной группе эти же результаты улучшились незначительно. В основной группе частота сердечных сокращений снизилась с 87,4±0,54 ударов в минуту до 81,3±0,41 ударов в минуту (p<0,001), что указывало на экономичность работы сердечно-сосудистой системы; частота дыхания в покое уменьшилась с 24,3±0,31 дыханий в минуту до 20,2±0,36 (p<0,001), жизненная емкость легких увеличилась с 2,13±0,04 литра до 2,46±0,36 (p<0,02), так же увеличились показатели артериального давления. Все это свидетельствовало о целесообразности применения большого количества упражнений в статическом напряжении, большого количества бытовых упражнений, а так же применения аппаратов “Оксицикл”, “Стабилан-01”, восстанавливающих двигательную функцию. Таким образом, исследование фонового функционального состояния организма больных обеих групп в начале курса реабилитации с помощью объективных и информативных методик обследования позволил выявить снижении адаптации возможностей кардиореспираторной системы и значительные нарушения двигательной функции паретичных конечностей у больных обеих групп, что объяснялось длительным постельным режимом и нарушением функции центральной нервной системы. С учетом выявленных изменений в функциональном состоянии организма больных нами предложена комплексная программа физической реабилитации, которая заключается в использовании упражнений на восстановление бытовых навыков, упражнений в статическом удержании конечностей в чередовании их с дыхательными упражнениями и упражнениями на расслабление. Повторные исследования, проведенные после курса физической реабилитации, выявили достоверное улучшение всех показателей кардиореспираторной системы у больных основной группы по сравнению с показателями – контрольной группы.

491 ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Михальчикова Н.А., Бурова Н.Н.

ФГУ “Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова”, Санкт-Петеребург, Россия

Цель: изучить особенности догоспитального этапа оказания медицинской помощи больным инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (ИМБПST).

Материал и методы: в исследование включено 412 пациентов с верифицированным ИМБПST (164 муж., 248 жен., средний возраст 69,7±11,5 лет). Подробно изучен анамнез заболевания, проведен анализ оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Результаты: Установлено, что все больные имели два и более факторов риска развития ИБС. Большая часть больных страдали гипертонической болезнью, избыточной массой тела (366 и 308 пациентов соответственно). Приступы стенокардии различного функционального класса в анамнезе прослежены у 75% больных; 44% пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда. У 66% пациентов при поступлении отмечалась гиперлипидемия, о ней знали лишь 24%. Курение в настоящем и/или прошлом признавали 35% больных. Среди оцениваемых пациентов в 346 случаях ИМБПST предшествовал период нестабильной стенокардии. Среди пациентов, страдавших стенокардией и/или перенесших ранее инфаркт миокарда, динамическое наблюдение кардиологом проводилось только у 1/3 больных, холтеровское мониторирование выполняли 16,8% больным, нагрузочные тесты были проведены в 12,3% случаях. Из числа пациентов, нуждавшихся в регулярной терапии в течение последнего года, предшествующего развитию ИМБПST, адекватную гипотензивную терапию получали 30%, антиагрегантную терапию – 38%, антиишемическую – 40%, гиполипидемическая терапия проводилась только у 10% больных. Рекомендации по здоровому образу жизни при повторных контактах с терапевтом и/или кардиологом обозначены только 10% больным, по снижению веса – 12% больным. В связи с развитием нестабильной стенокардии, предшествовавший ИМБПST, только 43,4% больных обращались за медицинской помощью; срок первого обращения составил 14±11,6 дней. Из обратившихся пациентов в связи с типичной клинической картиной нестабильной стенокардии адекватная терапия назначена только в 50% случаев. Большая часть пациентов госпитализированы бригадой скорой медицинской помощи в связи с развитием затяжного болевого ангинозного приступа. У 39% больных уже на догоспитальном этапе диагностирован ИМБПST, с диагнозом нестабильной стенокардии госпитализированы 45% пациентов. Установлено, что аспирин на догоспитальном этапе назначен только 15,7% больным, из них в нагрузочной дозе – 11%; клопидогрель – не назначен ни одному из исследуемых. Гепарин вводился в 17% случаев, в адекватной дозе – в 13% случаев. Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений

на догоспитальном этапе не проводилась ни в одном из случаев.

Выводы: Основные проблемы оказания медицинской помощи больным ИМБПST обусловлены низкой информированностью пациентов о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, клинических проявлениях острого коронарного синдрома и тактике поведении при них; несоблюдением разработанных рекомендаций по ведению больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями; отсутствием обязательных стандартов при оказании медицинской помощи больным ИМБПST.

492 АССОЦИАЦИЯ ГЕНА K2960N МИОСПРИНА С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА И КРУПНЫХ АРТЕРИЙ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Могучая Е.В., Костарева А.А., Смолина Н.А., Клушина А., Ротарь О.П., Дубровская О.Б., Дзюбенко Н.А., Малев Э.Г., Сокальская Е.А., Иваненко В.В., Конради А.О., Шляхто Е.В.

ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова" Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. В настоящее время подробно изучаются молекулярные механизмы, лежащие в основе гипертрофии миокарда. Недавно были получены данные о важной роли миосприна (белка, ассоциированного с Z-линией и десмином) в развитии гипертрофии миокарда, а также ассоциации его K2960N полиморфизма А аллели с высокой степенью гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) в японской популяции. Однако нет никаких данных относительно влияния генов на жесткость артерий и развитие атеросклероза. Целью нашего исследования было дальнейшее изучение ассоциации K2960N гена миосприна с повреждением сердца и крупных артерий в популяции российских жителей.

Материал и методы. 256 пациентов с артериальной гипертензией, а также 200 здоровых доноров обследованы. ДНК выделяли из крови с использованием метода фенол-хлороформа. Генотипирование миосприна проводили с помощью ПДРФ анализа с использованием NlaIII рестрикции. ЭхоКГ и ультразвуковое исследование сонных артерий были выполнены на приборе Vivid 7: были рассчитаны индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и толщина интима-медиа сонной артерии (КИМ). Жесткость артерий оценивали с использованием устройства SphygmoCor. Также проводилась антропометрия и измерение артериального давления (АД) трехкратно на правой руке.

Результаты. Средний размер ЗСЛЖ (мм) у пациентов с ГЛЖ (150) составил 11,8±1,1, без ГЛЖ (106): 9,3±0,7, соответственно, $p<0,05$, среднее значение МЖП (мм) в тех же группах было: 12,6±1,2 и 9,7±0,4, $p<0,05$. Не существовало никакой разницы в частоте аллелей А и С между группами с ГЛЖ и без ГЛЖ (0,89 и 0,11 для группы с ГЛЖ и 0,87 и 0,13 для группы без ГЛЖ, $p>0,05$). Распределение генотипов также не отличались по группам (АА – 0,79 и 0,76, АС – 0,21 и 0,22, СС – 0 и 0,02 соответственно, $p>0,05$). Генотип и частота аллелей не существенно отличались между пациентами АГ и контрольной группой. Скорость пульсовой волны (СРПВ) и толщина КИМ были определены у 106 человек. Средняя СРПВ (м/с) у пациентов с геном АА составила 7,1±1,3 (44), с АС 7,3±1,6 (19) и с СС 7,25±1,06 (2). У всех обследованных СРПВ была ниже, чем 12 м/с. Утолщение КИМ было выявлено в 25% (11) случаев при варианте гена АА, и у 21% (4) при варианте АС. У пациентов с вариантом гена АА ИММЛЖ коррелировал с периферическим АД ($r=0,39$, $p<0,005$). При гене АС ИММЛЖ коррелировал с индексом аугментации ($r=0,59$, $p<0,005$), а также с систолическим АД в аорте ($r=0,55$, $p<0,005$).

Выводы. Несмотря на то, что в исследованиях жителей Японии А аллель в варианте гена K2960N миосприна продемонстрирована как важный предиктор ГЛЖ, в нашем исследовании мы не получили данных о влиянии данного гена как на поражение сердца, так и на состояние крупных артерий в виде атеросклероза сонных артерий и повышения жесткости сосудистой стенки. Необходимы дальнейшие исследования для объяснения роли гена миосприна в процессе развития гипертрофии миокарда и поражения крупных артерий.

493 АССОЦИАЦИЯ С677Т ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТ-РЕДУКТАЗЫ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И РАЗЛИЧНЫМИ ЕГО КОМПОНЕНТАМИ В КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ

Молдокеева Ч.Б.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Бишкек, Кыргызстан

Цель. Изучение ассоциации С677Т полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) с инсулинорезистентностью (ИР), метаболическими нарушениями в кыргызской этнической группе.

Материал и методы. В исследование включено 264 пациента в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст 52,3±8,1 лет), кыргызской национальности с ИР и 132, сопоставимых по полу и возрасту пациента без ИР, сахарного диабета (СД) 2 типа и метаболического синдрома (МС) (контроль). Всем пациентам определялись антропометрические показатели (вес, рост, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ)), высчитывался индекс массы тела (ИМТ), артериальное давление (АД), сахар, липидный спектр, инсулин сыворотки крови натощак и С677Т полиморфизм гена МТГФР.

Результаты. При проведении анализа $\chi 2$ тест выявлено, что у носителей ТТ генотипа отмечалась более частая встречаемость ИР, достоверно чаще встречалось ожирение, в том числе превалировал абдоминальный тип с более высокими показателями окружности талии, индекса массы тела, также отмечались самые низкие показатели холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС) и наиболее высокие значения уровня триглицеридов.

Заключение. Носительство Т677 аллели полиморфизма гена МТГФР ассоциируется с наличием ИР, МС, а также такими компонентами МС: как нарушение углеводного обмена, абдоминальное ожирение, гипертриглицеридемия, сниженный уровень ЛПВП-ХС.

Ключевые слова: инсулинорезистентность, С677Т полиморфизм метилентетрагидро-фолатредуктазы, сахарный диабет.

494 ВЛИЯНИЕ ДИЕТЫ И РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА НА ГЕМОДИНАМИКУ И ВЕС У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Молчанова О.В., Деев А.Д., Бритов А.Н.

ФГУ ГНИЦ ПМ МЗ и СР РФ, Москва, Россия

Снижение веса на фоне гипокалорийной диеты у пациентов с ожирением улучшает профиль сердечно-сосудистого риска. Медикаментозные и растительные препараты (РП) часто назначают для более эффективного снижения веса при соблюдения диеты.

Цель исследования. Оценить влияние диеты и растительного препарата на изменения веса, гемодинамические и метаболические показатели у пациентов с ожирением и сердечно-сосудистыми факторами риска.

Результаты. Двадцать один пациент с ожирением старше 18 лет (средний возраст 49,7±2,4; средний индекс массы тела 35,5±0,8 кг/м², из них – 3 мужчин) были включены в исследование. Каждому участнику были проведены консультации по питанию и предписан индивидуальный диетический план наряду с РП идеал, который уменьшает всасывание жиров в пищеварительной системе. Вес, окружность талии, глюкоза натощак и постпрандиальная глюкоза, липиды сыворотки

крови были измерены в начале исследования и через 4 недели наблюдения.

Все участники завершили исследование. Гипертония присутствовал у 64%, гипертрофия левого желудочка – у 57%, дислипидемия – у 80% участников. Через 4 недели отмечено снижение веса на 5,7кг (p<0,001), окружность талии – на 6,52см (p <0,001). Уровень глюкозы был снижен на 0,2 ммоль/л натощак и на 0,4 ммоль/л постпрандиальный уровень (p<0,05). Положительные изменения наблюдались в липидном профиле:Δ общего холестерина (ХС) – 12,5 мг/дл (p<0,001), Δ ЛДЛ – 5,8 мг/дл (p<0,05), Δ триглицеридов – 22,0 мг/дл (p<0,05). Систолическое и диастолическое артериального давления было снижено на 3,7 мм рт.ст. и на 2,3 мм рт.ст. соответственно.

Таким образом, гипокалорийная диета и РП являются эффективными для снижения веса и улучшения гемодинамических и метаболических параметров у больных с ожирением, АГ и сердечно-сосудистых факторов риска.

495 АНАЛИЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Моргунов Л.Ю., Волокитин И.В.
Городская клиническая больница № 20, Москва, Россия

Цель: оценка результатов обследования лечения пациентов с метаболическим синдромом в амбулаторных условиях.

Методы исследования. В 3-х летнем наблюдении приняли участие 558 пациентов, госпитализированных в эндокринологическое отделение стационара по различным каналам с декомпенсацией углеводного обмена. Из общего количества было 364 женщины (65,2%) и 194 мужчины (34,8%). Средний возраст пациентов на момент начала исследования составил 57,5±8,1 года. Изучены амбулаторные карты и даны подробные рекомендации. На момент начала исследования число пациентов с различными формами ИБС составило 51,7%, целевых уровней артериального давления достигали лишь 7,2% исследуемых, жировой обмен исследовался лишь у 32,7% исследуемых, в том числе лишь уровень холестерина – у 68,3% из них. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 103 пациентов (18,5%). Различной степенью ожирения страдали 88,4% исследуемых. Данные о курении имелись в амбулаторных картах лишь у 73 исследуемых (13,1%). Образ жизни и физическая активность отражения в амбулаторных картах не нашла ни в одном случае. Сахароснижающая терапия пациентов была представлена как пероральными препаратами, так и инсулином. Уровень гликированного гемоглобина определен у 74,2% пациентов, у 78,9% из них он не достигал целевых значений. Дальнейшее изучение качества обследования и терапии проведено спустя 3 года.

Результаты. Спустя 3 года из исследования выбыли 32 пациента, из которых скончались по различным причинам 17, в том числе от ИБС-14. Число пациентов с ИБС через 3 года увеличилось на 6,1%, инфаркт миокарда перенесли 18 пациентов, в том числе повторный-11. На 6,2% увеличилось число пациентов с сердечной недостаточностью. Целевых значений артериального давления достигли 18,3% исследуемых. Уровень гликированного гемоглобина определен у 96,4% пациентов, при этом целевых значений компенсации углеводного обмена достигли 43,9%. Липидный спектр исследован у 57,9% пациентов. Различная степень ожирения отмечена у 91,1% исследуемых. Данные о курении отмечены в 22,7% случаев, упоминания об образе жизни и физической активности по-прежнему отсутствовали. Гиполипидемическую терапию получали лишь 13,3% из лиц, имеющих нарушения жирового обмена.

Выводы. Несмотря на явные позитивные сдвиги в достижении целевых значений углеводного и жирового обменов, коррекции артериального давления, совместного наблюдения пациентов с кардиологами, наличие школ обучения пациентов с сахарным диабетом в стационаре и амбулаторном звене, образу жизни как основной концепции пациентов с метаболическим синдромом уделяется явно недостаточное внимание. Это проявляется ростом числа пациентов с ишемической болезнью сердца и ожирением, а также недостаточно агрессивным лечением компонентов метаболического синдрома.

496 РОЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Моргунов Л.Ю.
Городская клиническая больница № 20, Москва, Россия

Цель: изучение роли специализированного медицинского питания у пациентов с сахарным диабетом типа 2 для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы исследования: В 21-дневном исследовании продукта Глюцерна SR приняли участие 30 пациентов, разделенных на 2 группы. Средний возраст пациентов группы 1 составил 58,2±3,7 года, 2-57,4±3,1 года. Индекс массы тела составил в среднем 34,7±2,2 кг/м² в группе 1, в группе 2 -33,8,±2,9 кг/м². У всех имелся сахарный диабет типа 2: в группе 1 длительностью -7,1±1,4 года, во второй – 6,9±2,4 года. Средний уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) в первой группе составил 7,2±2,1%, во второй – 6,8±1,2%. До начала терапии средние уровни в группе 1 составили: холестерина – 6,1±0,6 ммоль/л, триглицеридов 2,6±0,4 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) -3,7±0,8 ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) -1,0±0,2 ммоль/л. В группе 2 средние уровни составили 1: холестерина – 6,2±0,8 ммоль/л, триглицеридов 2,5±0,4 ммоль/л, ЛПНП -3,6±0,9 ммоль/л, ЛПВП -1,1±0,3 ммоль/л. Исходно уровень систолического АД (САД) составил в первой группе 159,4±6,5 мм рт. ст., диастолического АД (ДАД)- 94,5±4,5 мм рт.ст. В группе 2 уровень САД составил исходно 156,8±6,1 мм рт.ст., уровень ДАД- 91,7±3,6 мм рт.ст. Пациентам первой группы назначен продукт Глюцерна SR 230 мл однократно (энергетическая ценность 206 ккал) в качестве дополнительного питания. Пациенты второй группы получали стандартную пищевую нагрузку.

Результаты. При оценке постпрандиальной гликемии ее уровень повысился в среднем на 16,4%; у исследуемых, получавших стандартную пищевую нагрузку- на 26,2% (p=0,003). Через 60 минут эти показатели составили 20,7 и 30,4% от исходного уровня соответственно (p=0,0018), через 90 минут- 22,0 и 31,9% соответственно (p=0,004).Через 120 минут достоверных различий в изменении уровня гликемии в обеих группах не получено. Через 3 недели в первой группе отмечено статистически значимое снижение уровней холестерина до 5,7±0,6 ммоль/л (p=0,018), триглицеридов до 2,1±0,3 ммоль/л (p=0,003), ЛПНП –до 2,9±0,7 ммоль/л (p=0,004), ЛПВП –до 1,1±0,2 ммоль/л (p=0,61). В группе 2 средние уровни составили: холестерина – 6,0±0,8 ммоль/л, триглицеридов 2,4±0,6 ммоль/л, ЛПНП -3,4±0,8 ммоль/л, ЛПВП -1,0±0,2 ммоль/л (результаты статистически не значимы). Индекс массы тела у пациентов группы 1 в конце исследования составил 33,4±2,1 кг/м², средняя масса тела снизилась на 0,5±0,3 кг (p=0,07). Индекс массы тела у пациентов второй группы составил 32,3,±3,1 кг/м², масса тела практически не изменилась. В первой группе наблюдалось достоверное снижение АД от исходного уровня: САД составило 146,4±4,2 мм рт.ст. (p=0,007), ДАД- 87,3±3,5 мм рт.ст.(p=0,004), в группе 2- САД 149,8±7,7 мм рт.ст. (p=0,047), ДАД- 87,5±3,9 мм рт.ст. (p=0,53).

Выводы: применение специализированного медицинского питания у пациентов с сахарным диабетом типа 2 в стационарных условиях позитивно воздействует на важнейшие компоненты метаболического синдрома, уменьшает потенциальный риск сердечно-сосудистых осложнений.

497 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИБС НА РЕЖИМ ИНТЕНСИВНОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

Моргунов Л.Ю.
Городская клиническая больница № 20, Москва, Россия

Цель: изучить возможность появления нарушений сердечного ритма у пациентов с сахарным диабетом типа 2, переведенных на режим интенсивной инсулинотерапии.

Методы исследования: 28 пациентов, страдающих сахарным диабетом типа 2, были переведены на базально-болюсный режим инсулинотерапии аналогами инсулина из-за невозможности достичь целевых значений компенсации заболевания пероральными сахароснижающими препаратами. Вторая группа-контрольная, состоящая из 14 пациентов, получала только пероральные сахароснижающие препараты. Средний возраст пациентов первой группы составил 61,4±6,1 года, второй -58,3±5,6 года. Длительность сахарного диабета у пациентов первой группы составила 10,3±1,9 лет, группы 2-8,9±2,1 года. Средний уровень гликированного гемоглобина у пациентов первой группы составил 7,6±0,7%, группы 2-7,9±0,5%. Все исследуемые страдали различными проявлениями ИБС, при мониторировании сердечного ритма у них отмечались суправентрикулярные экстрасистолы и не более 2 желудочковых (критерий включения в исследование). Все проведено холтеровское мониторирование до начала перевода на режим интенсифицированной инсулинотерапии в течение 48-часов, затем-мониторирование ЭКГ в течение такого же периода с одновременным непрерывным измерением глюкозы системой CGMS.

Результаты. У 5 (17,8%) из 28 пациентов отмечались эпизоды гипогликемий, которые не отмечались самими пациентами, но сопровождались в 2 случаях эпизодами пароксизмальной мерцательной аритмии, в 2 случаях- желудочковой экстрасистолией высоких градаций, у 1-трепетанием предсердий. Еще у 3 пациентов отмечено преходящее удлинение интервала Q-T. У 4 пациентов эпизоды гипогликемий нарушениями сердечного ритма не сопровождались. Зарегистрированные эпизоды потребовали снижения дозы инсулинового аналога, вводимого в вечернее время, ухудшив, таким образом, уровень гликемии натощак, а также коррекции дозы дневного аналога инсулина короткого действия.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что интенсификация инсулинотерапии, призванная улучшить гликемический контроль у пациентов с сахарным диабетом типа 2, способна вызвать нарушения ритма сердца и проводимости у пациентов с ИБС. Данные нарушения ритма ассоциированы с эпизодами гипогликемий. Необходимо тщательно определить риски перехода на данный режим терапии, а также длительное наблюдение за данной когортой пациентов с целью определить дальнейший прогноз.

498 ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Моргунов Л.Ю., Бондаренко Т.В.
Городская клиническая больница № 20, Москва, Россия

Цель: изучить суточный ритм артериального давления у больных с сахарным диабетом типа 1 и артериальной гипертензией, осложненных диабетической нефропатией на стадии протеинурии.

Методы исследования: 48 пациентов (22 мужчины и 26 женщин), страдающих сахарным диабетом типа 1 в среднем 15,7±4,7 года, имеющих диабетическую нефропатию в стадии протеинурии и нормальным уровнем креатинина и мочевины крови. Средний возраст пациентов составил 48,3±5,5 года. Длительность артериальной гипертензии составила 6,3±2,0 года. В группу контроля вошли 17 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией. Ни один из пациентов не имел избыточной массы тела. 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. Суточное мониторирование АД осуществлялось прибором ТМ – 2421 (Япония) с измерением АД в дневное время с интервалом 15 минут, в ночное – 30 минут. Определялись средние значения систолического и диастолического АД (САД и ДАД) степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД; величина утреннего подъема (ВУП) САД и ДАД – по разнице между максимальным и минимальным АД в период с 4 до 10 ч. Анализировались данные, включающие в себя не менее 86% эффективных измерений.

Результаты. У пациентов с сахарным диабетом типа 1 и артериальной гипертензией, осложненных диабетической нефропатией на стадии протеинурии

в 33,3% случаев отмечены “дипперы”, в группе сравнения таковых было 48%. “Нон-дипперов” в основной группе было 54%, в группе сравнения- лишь 28%. Утренний подъем артериального давления, не ассоциированный с ночной гипогликемией, отмечался у 46% пациентов основной группы, и лишь в 16% случаев- в группе пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией.

Выводы. У пациентов с сахарным диабетом типа 1 и артериальной гипертензией, осложненных диабетической нефропатией на стадии протеинурии, отмечаются более тяжелые нарушения суточного ритма артериального давления, не связанные с гипогликемическими эпизодами, что требует соответствующей коррекции гипотензивной терапии.

499 АНТАГОНИСТЫ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА: КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Мордовина А.Г., Татарченко И.П., Позднякова Н.В.
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) при сахарном диабете 2-го типа (СД 2) является частью общего симптомокомплекса, в основе которого лежит периферическая инсулинорезистентность и гиперактивность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). У больных СД 2 обнаружен специфический механизм активизации локальных тканевых РААС, при котором реализация патофизиологических процессов приводит 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 антагонистом ангиотензиновых рецепторов (АРА) телмисартаном у больных АГ с нарушением углеводного обмена.

Материал и методы исследования: больные – 39 человек АГ I-II ст с сопутствующим СД2, средний возраст – 58,3±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 15 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 28 случаях – категория “нон-дипперов”, в 6 – с преимущественно ночной гипертензией. По данным ЭхоКГ сократительная способность ЛЖ была сохранена у всех обследуемых: фракция выброса (ФВ) – 55,0±2,9%. Анализ данных относительной толщины стенок левого желудочка (ОТСЛЖ) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) позволил определить наличие концентрического ремоделирования

ЛЖ (увеличение ОТС и отсутствие повышения ИММЛЖ) у 46,1% больных, концентрической гипертрофии ЛЖ (увеличение ОТС и повышение ИММЛЖ) – у 53,9% больных. При оценке трансмитрального диастолического потока выявлен вариант диастолической дисфункции ЛЖ по I типу (аномальной релаксации) у 28 из 39 больных (71,8%), по II типу (псевдонормализация) – у 11 (28,2%). 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 189,6±4,5г до 172,6±5,8г, улучшение диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от 0,61±0,17 до 1,09±0,16, уменьшение IVRT от 115±3,8мс до 89,3±2,4мс, при $p<0,05$.

Таким образом, курсовая терапия телмисартаном через 6 месяцев обеспечивает, помимо эффективного контроля САД и ДАД с нормализацией суточного профиля в 87,5% наблюдений от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом, улучшение показателей диастолической функции ЛЖ, не угнетая сократительную способность миокарда. Телмисартан у больных АГ наряду с гипотензивным действием доказал наличие кардиопротективного эффекта, что наряду с удобным способом приема и отличным спектром переносимости делает его препаратом выбора у больных с нарушением углеводного обмена.

500 УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Морозова Е.И., Радаева Е.В., Чистякова М.В.
Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель: изучить особенности центральной гемодинамики у больных вирусным циррозом печени.

Материалы и методы: обследовано 30 больных вирусным циррозом печени класс от А до С по классификации Чайлд-Пью, 19 мужчин и 11 женщин. Средний возраст – 39,2±7,8 лет. Больным проводилось стандартное эхокардиографическое исследование на аппарате “VIVID” – 3 expert. Все больные были разделены на три группы. Первую группу составили 19 пациентов с циррозом класса А, вторую – 6 больных с классом В, третью – 5 больных с классом С по классификации Чайлд-Пью. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц, соответствующего возраста.

Результаты. При исследовании эхокардиографических показателей структуры сердца отмечалось увеличение размеров ЛП по сравнению с контролем в 1-й группе на 12,9%, во 2-й группе на 25,8%, в 3-й на 35,5%. КДР и КДО ЛЖ у больных с вирусным циррозом печени увеличены на 8,8% и 25,1% в первой группе, 4,4% и 17% во второй группе, 10,4 и 23,6% в третей в сравнении с показателями здоровых лиц. В изучаемых группах КСР и КСО ЛЖ были практически равны и не отличались от тех же размеров ЛЖ контрольной группы. Толщина МЖП была увеличена у больных 2-й и 3-й групп на 15,8% и 22,6% соответственно, по сравнению с контролем. Толщина задней стенки ЛЖ у пациентов с вирусным циррозом печени превышала показатель контрольной группы на 13,6% в 1-й и 2-й группах, и на 19,3% в третьей. ИОТС ЛЖ изменялся однонаправлено с вышеописанными показателями в третьей группе и составил 14,6%. В первых двух группах данная величина практически не отличалась от группы контроля. ММЛЖ и ИММЛЖ менялись в одном направлении: в 1-й группе эти показатели превышали аналогичные показатели здоровых лиц на 7,6% и 39,6%, во 2-й на 21,74% и 42,5%, в 3-й на 45,6% и 133,9%. У пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп отмечалось увеличение УО ЛЖ на 41,2%, 41,7%, 44,3% соответственно, при этом показатели СУ ЛЖ и ФВ ЛЖ по сравнению с контролем достоверно снижались только в 3-й группе.

Выводы. У больных циррозом печени вирусной этиологии выявлены кардиогемодинамические нарушения характеризующиеся: дилатацией левого предсердия, увеличением диастолических размеров и гипертрофией ЛЖ, гипердинамическим типом кровообращения. Эти нарушения прогрессируют по мере нарастания тяжести цирроза.

501 ВЛИЯНИЕ АД НА СТЕПЕНЬ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ МОНИТОРИРОВАНИИ АД И ЭКГ

Морозова О.И., Татарченко И.П., Зайцева А.В., Рублева Е.В.
ГОУ ДПО “ПИУВ Росздрава”, МУЗ “ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина”, Пенза, Россия

Цель. Оценить особенности суточного профиля АД в зависимости от наличия ишемических изменений при ХМ ЭКГ.

Материалы и методы. В исследование включены 27 больных с ИБС, стенокардией напряжения II – III ФК (12 мужчин и 15 женщин в возрасте 56±7,3 лет). Всем больным проводилось ХМ ЭКГ на аппарате “ДМС, передовые технологии”, Россия с одновременным проведением СМАД на аппарате АВРМ, “Meditech”, Венгрия. Оценивалось наличие у больных ишемии миокарда, проводился анализ профиля АД по стандартным суточным показателям. Все обследованные были разделены на 2 группы: в первую вошли больные без ишемических изменений на ХМ ЭКГ, во вторую – больные с ишемическими изменениями на ХМ ЭКГ.

Полученные результаты: При оценке особенностей АД в первой группе больных были получены следующие результаты: средние значения АД составили 130,5±12,8 и 74,2±6,9 мм рт. ст., максимальные значения – 168,7±16,6 и 100,2±12,9 мм рт.ст. Полученные значения АД в данной группе больных отражали преобладание систолической артериальной гипертензии. Степень ночного снижения систолического АД (СНС САД) равнялась 9,4±2,7%, а степень ночного снижения диастолического АД (СНС ДАД) – 12,7±3,2%. Указанные данные свидетельствуют о недостаточном снижении САД и нормальном снижении ДАД в ночные часы. Значения вариабельности САД и ДАД составили 16,3±3,4 мм рт.ст. и 11,4±2,6 мм рт.ст. Индексы времени САД и ДАД (ИВ САД, ИВ ДАД) равнялись 40,5±7,4% и 12,3±1,5% соответственно, индексы площади САД и ДАД (ИП САД, ИП ДАД) были равны 148,2±14,1 и 26,2±3,8 мм рт.ст./час. Значения указанных индексов подтверждали преобладание систолической артериальной гипертензии. Во второй группе больных отмечалось увеличение значимости диастолической артериальной гипертензии по сравнению с первой группой. Средние значения АД составили 128,2±18,5 и 77,5±15,4 мм рт. ст., максимальные значения – 162,3±20,8 и 100,4±18,5 мм рт. ст. СНС САД равнялась 10,7±3,9%, СНС ДАД – 11,2±3,6%. Значения вариабельности САД и ДАД составили 14,8±4,2 мм рт.ст. и 10,3±3,15 мм рт.ст. ИВ САД и ИВ ДАД равнялись 35,6±6,1% и 22,9±2,2% соответственно, ИП САД и ИП ДАД – 159,3±11,9 и 81,1±8,1 мм рт.ст./час, при этом значения ИВ ДАД вдвое, а ИП ДАД втрое превышали аналогичные показатели у больных первой группы. В соответствии с полученными данными во второй группе больных отмечалась устойчивая систоло-диастолическая артериальная гипертензия.

Выводы: в целом в группах больных с ишемическими изменениями и без ишемических изменений по данным ХМ ЭКГ при СМАД фиксируется преимущественно систолическая артериальная гипертензия. Отличительной особенностью в группе с ишемическими изменениями являлось наличие диастолической артериальной гипертензии. Полученные данные свидетельствуют о более выраженной суточной нагрузке диастолическим артериальным давлением на органы мишени во второй группе больных, что, в конечном счёте, объясняет выраженность ишемии миокарда.

502 ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПОСЛЕ МНОЖЕСТВЕННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ)

Мравян С.Р., Петрухин В.А., Давыдова Т.В., Мареева М.Ю., Пронина В.П., Будыкина Т.С., Тишенина Р.С., Капранов С.А., Гришин В.Л.

МОНИИАГ, МОНИКИ, НЦ ССХ, Москва, Россия

Цель: дифференциальная диагностика острой коронарной недостаточности у беременных, а также изучение возможности пролонгирования беременности после множественного стентирования коронарных артерий (СКА).

Материалы и методы: в 2010-11гг на сроках 24 и 37 недель беременности с помощью лабораторных и инструментальных методов обследована повторнобеременная, 27 лет, перенесшая во время беременности в 2006г. интрамуральный инфаркт миокарда, а в 2007 г. – множественное стентирование коронарных артерий (СКА) стентами с покрытием.

Результаты: в клинической картине заболевания в 2006г. преобладал стенокардический синдром, полностью купированный после СКА (5 стентов – TIMI 3). Факторов риска ИБС не выявлено. До 24-ой недели беременности постоянно получала тромбоасс 150 мг/сутки. При ЭхоКГ выявлено отсутствие сегментарных нарушений сократимости, кальциноз створок аортального и митрального клапанов, верхушки сосочковых мышц. При Холтеровском мониторировании выявлена желудочковая экстрасистолия до 20 тыс. экстрасистол в сутки, в связи с чем постоянно получала соталол 80 мг/сутки (с 24 недели беременности количество экстрасистол снизилось до 5 тыс. в сутки). В биохимическом анализе крови патологии не выявлено, содержание паратгормона, общего и ионизированного кальция, а также витамина D_3 25-OH не увеличено. При дуплексном сканировании сосудов шеи комплекс интима/медиа не утолщен. При УЗ-исследовании паращитовидных желез патологии не выявлено, определяются шейные лимфоузлы 19х3 мм. Содержания IgG к цитомегаловирусам (ЦМВ) составило 11,8 МЕ/мл (норма 0-1,1 МЕ/мл). В связи с недостаточным антитромбоцитарным действием тромбоасс заменен на тиклопидин 500 мг/сутки до 35 недели беременности. В связи с выявленной при УЗ-денситометриии системной остеопенией и дефицитом антитромбина III гепарин не назначался. На 35 недели беременности переведена с тиклопидина на прием фраксипарина 0,3 мг/сутки, который был отменен за 12 часов до оперативного родоразрешения. Пациентка родоразрешена на сроке 37 недель беременности кесаревым сечением под длительной эпидуральной анестезией в связи с ЭКГ-признаками ишемии миокарда.

Выводы: дифференциальный диагноз у беременных должен включать, кроме ишемической болезни сердца, спонтанную диссекцию интимы коронарных артерий, гиперпаратиреоз, наследственные тромбофилии, системные васкулиты, а также вирусный коронарит. Воздействие ЦМВ инфекции способно вызвать развитие эндокардита, а также поражения коронарных артерий. В развитии последнего большое значение придается эндотелиту коронарных артерий. Длительный прием тромбоасса, а также использование стентов с покрытием, по-видимому, способствовали купированию признаков коронарита. В литературе до настоящего времени не доказана безопасность препаратов, покрывающих стент, кроме того рекомендуется исключить длительное использование аспирина во время беременности. Клиническое наблюдение беременной после множественного СКА свидетельствует об актуальности изучения проблемы их лечения и родоразрешения.

503 ВЗАИМОСВЯЗЬ КОРРИГИРОВАННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ИНТЕРВАЛА QT И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q

Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д, Аккиев Б.Т.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Целью нашего исследования явилось изучение клинического течения и показателя интервала QT у больных, перенесших Q-ИМ.

Материалы и методы. Нами обследовано 84 пациента мужского пола с первичным Q волновым ИМ, в возрасте от 29 до 65 лет, (52±8,6 лет.). Диагноз устанавливался на основании критериев ВОЗ. На стационарном этапе ОИМ лечение осуществлялось в соответствии с рекомендациями по ведению больных ИМ с элевацией сегмента ST и включало тромболитическую терапию по показаниям, раннее назначение бета-адреноблокаторов, антиагрегантов, антикоагулянтов, нитраты, гиполипидемические средства, ингибиторы АПФ, петлевые диуретики.

На фоне проводимой терапии на 10-14 сутки ОИМ всем больным проводилось клиническое обследование, ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, эхокардиографическое исследование. Для подсчета показателя корригированного интервала QTc была использована формула Bayazett.

Результаты. В зависимости от исходного уровня корригированного интервала QT (QTc) пациенты были распределены на 2 основные группы. I группу составило 32 пациента с QTc≥440 мс, во II группу вошли остальные 52 больных с QTc<440 мс.

Группа больных с величиной QTc≥440 мс представлена пациентов с передней локализацией процесса (65 и 50%), чаще осложнявшимся развитием аневризмы ЛЖ (28 и 15% случаев). Достоверно чаще в I группе пациентов, нежели во II группе сохранялась стенокардия (56 и 31% случаев, χ^2=4,13; P=0,03). Симптомы ХСН, соответствующие II-IV ФК согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца выявлялись в 65,6 и 40,3% случаях в I и II группе, соответственно (χ^2=3,77; P=0,05). Величина ФВ в двух изучаемых группах имела достоверные различия. Так, в группе с высоким значением QTc она составила 49,34±11,66%, тогда как в группе с нормальным показателем QTc ФВ составила 54,65±8,63% (p<0,05).

Заключение. Как видно из вышеприведенных данных 40% пациентов Q-волновым ИМ на предвыписном этапе имеют QTc≥440, у которых чаще выявляются такие неблагоприятные прогностические маркеры, как обширная зона поражения с развитием аневризмы и систолической дисфункции ЛЖ, а также с сохранением резидуальной ишемии миокарда.

504 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И РИСК РАЗВИТИЯ ИЛИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ИНДИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Мундоли М.Р., Шаварова Е.К., Кобалава Ж.Д.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель: оценить роль сердечно-сосудистых факторов риска в развитии диабетических язв стопы.

Материалы и методы: все пациенты с сахарным диабетом 2 типа, обратившиеся с октября 2007 по октябрь 2009 года в Диабетический центр, Маньери, Керала, Южная Индия, включены в исследование (М/Ж 1139/754, средний возраст составил 51±10 год, средняя длительность течения сахарного диабета – 9,9±5,9 лет. Наличие нейропатии диагностировалось в соответствии с критериями Международной рабочей группы по диабетической стопе, наличие ангиопатии нижних конечностей констатировалось по плече-лодыжечному индексу <0,9. Диабетическая язва стопы диагностировалась по классификации Вагнера (нулевая стадия не учитывалась), развитие новых язв и прогрессирование имевшихся в начале исследования оценивалось через 1 год наблюдения. Исходно оценивали уровни глюкозы натощак и через 2 часа после еды, гликированного гемоглобина (HbA1c), креатинина, общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, тригли-

церидов. Экскреция альбумина с мочой от 20 до 200 мкг в минуту по результатам исследования суточной мочи расценивалась как микроальбуминурия. Наличие и тяжесть диабетической ретинопатии оценивалась при помощи осмотра глазного дна широкоугольной камерой.

Результаты: исходно диабетическая язва стопы была диагностирована в 14,8% случаев среди обратившихся в клинику больных сахарным диабетом 2 типа. Через 1 год 37 пациентов умерли (2,2%), контакт со 120 пациентами (7,4%) был утрачен, впервые диабетическая язва стопы была выявлена у 41 пациента, у 55 отмечалась прогрессия в сторону более высокой стадии по классификации Вагнера, причем это состояния достоверно чаще развивались у более пожилых больных, с более длительным анамнезом сахарного диабета 2 типа, у курильщиков, у тех, чей исходный постпрандиальный уровень глюкозы и HbA1c были выше, а также у лиц с уже имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями и осложнениями сахарного диабета. После корректировки по длительности диабета и уровню HbA1c как основных детерминант развития, достоверно сохранили свое влияние на появление/прогрессирование диабетических язв исходное наличие таких сердечно-сосудистых факторов риска, как плече-лодыжечный индекс (ОР 1,49 (1,22-1,61), p<0,001), окружность талии (ОР 1,35 (1,16-1,62), p=0,.04), уровень триглицеридов (ОР 1.38 (1,17-1,59), p=0,01); а также наличие в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ОР 2,75 (1,71-4,52), p<0,001), артериальная гипертония (ОР 1,98 (1,20-2,73), p<0,001), ретинопатия (ОР 1.8 (1,23-2,31), p=0,001), и курение (как в прошлом, так и в настоящем) (ОР 1,56 (1,18-2,05), p<0,001).

Выводы: сердечно-сосудистые факторы риска, такие как артериальная гипертония, курение, абдоминальное ожирение, альбуминурия и повышенный уровень триглицеридов, а также наличие сердечно-сосудистого заболевания является предиктором развития или прогрессирования диабетической язвы стопы.

505 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИЦ С АГ В ПОПУЛЯЦИИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ 20-59 ЛЕТ

Мусаева А.В., Исрафилов Э.Ф.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Цель. Изучить эхокардиографические показатели лиц с АГ в популяции вынужденных переселенцев женского пола 20-59 лет г.Сумгаит.

Материал и методы. Обследовано 952 женщин, которые были разделены на четыре возрастные группы: 20-29 (187), 30-39 (287), 40-49 (229), 50-59 (253) лет. Артериальное давление (АД) измерялось дважды в положении сидя после 10 минутного отдыха. С целью выявления гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) проводилось ЭхоКГ исследование.

Результаты. Распространенность АГ составила 30,5±1,0%. Масса миокарда левого желудочка была больше у лиц с концентрической (329,3±17,8 г), по сравнению с эксцентрической (275,9±13,9 г) гипертрофией левого желудочка. При концентрическом ремоделировании, показатель ММЛЖ был статистически достоверно меньше, по сравнению с ранее описанными типами ремоделирования ЛЖ (143,5±12,2 г). Нормальному типу геометрии ЛЖ соответствовало значение ММЛЖ равное 159,8±13,0 г. Индекс массы миокарда левого желудочка у лиц женского пола 20-59 лет, имеющих статус вынужденных переселенцев, вновь имела достоверно более высокие значения у лиц с КГ (211,2±11,9 г/м^2) и ЭГ (180,1±8,9 г/м^2), по сравнению с показателем выбранным как критерий ГЛЖ, а именно 121 г/м^2. Минимальное значение было зафиксировано у лиц с концентрическим ремоделированием (92,1±8,0 г/м^2), что было меньше, но недостоверно, чем при наличии нормальной геометрии ЛЖ (НГ) (102,8±8,1г/м^2). Что касается конечного систолического объема левого желудочка (КСОЛЖ), то он оказался максимальным у лиц с ЭГ (51,6±5,1 мл) и КГ (40,8±1,6 мл). Минимальное значение КСОЛЖ было вновь зафиксировано у лиц с КР (29,3±1,5 мл), что было также меньше, чем у лиц с НГ. И наконец, конечный диастолический объем левого желудочка (КДОЛЖ) также имел максимальное значение у лиц с ЭГ (123,4±4,3 мл), а также КГ (119,1±3,6 мл), что было статистически достоверно (p<0.001) больше, по сравнению с обследованными, у которых в наличии имелись КР (95,2±3,4 мл) и НГ (86,4±5,9 мл).

Выводы. Таким образом, по данным эхокардиографического исследования в популяции женщин с АГ отмечалось высокая распространенность типов геометрии и ремоделирования левого желудочка. Полученные результаты следует учитывать при разработке мер по первичной и вторичной профилактике АГ.

506 СОДЕРЖАНИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КРОВИ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ

Муха Н.В., Говорин А.В., Перевалова Е.Б., Радаева Е.В., Суворова Т.В.

ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель исследования. Исследовать содержание десквамированных эндотелиоцитов (ДЭЦ) в крови больных сахарным диабетом 1 типа (СД-1) при кетоацидозе в динамике.

Методы. Обследовано 109 человек. Были сформированы 3 группы: первая – 59 пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом; вторая – 39 больных СД-1 в стадию субкомпенсации без кетоацидоза; третья (контрольная) – 12 здоровых лиц. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы “BIOSTAT” с использованием критерия Данна.

Полученные результаты: Среднее содержание ДЭЦ у пациентов с диабетическим кетоацидозом в 1-е сутки госпитализации не отличалось от такового больных 2-й группы и составило 3,7±0,44×10^4/л и 3,8±0,32×10^4/л соответственно. Однако уже на 5-е сутки лечения количество циркулирующих в крови эндотелиальных клеток было в 1,5 раза, а на 10-е сутки лечения – в 2 раза больше, чем у больных без кетоацидоза. При проведении динамического анализа результатов установлено, что минимальное содержание ДЭЦ у пациентов 1-й группы отмечалось при поступлении, а затем постепенно увеличивалось на 5-е сутки и достигало максимальных значений к 10-м суткам лечения. Среднее содержание ДЭЦ у здоровых лиц было достоверно ниже таковых у больных 2-й группы, а также пациентов 1-й группы на протяжении всего периода наблюдения. Данный показатель составил 1,2±0,6×10^4/л.

Выводы. Таким образом, у пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом, установлено повышенное содержание циркулирующих в крови эндотелиальных клеток, независимо от стажа заболевания. При этом максимальные значения выявлены на 10-е сутки госпитализации (в 6,1 и 2,2 раза больше по сравнению со здоровыми лицами и больными СД-1 без кетоацидоза).

507 ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ СВЕРХМАЛОЙ ИНДУКЦИИ НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

[1] Мухарлямов Ф.Ю., [2]Иванова Е.С.

[1]ФГУ “Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России”, [2]Московский Областной центр медицинской профилактики ГУЗ МО “Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации”, Москва, Россия

Цель: оценить влияние общей низкочастотной магнитотерапии сверхмалой индукции (МСМИ) на переносимость физических нагрузок (ФН) у метеочувствительных больных с мягкой артериальной гипертензией (АГ).

Методы: проведены клинико-функциональные исследования у 84 больных мягкой АГ и сопутствующей метеочувствительностью (средний возраст 41,5±4,6 года, 48 женщин, 36 мужчин). Помимо анкетирования по критериям метеочувствительности всем больным была проведена спироэргометрия (СЭМ) до и после курса медицинской реабилитации (МР). Исследованные больные были разделены на 2 группы: пациенты основной группы (ОГ, 46 человек) получали курс МСМИ на аппарате "Униспок" ИАВМ-5 (процедуры проводились в положении лежа посредством катушечного матраса-аппликатора, присоединенного к магнитному индуктору, интенсивность магнитного поля 50 мкТл, время экспозиции 15 мин.) в сочетании с лечебной физкультурой (ЛФК) на циклических тренажерах (ножной и ручной эргометры, тредмил). В контрольной группе (КГ, 34 человека) проводилась изолированная ЛФК с применением тех же тренажеров. В обеих группах курс МР составил 10 процедурных дней.

Результаты: после курса МР отмечалось понижение среднего артериального давления в ОГ – на 23,3%, в КГ – на 12,3%; прирост частоты сердечных сокращений на высоте ФН составил 33,6% и 21,5% в ОГ и КГ соответственно. Переносимость ФР у всех больных была удовлетворительной, в ОГ и КГ соответственно достоверно увеличились следующие показатели: максимальное потребление кислорода – на 28,4% и 18,3%; соотношение потребления кислорода миокардом левого желудочка и выделения углекислого газа, по которым косвенно можно судить о состоянии альвеолярной вентиляции и клеточного дыхания, – на 22,4% и 14,1%; пиковое потребление кислорода – на 18,9% и 11,6%; кислородный пульс, отражающий количество кислорода, доставленного к тканям за 1 сокращение сердца и позволяющий косвенно оценивать ударный объем, – на 17,9% и 13,2%; показатель вентиляционно-перфузионных отношений – на 27,1% и 18,3%; число метаболических единиц в качестве предпочтительного показателя толерантности к физической нагрузке – на 24,5% и 16,7%. Клинически больные ОГ по сравнению с КГ отмечали лучшую переносимость погодных изменений, повышение работоспособности и повседневной физической активности.

Выводы: новая технология МР – МСМИ – может рассматриваться как эффективный метод функциональной коррекции, достоверно повышающий показатели физической работоспособности, возможности выполнять физические нагрузки, уменьшающий метеозависимые реакции у больных мягкой АГ. МСМИ рекомендуется включать в комплекс МР у данной категории пациентов.

508 АНАЛИЗ ПРОФИЛЯ МЕТИЛИРОВАНИЯ ДНК В ТКАНЯХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ЧЕЛОВЕКА

Назаренко М.С.[1,2], Пузырев В.П.[1,2], Лебедев И.Н.[1,2], Фролов А. В.[3], Барбараш О.Л.[3], Барбараш Л.С.[3]

[1]Научно-исследовательский институт медицинской генетики Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия; [2]Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск, Россия; [3]Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

Цель. Большое количество преимущественно экспериментальных исследований свидетельствует в пользу соматической мутационной концепции формирования атеросклеротических бляшек как морфологического субстрата патологического процесса. Однако мутации не могут, по всей видимости, ограничиваться исключительно структурными нарушениями генома. Вполне вероятно, что некоторая доля изменений представлена эпигенетическими модификациями. В тоже время, установлению вклада метилирования ДНК в атерогенез in vivo посвящено относительно небольшое количество работ, в которых анализировались единичные гены. Цель настоящей работы заключалась в сравнительном анализе уровня метилирования 1505 CpG-сайтов 807 генов в образцах атеросклеротических бляшек аорты и сонной артерии человека с использованием микрочипов.

Методы исследования. Биоптаты тканей аорты и сонной артерии получены в результате бифуркационного аорто-бедренного шунтирования и эндартерэктомии из сонных артерий справа, соответственно. Геномную ДНК выделяли из тканей сосудистой стенки с помощью стандартной фенол-хлороформной методики. Бисульфитная конверсия ДНК выполнена при помощи набора "EZ DNA Methylation Kit" ("Zymo Research"). Метилирование ДНК анализировали в соответствии с протоколом производителя с применением платформы GoldenGate Methylation Cancer Panel I ("Illumina"). Полученные данные анализировали с помощью пакета программ BeadStudio ("Illumina").

Результаты и выводы. В представленной работе впервые установлено дифференциальное метилирование 103 (7%) CpG-сайтов 90 (11%) генов (DiffScore >|20|; p<0,01). Например, в тканях аорты в отличие от сонной артерии отмечено гипометилирование CpG-сайтов генов H19 и белка TBX1 (TBX1), но гиперметилирование генов гомеобоксных белков (HOXA11 и HOXA5), белка c-K-ras2 (KRAS) и киназы 1 киназы митоген-активированной протеинкиназы (MAP3K1). Наиболее существенные различия в уровне метилирования характерны для сайта, расположенного в CpG-островке импринтированного гена H19: в тканях аорты – 0,02, в сонной артерии – 0,66. В базе данных по генетической эпидемиологии человека (HuGENet) 10 из 90 генов, дифференциальное метилирование которых показано в настоящей работе (ICAM1, GSTM1, IGFBP1, POMC, APOA1, IL1RN, INS, LTA, MMP3, THBS2), отнесены к генам, предположительно связанным с широким спектром патологий, составляющих сердечно-сосудистый континуум.

509 НАРУШЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Назарова О.А., Назарова А.В.

ГОУ ВПО "Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ", Иваново, Россия

Введение. Важным компонентом патогенеза артериальной гипертонии (АГ) является изменение эластических свойств сосудистой стенки, а также нарушение функции микроциркуляторного русла, способствующие развитию и прогрессированию органной патологии при этом заболевании. Однако, данные о наличии и характере взаимосвязи поражения сосудов крупного и среднего калибра с микроциркуляторными расстройствами при АГ в современной литературе практически отсутствуют.

Цель исследования: сопоставить характер нарушений эластических свойств сосудистой стенки и параметры микроциркуляции при АГ.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов в возрасте от 38 до 55 лет (в среднем 48,05±5,25 года) с гипертонической болезнью 2 стадии. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых лиц в возрасте 32-53 лет (в среднем 42,9±6,6 года) без повышения АД в анамнезе. Эластические свойства сосудов оценивали путем определения скорости пульсовой волны по сосудам эластического (СПВэ) и мышечного типа (СПВм) на аппаратно-программном комплексе "Полиспектр-12". Параметры микроциркуляции оценивали методом лазерной допплеровской флоуметрии на аппарате "ЛАКК-02".

Полученные результаты: У пациентов с АГ СПВэ и СПВм превышали значения в контрольной группе (СПВэ = 9,2±0,7 м/сек, в контроле – 7,49±1,5 м/сек; СПВм = 9,9±1,5 м/сек, в контроле-7,6±1,1 м/сек, p<0,05). Функциональное состоя-

ние системы микроциркуляции у пациентов с АГ, в целом, характеризовалось удовлетворительным уровнем тканевой перфузии (показатель микроциркуляции – 2,4±0,4 перф.ед, в контроле – 1,8±0,6 перф.ед). Отмечалось уменьшение амплитуды нейрогенных колебаний в группе АГ по сравнению с контролем (Amax Н – 0,10±0,01 перф.ед и 0,20±0,03 перф.ед. соответственно, p<0,05), что, возможно, связано с изменением вегетативной регуляции тонуса микрососудов. Амплитуда миогенных колебаний у пациентов с АГ превышала таковую в контроле (0,18±0,02 перф.ед, 0,10±0,01 перф.ед, p<0,05). Таким образом, у пациентов с АГ удовлетворительный уровень тканевой перфузии поддерживается за счет уравновешивания нейрогенных влияний миогенной активностью. По результатам окклюзионной пробы в основной группе достоверно чаще определялись спастический гемодинамический тип микроциркуляции (60% пациентов) и застойно-стазический тип (18% случаев). При проведении постуральной пробы у 60% больных АГ отмечалось чрезмерное (более чем на 45%) снижение кровотока, что свидетельствует о высокой реактивности сосудов прекапиллярного звена и наклонности к спазму. При анализе взаимосвязи между СПВэ и показателем микроциркуляции было выявлено, что у пациентов с нарушенной СПВэ показатель микроциркуляции превышает таковой в группе контроля (2,5±0,7 перф.ед., 1,9±0,6 перф. ед., p<0,05).

Заключение. У пациентов с гипертонической болезнью 2 стадии изменения микроциркуляции носят функциональный характер. При увеличении жесткости сосудистой стенки степень микроциркуляторных нарушений нарастает. Полученные данные отражают закономерности сосудистого ремоделирования при АГ и могут быть полезны для совершенствования подходов к диагностике и лечению этого заболевания.

510 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Неаполитанская Т.Э., Давидович И.М., Бондарь В.Ю., Ковальский Б.В., Скопецкая С.А., Шкаранда З.Г., Мусихина Л.П.*

ФГБУ “ФЦССХ” Хабаровск, Россия; Дальневосточный государственный медицинский университет*, Хабаровск, Россия

Цель исследования оценить влияние постоянной ЭКС на динамику суточных показателей АД у пациентов с ГБ и ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 56 больных с III стадией ГБ в возрасту 68,5±7,0 лет, женщин–30(53,6%), мужчин–26(46,4%). АГ 2 степени была у 23 (41,1%), 3 степени–у 33(58,9%) больных. Все пациенты получали постоянную антигипертензивную терапию. Показания к имплантации ЭКС у 29(51,8%) больных стали нарушения АВ проводимости. У 8(14,3%) пациентов – синдром Фредерика. 27(48,2%) больных страдали СССУ. Имплантировались ЭКС в режимах VVI, AAI, DDD. У всех больных после имплантации ЭКС постоянно регистрировался ритм ЭКС 60 – 70 импульсам в минуту. СМАД осуществлялось с помощью комплексов “BPlab” и “АВРМ” трижды – до имплантации ЭКС (у 27 больных), до 10-го дня после операции (у 56 пациентов) и в среднем на 30-40-й день после операции (у 44 пациентов).

Результаты и их обсуждение. До постановки ЭКС ср САД и ДАД в пределах нормы. Макс САД и ДАД, пульсовое АД повышены. Индекс времени САД превышал 50%. Суточный ритм “диппер” по САД отмечен в 10% случаев. “Нон-диппер” у 33% больных, “найт-пикер” у 33% и у 18%-”овер-диппер”. “Диппер” по ДАД исходно в 18% случаев. Преобладали “нон-диперы”-44% и “овер-дипперы”-26%, “найт-пикер” был в 11%. После имплантации ЭКС (на 7-10 сутки) изменений со стороны средний значений САД и ДАД не произошло, имело место достоверное, в среднем на 6 мм рт. ст. увеличение ДАД в ночное время с ростом ИВ ДАДн на 43% от исходного. Изменилось соотношение суточных профилей АД. Процент больных с профилем “диппер” как по САД, так и по ДАД, оставался прежним. С 33,3 до 58,9%, возросло количество “нон-дипперов” по САД, в основном, за счет значительного, почти в 9 раз (с 18,5 до 1,8%), снижения числа лиц с профилем “овер-диппер” и снижением “найт-пикеров”. По ДАД процент “нон-дипперов” не изменился. Достоверно снизилось число больных с профилем “овер-диппер” (с 25,9 до 5,4%) с двукратным ростом больных с профилем “найт-пикер”. В отдаленные сроки сохранялась тенденция к снижению ср САД за счет достоверного снижения макс САД. Снизилась скорость утреннего подъема. Макс и ср ДАДн стали достоверно выше, чем до установки ЭКС, что сопровождалось достоверным, более чем в 2,5 раза, ростом ИВ ДАДн и снижением пульсового АД с высоким ИВ САДн. Суточных профили САД и ДАД сохраняли прежние тенденции.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных артериальной гипертонией в ранние сроки после имплантации ЭКС стойко сохраняется повышенное среднее ДАД ночью, повышены показатели нагрузки давлением по САД ночью. В отдаленном периоде после операции регистрируется увеличенный индекс времени гипертонии по ДАД ночью. При этом у большинства пациентов имеется патологический суточный профиль АД, как правило, вследствие его недостаточного снижения или даже повышения в ночное время, что является неблагоприятным прогностическим критерием.

511 ВЛИЯНИЕ I_F-ИНГИБИТОРОВ И БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Недоруба Е.А., Анисимова Е.А.

Дорожная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия

Ишемическая болезнь сердца – одна из ведущих причин развития систолической сердечной недостаточности. Прогноз при систолической сердечной недостаточности является неблагоприятным. В настоящее время для снижения частоты сердечных сокращений используются как бета-адреноблокаторы, так и If-ингибиторы. Бета-адреноблокаторы обладают рядом побочных эффектов, которые не позволяют назначать их в эффективных дозах: слабость, гипотония, бронхоспазм, перемежающая хромота, эректильная дисфункция.

Цель работы: оценка динамики показателей характеризующих параметры систолической функции левого желудочка у больных с ишемической болезнью сердца в условиях применения β-блокатора и If-ингибитора.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 64 больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией I-III функционального класса, с обязательным наличием устойчивого синусового ритма, в возрасте от 40 до 64 лет. Все пациенты были рандомизированы на 2 группы. Пациенты первой группы (32 человека), дополнительно к стандартной терапии (аспирин, статины, иАПФ, нитраты) в течение 12 недель получали бета-адреноблокатор бисопролол в дозе 5-10 мг/сут. Пациенты второй группы (32 человека), дополнительно к стандартной терапии в течение 12 недель получали If-ингибитор ивабрадин в дозе 5-7,5 мг 2 раза в сутки.

Пациентам производили эхокардиографическое исследование на аппарате Aspen (Siemens Akyson), датчиком 3,5 МГЦ с использованием одно-, двумерного допплеровского режимов (включая тканевой допплер) до и после лечения.

Полученные результаты. Сравнительный анализ динамики систолической функции сердца после лечения позволил выявить разнонаправленные влияния бисопролола и ивабрадина в двух группах пациентов на изучаемые показатели. У больных первой группы отрицательное инотропное влияние бисопролола проявилось в тенденции к снижению фракции выброса левого желудочка с 65,2±1,9% до 61,8±1,7% (p=0,56)

и скорости систолического компонента движения латеральной части фиброзного кольца митрального клапана с 10,8±04 см/с до 10,6±0,4 см/с (p=0,70). Во второй группе после лечения было установлено достоверное повышение как фракции выброса левого желудочка с 59,3±1,7% до 67,9±1,5% (p=0,02), так и показателя s продольной сократимости мышечных волокон левого желудочка, полученного при тканевом допплеровском исследовании – с 11,1±0,4 см/с до 12,9±0,4 см/с (p=0,04).

Выводы. Ивабрадин способствует улучшению систолической функции левого желудочка как за счет положительного влияния на интегральный показатель глобальной сократимости – фракцию выброса, так и параметры, характеризующие продольную сократимость мышечных волокон левого желудочка.

512 ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ВАЗОКОНСТРИКТОР ЭНДОТЕЛИН-1 И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Некрасов А.А., Мельниченко О.В., Кузнецов А.Н.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить роль эндотелина-1 (ЭТ-1) в сердечно-сосудистом континууме при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и ее сочетании со стенокардией II-III ФК.

Материалы и методы: в течение 3-х лет наблюдали 49 больных ХОБЛ, в том числе 35 без ИБС (гр. 1, ср. возраст 59,7±12,27г.) и 14 с ИБС (гр. 2, 60,1±10,06г., p_{1-2}=0,88). В группах изучили исходный ЭТ-1 и его взаимосвязи с легочной гипертензией ЛГ (по среднему давлению в легочной артерии, СрДЛА), с состоянием правого и левого желудочков и предсердий (ПЖ, ЛЖ, ПП, ЛП) по ЭХОКГ, с маркерами воспаления (интерлейкин-6, ИЛ-6), с данными спирометрии, с риском развития острых коронарных синдромов (ОКС) в динамике. В дополнение, 1-ю группу разделили на 2 подгруппы: с ЭТ-1 не больше (n=18) и больше (n=17) медианы групповых значений, где также сравнили состояние миокарда и исходы.

Результаты: в 1-й группе ЭТ-1 составил 0,20 [0,020; 0,68], во 2-й оказался в 4,15 раза выше и достиг 0,83 [0,020; 5,83] фмоль/мл (p=0,12), что четко указывает на высокий риск вазоспастических реакций при сочетанной патологии. В 1-й группе высокий ЭТ-1 ассоциировался с дилатацией сердца (в том числе ПЖ (r=0,33, p=0,049), ЛП (r=0,44, p=0,036), ПП (r=0,38, p=0,039)), с системно– воспалительными сдвигами (для ИЛ-6 r=0,42, p=0,004), вентиляционными нарушениями (для МОС75 r=0,35, p=0,08) и с ЛГ (СрДЛА в подгруппах с ЭТ-1 ниже и выше медианы – 28,1±6,36 и 32,3±8,51мм рт.ст., p=0,050). Во 2-й группе ЭТ-1 имел однонаправленные корреляции и, кроме того, обратную взаимосвязь с ФВ ЛЖ (r=-0,50, p=0,056), что подтверждает его отрицательный инотропный эффект. В динамике ОКС развился у 10 пациентов 1-й группы (2 и 8 человек в подгруппах с менее и более высоким ЭТ-1 соответственно, p= 0,027) и у 7 человек во 2-й, из которых 5 также имели уровень ЭТ-1 выше медианы групповых значений.

Выводы: при ХОБЛ с высоким ЭТ-1 развивается одномоментное и параллельное расширение всех отделов сердца. В основе эндотелиальной дисфункции (ЭД) могут лежать вентиляционные сдвиги и гипоксия; ее негативные эффекты опосредуют ЛГ и иммунное воспаление. При сочетании ХОБЛ с ИБС роль ЭД возрастает, проявляется ее связь с нарушением глобальной сократимости ЛЖ. Избыток ЭТ-1 при этом указывает на особую роль вазоспастических процессов в развитии как стенокардии (из-за динамического стеноза коронарной артерии), так и сердечно-сосудистых событий. Лечение таких пациентов должно включать препараты, устраняющие ЭД (ИАПФ, сартаны).

513 ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И БЕЗ НЕГО

Нестерова Е.А., Гоголашвили Н.Г.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель: сравнить частоту желудочковых нарушений ритма у пациентов с ишемической болезнью сердца с инфарктом миокарда в анамнезе и без него в ходе операций транслюминальной баллонной ангиопластики со стентированием коронарных артерий.

Материалы и методы: обследовано 82 человека (57 мужчин, 25 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 3,5 года. Анализировалось 2 группы пациентов: 1 группа – 28 человек – не имели в анамнезе инфаркт миокарда, 2 группа – 54 человека – с инфарктом миокарда в анамнезе (Q–ИМ – у 64,8%, non–Q-ИМ – у 35,2% больных). До операции 97,6% пациентов имели приступы стенокардии (у 12,2% – I ф.кл., у 50% – II ф.кл., у 35,4% – III ф.кл., у 2,4-IV ф.кл.), у 2,4% пациентов – безболевая форма ишемии. В день операции бета-адреноблокаторы получали 92,7% пациентов, антиаритмики – 6,1%, иАПФ или АРА II –84,1%, все пациенты получали дезагреганты. Больным проводилось 72–х-часовое холтеровское мониторирование кардиомониторами SHILLER 101. Анализировался предоперационный период (в среднем-25,7 часов), период операции и послеоперационный период (в среднем- 45,3 часа). В момент раздувания баллона оператором наносился маркер события на регистраторе.

Результаты: в 1 группе исходно желудочковые аритмии наблюдались у 81,8% пациентов, во 2 группе – у 89,4%. В ходе операции и после нее данные нарушения наблюдались у 90,9% пациентов в 1 группе и у 97,9% во 2 группе. В предоперационном периоде наиболее часто наблюдалась единичная желудочковая экстрасистолия – у 45,5% и 58,3% соответственно, парные экстрасистолы встречались чаще у пациентов без ИМ в анамнезе – в 18,2% случаев против 16,7% в группе ИМ. В послеоперационном периоде отмечается некоторое снижение количества случаев единичной ЖЭ в обеих группах (до 36,4% и 43,8%) и незначительное учащение случаев парной ЖЭ (до 22,7% и 20,8%). Неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии в предоперационном периоде выявлены в 1 группе у 13,6%, во 2 группе – у 12,5% пациентов. В послеоперационном периоде отмечается их увеличение до 22,7% и 29,2% соответственно. Экстрасистолы типа R на T до операции не регистрировались, в послеоперационном периоде встречаются у 4,5% пациентов без ИМ в анамнезе.

Вывод. Таким образом, в ходе операций реваскуляризации и в послеоперационном периоде в обеих группах отмечалось снижение частоты возникновения единичной желудочковой экстрасистолии и повышение частоты случаев парной ЖЭ. В группе пациентов без ИМ повышен риск возникновения экстрасистолии типа R на T после операции. Кроме того, в обеих группах учащается число случаев возникновения пароксизмов желудочковой тахикардии, особенно в группе пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе.

514 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ СТАТИСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Николаенко-Камышова Т.П., Турчин В.Н., Небайкина Е.А., Воронина Н.А.**

Днепропетровский национальный университет им. Олеся Гончара, Днепропетровск, Украина; *Коммунальное учрежде-

ние «Городская многопрофильная клиническая больница №4», Днепропетровск, Украина

Проблема распространенности различных нарушений в системе гемостаза и вызванных ими осложнений при кардиальной патологии достаточно актуальна в связи с высоким уровнем инвалидизации и летальности. Ранняя диагностика и предупреждение тромбозов достаточно сложны: имеет место многофакторность причин – тромбоз возникает под влиянием нескольких синергирующих факторов; существует зависимость между показателями уровня холестерина, фибриногена, С-реактивного белка и риском развития тромботической ситуации,– но что касается количественных соотношений, то ситуация неоднозначна.

Целью работы является установление зависимости вероятности тромбообразования у пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов от параметров гемостазиограммы.

Исследовались параметры уровня холестерина, тромбоцитарной активности, скорости активации тромбоцитов, показатели спонтанной агрегации тромбоцитов, агрегации тромбоцитов с ристомицином у 87 пациентов с атеротромбозами. Средние значения факторов $(x_x, x_{A1}, x_T, x_{a.mp}, x_p)$ значительно отличаются от показателей группы пациентов, у которых сосудистые осложнения имели место (подтверждается результатом проверки гипотез о равенстве средних с помощью критерия Стьюдента). Каждому больному поставили в соответствие вектор факторов $(x_x, x_{A1}, x_T, x_{a.mp}, x_p)$, исходя из того, что вероятность $P(y) = P(x_x, x_{A1}, x_T, x_{a.mp}, x_p)$ сосудистой катастрофы для пациентов с вектором факторов $(x_x, x_{A1}, x_T, x_{a.mp}, x_p)$ является функцией

$P(y) = P(x_x, x_{A1}, x_T, x_{a.mp}, x_p) = 1/(1+\exp\{-y\})$ от их линейной комбинации.

Последнюю функцию называем функцией риска. Коэфициенты $\beta_0, \beta_x, \beta_{A1}, \beta_T, \beta_{a.mp}, \beta_P$ оценивались по выбрке методом максимальной правдоподобности. Соответствующие оценки обозначим $\beta_0, \beta_x, \beta_{A1}, \beta_T, \beta_{a.mp}, \beta_P$.

В нашей задаче

β_0 =-6,42, β_x =0,58, β_{A1} =-0,12, β_T =0,51, $\beta_{a.mp}$ =-0,08, β_P =0,17.

При этом функция риска приобретает вид:

$$y = -6{,}42 + 0{,}58 \cdot x_x - 0{,}12 \cdot x_{A1} + 0{,}51 \cdot x_T - 0{,}08 \cdot x_{a.mp} + 0{,}17 \cdot x_p \quad (2)$$

$(x_x, x_{A1}, x_T, x_{a.mp}, x_p)$ соответствует

$$P(y) = P(x_x, x_{A1}, x_T, x_{a.mp}, x_p) = 1/(1+\exp\{-y\}) = 1/\left(1+\exp\{6{,}42 - 0{,}58 \cdot x_x + 0{,}12 \cdot x_{A1} - 0{,}51 \cdot x_T + 0{,}08 \cdot x_{a.mp} - 0{,}17 \cdot x_p\}\right) \quad (3)$$

Последнее соотношение позволяет для больного с указанными значениями факторов гемостазиограммы оценить вероятность формирования тромботического эпизода.

515 ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Нилова С.А.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Изучить значение повышенного потребления поваренной соли (ПС) как фактора риска развития и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследованы 320 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с эссенциальной артериальной гипертонией (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). 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 больше у больных ПИКС с АГ с высоким ПВЧПС, чем с низким ($p<0{,}01$). При проведении корреляционного анализа оказалось, что имеется положительная связь между ПВЧПС и СЭИНМ ($r=0{,}4$; $p<0{,}01$). 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 ($p<0{,}05$), липопротеидов низкой плотности соответственно – 4,2±0,3 и 5,0±0,2 Мм/л ($p<0{,}05$). 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). Среди пациентов 2-й группы имелись указания на пароксизмы мерцательной аритмии в анамнезе, тогда как у пациентов 1-й группы таковых не было. 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.

Выводы: Проведенные исследования показали, что повышенное потребление ПС способствует развитию и прогрессированию данной патологии, и по существу свидетельствуют, что между главными факторами риска ИБС существует тесная связь, в которую вплетается повышенное потребление ПС. Разумеется, указанный аспект требует проведения специальных исследований, и это, на наш взгляд, является исключительно важным в плане углубленного понимания патогенеза ИБС.

516 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Новикова Л.Б., Тюлякова С.Ш., Карамова И.М., Николаева И.Е., Денисова И.Д., Хомякова Н.Г., Филиппова О.А., Яруллина Г.К.
ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет", Уфа, Россия; ГУЗ "Республиканский кардиологический диспансер", Уфа, Россия

Целью исследования было изучение влияния препарата прямого антиоксидантного действия тиоктовой кислоты в комплексе антигипертензивной терапии на качество жизни (КЖ) у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Обследованы 174 мужчин с АГ 1-3 степени в возрасте от 21 до 65 лет. В зависимости от метода лечения больные АГ были разделены на 3 группы. Первую группу составили 45 человек (25,9%), получавших в тиоктовую кислоту ("Берлитион", Берлин-Хеми/ Менарини) по 600,0 мг внутрь в течение 15 дней ежедневно и селективный β1-блокатор "Небиволол" по 2,5 мг 1 раз в сутки, при необходимости – 5 мг/сут. Во вторую группу вошли 43 пациента (24,7%), получавших лечение тиоктовой кислотой и блокатором кальциевых каналов "Лацидипин" по 2 мг 1 раз в сутки, при необходимости – до 4 мг в сутки. Больным группы сравнения (41 человек, 23,6%) проводили стандартную терапию АГ.

Контрольную группу составили 35 здоровых мужчин в возрасте 32-59 лет.

Для оценки КЖ использовали русскую версию опросника Short Form (SF – 36). Опросник включает следующие шкалы: физическое здоровье – физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), физическая боль (Б), общее здоровье (ОЗ); психосоциальная сфера – жизнеспособность (ЖС), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Тестирование проводили при поступлении в стационар и через 21 день лечения.

В первой группе больных выявлено существенное возрастание по пунктам РФФ (на 13,9%, p<0,05), "Боль" (на 15,9%, p<0,05), ЖС (на 13,2%, p<0,05), СФ (на 14,4%, p<0,05) и РЭФ (на 42,9%, p<0,01).

Во второй группе больных и в группе сравнения наблюдалось достоверное повышение по шкале РЭФ (соответственно, на 22,3% и 19,9%, p < 0,05), тогда как изменения остальных показателей оказались несущественными (табл. 2).

На фоне терапии тиоктовой кислотой с небивололом значения РФФ, ЖС и РЭФ были значимо выше, чем у больных второй группы, получавших тиоктовую кислоту с лацидипином (соответственно, на 9,8%, 11,9% и 19,5%, p<0,05), и в группе сравнения (на 17,6%, 15,0% и 16,6%, p<0,05). В первой группе больных величина СФ также достоверно превысила значения в группе сравнения (на 7,8%, p < 0,05).

Во всех группах больных показатели КЖ остались достоверно ниже, чем в группе здоровых лиц, за исключением значений по шкале ОЗ, которые, как и до лечения, соответствовали нормальным уровням. У больных первой группы показатели по шкале ФФ достигли нижней границы контроля.

Таким образом, включение в комплекс антигипертензивной терапии небивололом и лацидипином антиоксиданта тиоктовой кислоты способствует значимому улучшению КЖ по шкалам физического и психического благополучия. Терапия тиоктовой кислотой в сочетании с небивололом у больных с АГ оказывает более значимое положительное влияние на КЖ по сравнению с эффектами тиоктовой кислотой в сочетании с лацилипом.

517 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Носов А.Е., Байдина А.С., Якимова О.И.

ФГУН "ФНЦ МПТ УРЗН" Роспотребнадзора, Пермь, Россия

Поражение органов мишеней, обусловленное артериальной гипертензией (АГ), оказывает значимое влияние на прогноз и требует оценки у каждого пациента. Критерием поражения миокарда при АГ является развитие его гипертрофии, которая характеризуется индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Поражение сосудистой стенки возможно оценить измеряя скорость распространения пульсовой волны (СРПВ). Наличие любого из признаков поражения органов мишеней, а тем более их сочетания, многократно увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений. Целью работы явилось изучение влияния промышленных токсикантов на поражение органов мишеней при АГ и оценка эффективности гипотензивной терапии комбинированным препаратом лизиноприла 10 мг/ амлодипина 5 мг (Экватор) в зависимости от выраженности изменений органов мишеней. В исследование включены работники одного из промышленных предприятий Пермского края страдающие АГ. По роду своей профессиональной деятельности пациенты подвергались воздействию углеводородов (ацетон, ароматические вещества), металлов (хром, марганец). Средний возраст составил 49,9±6,7 лет. Для реализации цели исследования использовались следующие методы: определение концентрации промышленных токсикантов в крови, ультразвуковое исследование сердца по стандартной методике, суточное мониторирование АД, определение СРПВ в сонно-бедренном сегменте. Установлена прямая достоверная взаимосвязь СРПВ и концентрации ацетона крови (R=0,82; p<0,05). Одновременно, повышение ИММЛЖ коррелировало с концентрацией марганца крови (R=0,72; p<0,05). Гипотензивная терапия комбинированным препаратом лизиноприла 10 мг/ амлодипина 5 мг в общей группе в течение 14 дней привела к достоверному снижению среднесуточного систолического артериального давления (САД) на 11,1%, дневного на 10,2%, ночного на 10,5% (p<0,05). Диастолическое артериальное давление также снизилось соответственно на 11%, 10,8% и 12% (p<0,05). Выявлено достоверное снижение пульсового артериального давления (ПАД): среднесуточное снижение ПАД на фоне терапии составило 11,3%, дневное – 11,1%, ночное – 11% (p<0,05). Значимое изменение частоты сердечных сокращений (ЧСС) на фоне терапии не отмечалось. При оценке эффективности снижения АД в зависимости от поражения органов мишеней (гипертрофии миокарда левого желудочка и повышения жесткости сосудистой стенки) установлено более выраженное снижение среднесуточного ПАД в группе с наличием гипертрофии миокарда левого желудочка (9,18±2,2 мм рт.ст. против 4,2±1,5 мм рт.ст.; p<0,05). В отношении степени снижения САД и ДАД на фоне комбинированной гипотензивной терапии значимых различий между группами выявлено не было. Таким образом, в результате исследования выявлено влияние ацетона на жесткость артерий, марганца на развитие гипертрофии миокарда. Терапия комбинированным препаратом Экватор была одинаково эффективна у пациентов с поражениями органов мишеней и нормальной СРПВ и ИММЛЖ.

518 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Нураддинов А., Олимов Н.Х., Юлдошев Э.Ч., Вохидов Х.Р.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: оценить роль связи центральной регуляции и вариабельности сердечного ритма у больных инфарктом миокарда.

Материал и методика исследования. В исследование включено 100 больных с инфарктом миокарда, из них 75 мужчин (75%) и 35 женщин (35%), средний возраст 58,5±9,5 лет. Диагноз заболевания устанавливался на основании критериев ВОЗ. Трансмуральный инфаркт миокарда (ИМ-Q) – диагностирован у 85% и интрамуральный (не Q – ИМ) у 25%.

Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартного отведения у больных ИМ. Выделение последовательности R-R и последующую обработка данных проводили цифровым методом on line по специальной компьютерной методике (Музалевская Н. И., Урицкий В. М., 1998).

Спектральная оценка (β) вариаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне $4{,}0x10^{-3}$...4,0x10 Гц (ультранизкие частоты – Унч), характеризующая степень интеграции системных связей формирующих экстракардиальную регуляцию (ЭКР) со стороны центральных отделов нервной системы. Снижение β- характеризует потерю устойчивости системы и является мерой дезинтеграции системных связей ЭКР. В норме β=0,95±0,12 отн. ед. (динамический диапазон 0,7...1,3). Помимо β, вычисляли среднее значение R-R интервала, его стандартное отклонение δRR – вариабельность сердечного ритма.

Результаты. Обработка полученных данных показала, что структура Унч флюктуации кардиоинтервала у пациентов ИМ существенно отличаются от контроля (β=0,24±0,08 δ=24±6мс). В ходе лечения на 7–10 сутки вышеизложенные

параметры постепенно возвращались ближе к норме: β=0,67±0,18 и δ=48±10мс. Анализ показателей умерших больных в 28% случаев (n=28), показал, что наблюдается выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению обоих параметров к нулевому уровню за несколько дней до развития летального исхода (β=0,09±0,06., δ=12±4мс). Из этого следует, что соподчиненная взаимосогласованная регуляция сердечного ритма со стороны ЦНС практически отсутствует (дезинтеграция) и имеет место устойчивое снижение вариабельности с переходом в ригидный ритм (эффект временной «денервации» сердца).

Вывод. Сравнительный анализ показал, что у умерших больных в отличие от выживших, наблюдается снижение показателей системных связей формирующих ЭКР со стороны ЦНС и вариабельности сердечного ритма (β и σ) к нулевым значениям. С учетом этой важной особенности исследуемого заболевания, применение экспресс-метода оценки риска при инфаркте миокарда может способствовать ранней диагностике скрытых нарушений ЭКР в системе управления кардиогемодинамики и своевременному выявлению группы повышенного риска, необходимого для подбора индивидуальной схемы лечения.

519 ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА, СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В КАВЕРНОЗНЫХ АРТЕРИЯХ И ПОЛОВАЯ ФУНКЦИЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МОНОТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И КАРВЕДИЛОЛОМ

Нурмамедова Г.С., Мустафаев И.И.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А. Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

Цель. Изучение показателей спектрального анализа вариабельности ритма сердца (ВРС), гемодинамики в кавернозных артериях пещеристых тел и половой функции у мужчин с артериальной гипертонией (АГ) при монотерапии бета-адреноблокаторами (ББ) с дополнительными вазодилатирующими свойствами небивололом (Н) и карведилолом (К).

Методы исследования. После 4-х недельного периода плацебо 50 мужчин с АГ I и II степени (по класс. ЕОГ, ЕОК, 2007) в возрасте 35–55 лет (48±3,5) длительностью АГ 10,1±0,44 г. были рандомизированы на 2 идентичные группы по 25 человек в каждой. В течение 2 месяцев в одной группе получали небиволол (6,6±0,4мг/сут), в другой – карведилол (22,5±1,02мг/сут). Больным в конце 4-х недельного периода плацебо и после 2-х месячной терапии определяли мощность высоко- (high frequency, HF) и низкочастотных (low frequency, LF) волн, оценивали состояние кровотока в кавернозных артерий (правой – КАП и левой – КАЛ) и дорсальной артерии (ДА) при помощи ультразвукового допплер-исследования, проводили анкетирование по опроснику Васильченко.

Результаты. При проведении спектрального анализа ВРС было выявлено, что в контрольном периоде у больных наблюдалось повышение мощности LF волн и снижение мощности HF волн, что, в свою очередь, показывает преобладание симпатической нервной системы и снижение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Монотерапия Н приводит к статистически значимому повышению амплитуды HF волн с 114±52 до 350,8±168 м/с² (p<0,001); а при терапии К повышается мощность HF волн с 161,4±100,8 до 171±82,1 м/с² (p<0,001) и снижается мощность LF волн с 176,1±111,7 до 155,4±71,6 м/с² (p<0,01). При достоверном снижении артериального давления и частоты сердечных сокращений монотерапия Н приводит к увеличению систолического кровотока (S) в ДА – с 9,87±2,89 до 13,7±2,6см/сек (p<0,01); в КАП – с 6,8±1,5 до 10±2,27см/сек (p<0,05) и в КАЛ – с 7,86±10,03 до 10,3±3,6 см/сек (p<0,01). Терапия К также характеризуется увеличением S в КАЛ с 6,3±0,54 до 9±0,71 см/сек; в КАП – с 6,3±0,47 до 8,6±0,67 см/сек (p<0,001). Согласно данным анкетирования по Васильченко у обследованных больных за 2-х месячный период лечения исследуемыми ББ не отмечалось каких-либо отрицательных изменений со стороны половой функции по сравнению с исходными данными.

Заключение. Таким образом, монотерапия Н и К приводит к статистически значимому улучшению кровотока в артериях пещеристых тел у мужчин с АГ и улучшению спектральных показателей ритма сердца. При этом у пациентов не наблюдалось ухудшения половой функции.

520 ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Нуртдинова Э.Г., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Берг А.Г., Валеев И.Г., Хамидуллина Р.М., Руденко В.Г., Фахретдинова Е.Р., Гареева Н.Х.

ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования: определение толерантности к физической нагрузке (ТФН) у больных первичным пролапсом митрального клапана (ПМК) в зависимости от наличия нарушений ритма сердца (НРС).

Методы. Обследовано 127 больных первичным ПМК, из них 85 мужчин и 42 женщины (средний возраст 24,5±1,2 лет). ПМК I степени выявлен у 90 (70,9%) человек, ПМК II степени у 37 (29,1%). Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия НРС: 42 больных без НРС и 85 пациентов с НРС. В контрольную группу вошли 25 здоровых добровольцев: 16 мужчин и 9 женщин, (средний возраст 24,9±1,9 лет). ТФН анализировалась при проведении субмаксимальной велоэргометрической пробы (ВЭМП) в режиме непрерывно ступенеобразно возрастающей нагрузки с начальной ступенью 50 Вт на системе "Валента" (Россия). Анализировались параметры пороговой мощности нагрузки, двойное произведение (ДП), число метаболических единиц (МЕТ), длительность восстановительного периода. Всем обследуемым проводился тест PWC_{170}.

Результаты. При анализе установлено значимое снижение показателей ТФН у больных ПМК с НРС. Так, по сравнению с контролем у этих пациентов были снижены показатели общей продолжительности физической нагрузки (8,5±0,5мин; 10,5±0,6мин; p<0,05), мощности пороговой нагрузки (98,7±7,2Вт; 122,1±6,9Вт; p<0,05), параметра PWC_{170} (678,4±27,6 кгм/мин; 781,2±28,8 кгм/мин; p<0,05), числа МЕТ (6,0±0,3усл. ед.; 7,6±0,5 усл. ед.; p<0,05). При этом значение ДП в покое было выше на 25,7% соответствующего показателя у здоровых лиц (97,4±6,0 усл. ед.; 77,5±7,8 усл. ед.; p<0,05), а величина ДП на высоте нагрузки имела тенденцию к снижению. Длительность восстановительного периода была более продолжительной у пациентов с ПМК и НРС в среднем на 1,5 минуты по сравнению с контролем (7,6±0,6мин; 6,1±0,3 мин; p<0,05), но не имела различий с данными пациентов с ПМК без НРС. При сравнительной оценке показателей ТФН у пациентов с ПМК с НРС и без них обнаружено значимое снижение параметров мощности пороговой нагрузки (98,7±7,2Вт; 117,5±5,8Вт; p<0,05), показателя PWC_{170} (678,4±27,6 кгм/мин; 748,3±20,1 кгм/мин; p<0,05), числа МЕТ (6,0±0,3усл. ед.; 7,1±0,43усл. ед.; p<0,05), у пациентов, имевших НРС. Показатель PWC_{170} у больных ПМК с НРС с увеличением количества экстрасистол на нагрузку был достоверно ниже соответствующего показателя пациентов с урежением экстрасистолии (605,4±30,2 кгм/мин; 694,8±32,4 кгм/мин; p<0,05).

Выводы. Наличие НРС у пациентов с ПМК и НРС ассоциируется со снижением ТФН, что, вероятно,

обусловлено повышением симпатического тонуса у этих лиц. Гиперактивация симпатической нервной системы усиливает подключение хронотропных механизмов обеспечения физической нагрузки, что выражается в достижении субмаксимальной частоты сердечных сокращений на более низком ее уровне.

521 ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Нуртдинова Э.Г., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Берг А.Г., Валеев И.Г., Трегубова Л.В., Ганиева З.В.

ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования. Оценить влияние бета-адреноблокатора (БАБ) и препарата магния в моно- и комбинированной терапии на вариабельность ритма сердца (ВРС) и показатели толерантности к физической нагрузке (ТФН) у пациентов с первичным пролапсом митрального клапана (ПМК) и нарушениями ритма сердца (НРС).

Методы. Пациенты с первичным ПМК и НРС были рандомизированы конвертным методом на 2 группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, степени ПМК, частоте НРС, клинико-гемодинамической характеристике. I группу составили 40 больных, получавших монотерапию оротатом магния (Магнерот, "Верваг Фарма ГмбХ и Ко.", Германия) в дозе 1-3 г. в сутки; во II группу вошли 38 пациентов, получавших комбинированную терапию оротатом магния в той же дозе и бетаксололом (Локрен, "Санофи Авентис", Франция) 10-20 мг в сутки. Исходно и через 24 недели оценивали показатели ВРС и ТФН.

ТФН анализировалась при проведении субмаксимальной велоэргометрической пробы (ВЭМП) в режиме непрерывно ступенеобразно возрастающей нагрузки с начальной ступенью 50 Вт на системе "Валента" (Россия). Анализировались параметры пороговой мощности нагрузки, двойное произведение (ДП), число метаболических единиц (МЕТ), длительность восстановительного периода. Всем обследуемым проводился тест PWC_{170}.

Результаты. При анализе ВРС у пациентов с ПМК и НРС, получивших комбинированную терапию через 24 недели установлено значимое повышение по сравнению с исходными данными показателей SDNN (156,8±13,1 мс; 120,1±12,5 мс; 23,4%; $p<0,05$), PNN50 (12,0±1,1%; 8,0±0,9%), RMSSD (52,8±8,1 мс; 29,1±8,0 мс; 44,9%; $p<0,05$). В группе больных, получавших монотерапию оротатом магния, существенных влияний на ВРС не наблюдалось.

При длительной терапии комбинацией бетаксолола и оротата магния отмечено повышение параметров ТФН, что характеризовалось увеличением общей продолжительности нагрузки (8,8±0,7мин; 10,8±0,6мин; 22,7%; $p<0,05$), мощности пороговой нагрузки (96,2±7,9 Вт; 121,5±7,4 Вт; 26,3%; $p<0,05$), показателя PWC_{170} (685,3±27,6 кгм/мин; 769,4±28,3 кгм/мин; 12,3%, $p<0,05$), числа МЕТ (6,1±0,4 усл.ед; 7,5±0,5 усл.ед; 22,9%; $p<0,05$). В то же время длительная монотерапия оротатом магния не привела к изменениям ТФН у больных ПМК с НРС.

Выводы. Позитивное влияние 24-недельной комбинированной терапии БАБ и оротатом магния на пациентов с ПМК и НРС проявилось увеличением общей ВРС и повышением ТФН. Полагаем, что увеличение парасимпатических влияний и снижение симпатических оптимизирует подключение хронотропных механизмов обеспечения физической нагрузки, что выражается в достижении субмаксимальной частоты сердечных сокращений на более низком ее уровне.

522 ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Обухова О.В., Туев А.В.

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

Цель работы. Изучить влияние сопутствующих инфекционно-воспалительных заболеваний на лабораторные признаки воспаления и функциональную активность лейкоцитов (ФАЛ) у больных ИБС.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 58 больных ИБС в возрасте от 41 до 66 лет с достоверным диагнозом стенокардия напряжения (I-III ФК), прогрессирующая стенокардия и стенокардия de novo. Диагноз ИБС устанавливали на основании комплексного обследования в соответствии с Российскими рекомендациями комитета экспертов ВНОК (2008 г). Сформированы 2 группы наблюдения: 1-ая – 20 человек с сопутствующими инфекционно-воспалительными заболеваниями, 2-ая – 38 пациентов без них. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Результаты. При клинико-лабораторном обследовании сопутствующие заболевания инфекционно-воспалительной природы наблюдались у 34,5% больных ИБС. Чаще других выявлялись хронический пиелонефрит в стадии латентного воспаления (35%), хронический бронхит в стадии ремиссии (35%) и хронический холецистит в 15% случаев. Значительно реже наблюдались хронический простатит, хронический тонзиллит некомпенсированный, хронический гайморит в стадии ремиссии, фиброзный пульпит и хронический гастрит, ассоциированный с Helicobacter pylori. У 20% больных выявлено два и более сопутствующих инфекционно-воспалительных заболевания.

У больных ИБС были выявлены следующие изменения лейкоцитарной формулы: повышение общего количества лейкоцитов (ОКЛ) более $8*10^9$/л (25,9%), увеличение абсолютного числа нейтрофилов более 4000 в 1 мкл (44,8%), моноцитоз свыше 600 в 1 мкл (22,4%) и лимфоцитоз более 3000 в 1 мкл (22,4%). Больные 1-ой группы отличались от группы сравнения более высоким уровнем ОКЛ – 7,5±1,8 и 6,4±1,5 соответственно ($p=0,036$) за счет увеличения популяции нейтрофилов 4496,8±1331,8 в 1 мкл ($p=0,021$), абсолютные значения которых превышали допустимую норму. Кроме того, в 1-ой группе возрастала ФАЛ, таким образом, что фагоцитарный индекс достоверно превышал значения группы сравнения и практически здоровых лиц – 2,47±0,72 ($p=0,043$ и $p=0,011$ соответственно), а индекс активности фагоцитов был выше средних величин доноров – 1,8±1,1 ($p=0,004$). Не было выявлено достоверных отличий показателей лейкоцитарной формулы и ФАЛ у больных с различным течением стенокардии.

Выводы. Таким образом, у больных ИБС увеличение числа лейкоцитов за счет нейтрофильного пула, повышение ФАЛ по показателям фагоцитарного индекса и индекса активности фагоцитов обусловлено сопутствующими воспалительными заболеваниями, выявленными в 34,5% случаев.

523 РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА М235Т ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Обыденникова О.Н., Крюков Н.Н.

ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет", НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО "РЖД", Самара, Россия

Ведущие экзогенные факторы гипертонической болезни тесно связаны с психоэмоциональным стрессом, а у машини-

стов и помощников, имеющих высоко стрессовую профессию, гипертоническая болезнь является профессионально обусловленным заболеванием. Считаем актуальным выявление у данной группы лиц полиморфизма, увеличивающего риск развития артериальной гипертонии.

Цель настоящего исследования – установить взаимосвязь полиморфизма M235T гена ангиотензиногена с развитием гипертонической болезни у работников локомотивных бригад.

Материалы и методы. Обследованы 160 пациентов мужского пола в возрасте от 22 до 57 лет, в том числе 120 работников локомотивных бригад с гипертонической болезнью и 40 работников локомотивных бригад без гипертонической болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний. В исследование не вошли больные ишемической болезнью сердца, симптоматической артериальной гипертонией.

Всем пациентам проводились эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование почек и надпочечников, компьютерная томография надпочечников, ультразвуковое исследование общей сонной артерии и почечных артерий, исследовалось глазное дно. Изучению подвергались образцы крови пациентов. Определение аллельного варианта гена ангиотензиногена M235T проводилось 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”. В результате давалось заключение: нормальная гомозигота, гетерозигота, мутантная гомозигота.

Полученные результаты. В нашем исследовании в группе контроля полиморфизм M235T выявился у 17,5% обследуемых пациентов. Среди 120 обследованных работников локомотивных бригад с гипертонической болезнью по M235T гомозиготны 29 больных (24,2%), гетерозиготны 72 больных (60%), неизменённый ген имел место у 19 человек (15,8%). У работников локомотивных бригад с гипертонической болезнью полиморфизм M235T встречается чаще (84,2%), чем неизменённый ген. Анализируя данные по ассоциации полиморфизма M235T с гипертонической болезнью можно сделать вывод о том, что по данному полиморфизму на нашем материале установлена связь ($p<0,05$ по сравнению с группой контроля).

Заключение. Таким образом, выявленный полиморфизм M235T может служить критерием предрасположенности к гипертонической болезни и позволит целенаправленно отбирать лиц, нуждающихся в первичной профилактике. Проведение ранней профилактики позволит снизить заболеваемость работников локомотивных бригад и предотвратить развитие осложнений гипертонической болезни.

524 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ВЫСОКОСТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ

Обыденникова О.Н., Киселева Г.И.

ГОУ ВПО “Самарский государственный медицинский университет”, НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО “РЖД”, Самара, Россия

Введение. Согласно современным представлениям, психоэмоциональный стресс играет важную роль в патогенезе артериальной гипертонии. У машинистов и помощников, имеющих высоко стрессовую профессию, гипертоническая болезнь является профессионально обусловленным заболеванием. Считаем актуальным выявление у данной группы лиц полиморфизмов, увеличивающих риск развития артериальной гипертонии.

Цель исследования – установить взаимосвязь полиморфизмов T174M гена ангиотензиногена и рецептора первого типа ангиотензина R1(A1166C) с развитием гипертонической болезни у работников локомотивных бригад.

Материалы и методы. Обследованы 160 работников локомотивных бригад в возрасте от 22 до 57 лет, из них 120 работников локомотивных бригад с гипертонической болезнью и 40 работников локомотивных бригад без гипертонической болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний. В исследование не вошли больные ишемической болезнью сердца, симптоматической артериальной гипертонией.

Всем пациентам проводились эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование почек и надпочечников, компьютерная томография надпочечников, ультразвуковое исследование общей сонной артерии и почечных артерий, исследовалось глазное дно. Определение аллельных вариантов T174M и R1(A1166C) проводилось 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

Результаты исследования и их обсуждение. В нашем исследовании в группе контроля полиморфизмы T174M и R1(A1166C) выявились у 6 (15%) и 16 (40%) обследуемых пациентов соответственно. Среди 120 обследуемых работников локомотивных бригад с гипертонической болезнью по T174M гомозиготны 13 больных (10,8%), гетерозиготны 38 больных (31,6%), неизменённый ген имел место у 69 человек (57,5%). Среди 120 обследуемых работников локомотивных бригад с гипертонической болезнью по R1(A1166C) гомозиготны 19 больных (15,8%), гетерозиготны 40 больных (33,3%), неизменённый ген имел место у 61 человека (50,9%). Таким образом, у работников локомотивных бригад с гипертонической болезнью полиморфизмы T174M и R1(A1166C) выявились у 51 (42,4%) и 59 (49,1%) обследуемых пациентов соответственно, что превышает частоту встречаемости этих полиморфизмов в здоровой популяции по литературным данным.

Заключение. Выявленные полиморфизмы T174M гена ангиотензиногена и рецептора первого типа ангиотензина R1(A1166C) могут служить критерием предрасположенности к гипертонической болезни и позволят целенаправленно отбирать лиц, нуждающихся в первичной профилактике.

525 ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И КОЛИЧЕСТВА ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Обыденникова О.Н., Васильева Г.Ю.

ГОУ ВПО “Самарский государственный медицинский университет”, Самара, Россия; НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО “РЖД”, Самара, Россия

Важную роль в регуляции артериального давления играет ренин-ангиотензин-альдостероновая система, активность которой в значительной степени определяется генами, кодирующими соответствующие белки.

Цель настоящего исследования – установить взаимосвязь степени артериальной гипертонии и количества полиморфизмов гена ангиотензиногена (M235T, T174M) и рецептора первого типа ангиотензина R1(A1166C) у работников локомотивных бригад.

Материалы и методы. Обследованы 124 работника локомотивных бригад с артериальной гипертонией I, II стадии. В исследование не вошли больные ишемической болезнью сердца, симптоматической артериальной гипертонией.

Изучению подвергались образцы крови пациентов. Определение аллельного варианта рецептора первого типа

R1(A1166C) гена ангиотензина проводилось 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. В нашем исследовании у работников локомотивных бригад с 1 степенью артериальной гипертонии один полиморфизм был обнаружен у 26 человек (59,1%), у 6 человек (36,4%) – два полиморфизма, у 2 человек (4,5%) – три полиморфизма. То есть у работников локомотивных бригад с 1 степенью артериальной гипертонии наибольшее количество, 26 (59,1%) из 44 человек, имели только один полиморфизм. У работников локомотивных бригад с артериальной гипертонией 2 степени один полиморфизм определялся у 15 (19,2%) человек, два полиморфизма – у 46 человек (59%), три полиморфизма – у 17 человек (21,8%). То есть у работников локомотивных бригад со 2 степенью артериальной гипертонии наибольшее количество, 46 (50%) из 78 человек, имели два полиморфизма. У работников локомотивных бригад с 3 степенью артериальной гипертонии у одного человека определялись два полиморфизма, у второго – три полиморфизма.

Заключение. Наибольшее количество полиморфизмов выявилось у пациентов с высокой степенью артериальной гипертонии. Таким образом, степень артериальной гипертонии и количество полиморфизмов генов ангиотензиногена (M235T, T174M) и рецептора первого типа ангиотензина R1(A1166C) у работников локомотивных бригад взаимосвязаны.

526 НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ

Овчинникова Т.Е., Боровкова Н.Ю.
ГОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Уточнить некоторые факторы, влияющие на формирование гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) сердца у больных волчаночным нефритом (ВН).

Методы исследования. Обследовано 33 больных ВН в возрасте 47,7±2,4 лет (4 мужчины и 29 женщин). Изучены показатели креатинина крови (КК), антитела (АТ) к нативной ДНК, суточная протеинурия. Степень АГ оценивалась согласно классификации ВНОК (2010). Исследование структурно-функциональных показателей левого желудочка сердца осуществлялось методом эходопплеркардиографии (ЭхоКГ) на ультразвуковом сканере "Aloka 4000" (Япония). Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) в граммах (г) рассчитывалась по формуле R.Devereux и N. Reichek. Определялся индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) в г/м². Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ "STATISTICA 6.0" (StatSoft, Inc., США). Определялись средние величины (M), ошибки средней (m). Результаты представлены в виде M±m. Использовали методы корреляционного анализа (линейный коэффициент корреляции Пирсона). В качестве критерия достоверности различий принималась величина $p < 0,05$.

Полученные результаты. В подавляющем большинстве (у 26 из 33 больных ВН – 78,8 против 21,2%) была выявлена артериальная гипертензия (АГ). Она носила систоло-диастолический (средние показатели систолического АД (САД) составили 164,5±5 мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) 99,5±2 мм рт.ст.) характер. Средняя величина ММЛЖ равнялась 196,8±17г., а ИММЛЖ – 80,5±6. Содержание мочевины в крови составило 10,5±3 ммоль/л, КК – 135,7±23 мкмоль/л. Суточная протеинурия оказалась значительной (4,1±3,1 г/л). При анализе взаимосвязей выявлены следующие закономерности. Было выявлено, что титр АТ к нативной ДНК тесно коррелировал со степенью тяжести АГ ($r=1,0$; $p<0,05$) и с суточной протеинурией ($r=1,0$; $p<0,05$). Это могло свидетельствовать о роли активности воспаления в формировании тяжести поражения почек и АГ при системной красной волчанке. Одновременно отмечена тесная прямая корреляционная связь показателей САД ($r=0,58$; $p<0,05$) и ДАД ($r=0,58$; $p<0,05$) с КК. При этом выявлена не только положительная связь САД с ММЛЖ ($r=0,7$; $p<0,05$), но и отмечалась достоверная взаимозависимость увеличения ИММЛЖ ($r=0,57$; $p<0,05$) с ростом уровня КК.

Выводы. В формировании ГЛЖ при ВН наряду с систолодиастолической АГ играет роль нарушение азотовыделительной функции почек. В свою очередь активность иммунного воспаления утяжеляет АГ.

527 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕСТАРИУМОМ А НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Одинцова Н.Ф., Дударев М.В., Васильев М.Ю., Николаева А.В., Гумарова Т.Н.
ГОУ ВПО ИГМА Минздравсоцразвития России, Ижевск, Россия

Цель исследования: оценить динамику эхокардиографических (ЭхоКГ) показателей под влиянием долговременной терапии периндоприлом аргинином (Престариумом А), в сравнении с эналаприлом у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

Материалы и методы исследования: в проспективное, открытое, рандомизированное, сравнительное исследование продолжительностью 12 месяцев включено 59 пациентов с неэффективным контролем АГ и повышенным индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Пациентам 1 группы (n=29, средний возраст 56,10±1,32 лет) был назначен Престариум А в дозе 5 мг в сутки, пациентам 2 группы (n=30, средний возраст 55,60±0,98 лет) – эналаприл 10 мг в сутки; с дальнейшим увеличением дозы. Всем пациентам проводили оценку ЭхоКГ показателей: систолической и диастолической функции, структурно-функциональных параметров предсердий и желудочков.

Результаты и их обсуждение: систолическое и диастолическое артериальное давление (АД) через 12 месяцев терапии снизилось в обеих группах ($p<0,05$), при этом в 1 группе наблюдалось более значимое снижение АД ($p<0,05$) и большее число пациентов достигли целевого уровня АД ($p<0,05$). По данным ЭхоКГ установлено снижение ИММЛЖ в обеих группах под влиянием терапии ($p<0,05$), в 1 группе также отмечено достоверное снижение ММЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки и толщины задней стенки ЛЖ. Вместе с тем, только в группе "Престариум А" в динамике исследования зарегистрировано достоверное ($p<0,05$) увеличение показателя соотношения скорости раннего и скорости позднего диастолического наполнения ЛЖ (Ve/Va), что является свидетельством улучшения диастолической функции. Подтверждает улучшение диастолической функции в группе пациентов, получавших Престариум А и достоверно ($p<0,05$) большие значения показателя FVIE в результате лечения, который отражает интегральную площадь потока, проходящего из предсердия в ЛЖ, по сравнению с группой пациентов, получавших эналаприл. При расчете индекса сферичности (Tei), который является интегральным показателем систолической и диастолической функции, зарегистрировано достоверное его увеличение под влиянием терапии ингибиторами АПФ в обеих группах, что прогностически благоприятно для пациентов. В 1 группе наблюдалась тенденция к уменьшению давления заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) в ходе лечения, также уменьшилось количество пациентов, с повышенным ДЗЛА с 41% до 31%, во 2 группе количество пациентов с повышенным ДЗЛА оставалось на одном уровне до и после лечения – 24%. Эти данные могут свидетельствовать о сниже-

нии степени застоя по малому кругу кровообращения у пациентов, принимающих Престариум А с повышенным ДЗЛА.

Выводы: у больных АГ в сочетании с ГЛЖ назначение Престариума А в суточной дозе 5 – 10 мг приводит к эффективному контролю АД, и в большей степени, чем эналаприл способствует уменьшению ГЛЖ и улучшению диастолической функции ЛЖ и возможному снижению застоя по малому кругу кровообращения.

528 ЗНАЧИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НОРМОГЛИКЕМИИ НАТОЩАК

Озерова И.Н., Александрович О.В., Перова Н.В., Метельская В.А., Шальнова С.А.

ФГУ "ГНИЦПМ" Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Введение. Нарушения, ответственные за повышенный риск развития ССЗ и их осложнений при метаболическом синдроме (МС) и СД 2 типа, могут быть задействованы еще до развития клинически манифестированной гипергликемии, а инсулинорезистентность может в течение многих лет предшествовать развитию этих заболеваний.

Цель. Выяснить, имеются ли проявления инсулинорезистентности при нормогликемии натощак, и оценить их связь с факторами риска и наличием манифестированных ССЗ, обусловленных атеросклерозом.

Материал и методы. В исследование включены отобранные из случайной выборки популяции жителей Москвы (n=1876) мужчины и женщины 55 лет и старше без СД в анамнезе (n = 1157), имевшие нормальный уровень глюкозы в сыворотке крови натощак (<6,1 ммоль/л). Уровни липидов и глюкозы определяли стандартными методами, концентрацию инсулина – методом РИА; инсулинорезистентность (HOMA-IR) рассчитывали по известной формуле. Для выявления связи инсулинорезистентности с рядом заболеваний атеросклеротического генеза применяли метод логистической регрессии с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% доверительных интервалов (ДИ).

Результаты. При разделении всех обследуемых на квартили в соответствии со значениями индекса HOMA-IR в 4-м квартиле был обнаружен наиболее высокий уровень глюкозы и, в большей степени, уровень инсулина. У этих же лиц выявлены признаки атерогенной ДЛП: повышенные концентрации ХС, ХС ЛНП, ТГ и более низкая – ХС ЛВП; более высокие значения индекса массы тела и окружности талии, свидетельствующие о наличии абдоминального ожирения. В 4-м квартиле распределения по HOMA-IR (≥ 2,7) по сравнению с 1-м квартилем (HOMA-IR <1,1) выявлены достоверные ассоциации инсулинорезистентности с такими заболеваниями, как МС -: ОШ (95%ДИ) – 7,6 (4,7-12,3), АГ – 2,7 (1,9-3,9), ИБС – 2,1 (1,5-3,1), стенокардия – 2,0 (1,4-2,9), перенесенный мозговой инсульт – 2,1 (1,1-4,1). Более того, у лиц из 3 квартиля (HOMA-IR ≥1.9) по сравнению с 1-м квартилем были достоверно выше шансы наличия МС – 3,7 (2,2-6,0), АГ – 2,2 (1,6-3,2), ИБС – 1,5 (1,0-1,1), стенокардии -1,5 (1,0-2,1).

Заключение. Показано, что лица пожилого возраста с нормогликемией натощак со значениями HOMA-IR ≥1,9, уже имеют повышенные шансы наличия ССЗ. Следовательно, для выявления инсулинорезистентности целесообразно одновременно определять в сыворотке крови натощак концентрацию глюкозы и инсулина с расчетом индекса HOMA-IR. Это позволит врачу-кардиологу у лиц с нормогликемией натощак: выявить скрытые нарушения в системе инсулин-зависимой утилизации глюкозы тканями организма, которые вносят значительный вклад в формирование высокого риска развития ССЗ, обусловленных атеросклерозом, и их острых осложнений. Такой подход послужит основой раннего проведения немедикаментозных и медикаментозных профилактических мероприятий, направленных на нормализацию обмена углеводов.

Настоящее исследование выполнено в рамках гранта Национальных Институтов Здоровья США (грант № R 01 AG 026786).

529 ВОЗМОЖНОСТИ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ОСНОВАНИИ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И МИКРОВОЛЬТНОЙ АЛЬТЕРНАЦИИ ЗУБЦА Т

Окишева Е.А., Царегородцев Д.А., Сулимов В.А.

ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Цель: исследовать прогностическую ценность турбулентности ритма сердца (ТРС) и микровольтной альтернации зубца Т (мTWA) в отношении стратификации риска внезапной сердечной смерти (ВСС) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Обследованы 111 пациентов, перенесших ИМ за 60 и более дней до включения в исследование (84 мужчин и 27 женщин, средний возраст 64,1±10,5 лет). Сопоставимая по возрасту и полу контрольная группа включала 60 лиц без сердечно-сосудистых заболеваний. Участникам проводилось суточное мониторирование ЭКГ с оценкой ТРС и мTWA (максимальных значений, значений при частоте сердечных сокращений (ЧСС) 100 уд/мин и значений в 05.00 часов); а также ЭхоКГ с оценкой фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) при включении в исследование, а также через 3, 6 и 12 месяцев. Период наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты. В течение периода наблюдения зарегистрированы 15 случаев ВСС и 8 случаев смерти от других причин (в том числе 5 повторных фатальных ИМ и 3 инсульта). Нарушение обоих показателей ТРС приводило к достоверному увеличению риска как общей смертности (отношение шансов (ОШ) 4,9 (95% ДИ 1,7-13,6), p=0,003), так и ВСС (ОШ 20,5 (95% ДИ 6,4-65,5), p=0,003), а в подгруппе с ФВЛЖ <40%– к дополнительному достоверному увеличению риска общей смертности (ОШ 5,9 (95% ДИ 1,1-32,0), p=0,04), без достоверного влияния на риск ВСС. Пороговые значения мTWA составили 53 мкВ для показателей мTWA при ЧСС 100 уд/мин и 18 мкВ для показателей мTWA в 05.00 часов. При значении мTWA при ЧСС 100 уд/мин более 53 мкВ риск ВСС возрастал в 5 раз (ОШ 5,01 (95% ДИ 1,5-17,0), p=0,005) без достоверного увеличения риска общей смертности, тогда как при значении мTWA в 05.00 более 18 мкВ, напротив, достоверно возрастал риск общей смертности (ОШ 7,5 (95% ДИ 1,4-38,7), p=0,01) в подгруппе с ФВЛЖ > 40% без достоверного увеличения риска ВСС вне зависимости от ФВЛЖ. При комплексной оценке факторов риска максимальную значимость продемонстрировало сочетание нарушения обоих показателей ТРС и мTWA при ЧСС 100 уд/мин более 53 мкВ; в этой подгруппе резко возрастал риск как общей смертности (ОШ 30,7 (95% ДИ 3,5-271,6), p<0,001), так и ВСС (ОШ 63,3 (95% ДИ 6,8-585,8), p<0,001). У выживших пациентов в основной группе и участников контрольной группы в течение всего периода наблюдения не отмечено достоверной динамики ТРС и мTWA.

Заключение. У пациентов, перенесших ИМ, ТРС и мTWA позволяют достоверно предсказывать увеличение риска общей смертности и ВСС. Значения мTWA в 05.00 обладают предсказательной ценностью преимущественно в отношении общей смертности в подгруппе с сохранной функцией ЛЖ, тогда как значения мTWA при ЧСС 100 уд/мин достоверно прогнозируют риск ВСС вне зависимости от ФВЛЖ. Группа максимального риска ВСС включает лиц с одновременным нарушением ТРС и превышением порогового значения мTWA при ЧСС 100 уд/мин.

530 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АССОЦИАЦИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Оконечникова Н.С., Болотнова Т.В.
ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Цель: выявить особенности нарушений сердечного ритма и проводимости у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в пожилом возрасте.

Методы исследования: Суточное мониторирование (СМ) ЭКГ проведено 42 больным ИБС и АГ в ассоциации с ХОБЛ (65,9±0,5 лет), 40 больным ИБС и АГ (64,7±0,6 лет) и 34 больным ИБС (65,4±0,5 лет) – на "чистом" фоне.

Полученные результаты. У больных ассоциированной патологией достоверно чаще регистрировались наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма. Желудочковые аритмии высоких градаций – политопные и спаренные желудочковые экстрасистолы (ЖЭС), желудочковая тахикардия (III-IVб класс) – достоверно чаще зарегистрированы в группе больных ассоциированной патологией (66,7±7,3%) в сравнении с группой больных ИБС (44,1±8,5%, $p<0,05$). При оценке средних значений максимальных градаций ЖЭС установлено их достоверное увеличение в группе больных ассоциированной патологией (3,2±0,2 балла) в сравнении с группой больных ИБС (1,8±0,2 балла, $p<0,001$) и группой больных ИБС в сочетании с АГ (2,1±0,3 балла, $p<0,01$).

Общее количество наджелудочковых экстрасистол (НЖЭС) за сутки у больных ассоциированной патологией было достоверно выше (336,4±67,2), чем в группе больных ИБС (72,4±26,2, $p<0,001$), а общее количество ЖЭС – достоверно выше (433,4±46,1), чем в группе больных ИБС (155,5±46,6, $p<0,001$) и группе больных ИБС в сочетании с АГ (167,5±45,4, $p<0,001$).

При анализе распределения экстрасистол в течение суток установлено, что у пожилых больных ассоциированной патологией 65,5±7,3% НЖЭС зафиксировано в ночное время, что достоверно выше, чем в группе больных ИБС (27,8±7,7%, $p<0,01$) и ИБС в сочетании с АГ (29,3±7,2%, $p<0,01$). При этом у пожилых больных ИБС, АГ и ХОБ 75,2±6,7% ЖЭС зафиксировано в ночное время, что достоверно выше, чем в группе больных ИБС (21,2±7,0%, $p<0,001$) и ИБС в сочетании с АГ (23,7±6,7%, $p<0,001$).

Нарушения проводимости встречались у 47,6±7,7% пожилых больных ассоциированной патологией, что достоверно чаще в сравнении с группой больных ИБС (20,6±6,9%, $p<0,05$). У больных ИБС в сочетании с АГ нарушения проводимости выявлялись в 32,5±7,4% случаев.

У пожилых больных ассоциированной патологией синоаурикулярная и атрио-вентрикулярная блокада I степени зарегистрированы в 2,4% случаев. В данной группе достоверно чаще встречалась неполная блокада правой ножки пучка Гиса (23,8%) в сравнении с больными ИБС и АГ (7,5% случаев, $p<0,05$). Блокада передней ветви левой ножки зарегистрирована у 19,0% больных ассоциированной патологией, что достоверно выше, чем у больных ИБС (2,9% случаев, $p<0,05$).

Выводы. Суточное мониторирование ЭКГ необходимо включать в стандарт амбулаторного обследования пожилых больных ИБС и АГ в ассоциации с ХОБЛ с целью диагностики и своевременной коррекции скрытых нарушений ритма и проводимости сердца.

531 К ВОПРОСУ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А.
УРАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: проанализировать исходы острого периода нестабильной стенокардии (НС) в зависимости от места проведения лечения.

Методы исследования: обследовались все больные в возрасте 20-70 лет, которым на догоспитальном этапе или после выписки из стационаров был выставлен диагноз "Нестабильная стенокардия". Нестабильным (острым) считался период в первые 28 дней с момента появления соответствующей симптоматики. За два года было зарегистрировано 2760 случаев, подозрительных на НС. Обследовано 2139 (77,5%) больных. Наличие НС подтвердилось у 1477 (69,1%) из них.

Результаты исследования: по истечению острого периода заболевания стабилизация стенокардии отмечена у 1096 (74,2%) больных, в 7 (0,5%) случаях имело место обострение заболевания без развития острой коронарной катастрофы (ОКК). У 375 (25,4%) пациентов развился острый инфаркт миокарда (ОИМ), причем у 60 из них (16%) – с летальным исходом. В 76,4% случаев ОИМ возникал в первые 7 дней с момента появления признаков нестабильности. Самый высокий процент стабилизации (95,8%) отмечен у больных с затяжным ангинозным приступом, самый низкий (48,7%) – у больных с впервые возникшей стенокардией. Стационарное лечение получило 49% больных, из них только 18% в специализированных отделениях. Стабилизация отмечена у 93,6% больных. Амбулаторное лечение получило 27,4% больных. Стабилизация наблюдалась в 93,5% случаев. Не получило лечение 23,8% больных. Стабилизация у них была отмечена всего в 12% случаев.

Заключение: Высокий процент случаев стабилизации НС, отмеченный как при амбулаторном, так и стационарном лечении, ставит под сомнение необходимость обязательной госпитализации всех больных с НС в специализированные отделения.

532 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Олейник Н.И., Запевина В.В., Пащенко Л.С., Веселенко М.И., Аршинова Н.А.**
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия; МУЗ Городская больница.№2, "КМЛДО"*, Краснодар, Россия

Цель: изучить частоту встречаемости артериальной гипертензии (АГ) среди поступивших в кардиологическое отделение с различной сердечной патологией беременных, оценить диагностическую и прогностическую значимость параклинических исследований.

Методы исследования: Изучено 117 историй болезни беременных, госпитализированных в кардиологическое отделение с различной сердечной патологией. Из них у 41 женщины (35%) была АГ: гипертоническая болезнь (ГБ) – у 28 (68,3%), ренопаренхиматозная АГ у 10 (24,4%), гестационная у 3-х (7,3%). Средний возраст беременных с ГБ составил 33,7 ±2,8 года (от 21 до 41 года). Комплекс параклинических исследований проводился по стандарту обследования беременных с АГ.

Полученные результаты свидетельствуют: 55% беременных являются "Dipper", по 24% и 21% соответственно "Non dipper" и "Over dipper". Вариабельность ДАД, индекс времени САД и ДАД за сутки и ночью не имел достоверных отличий у больных ГБ. В группе беременных с ренопаренхиматозной АГ выявлено достоверное увеличение нагрузки САД в днев-

ное время (P<0,016). ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка были у половины обследованных, хотя индекс массы миокарда левого желудочка не превышал нормы ни у одной беременной. Ремоделирование стенки сонных артерий (комплекс интима/медиа), выявленное у 21% беременных ГБ сочеталось с гипоальбуминемией, микроальбиминурией и более выраженными изменениями сетчатки. У 1/3 беременных с непродолжительным анамнезом заболевания также отмечалась повышенная экскреция микроальбуминурии. У беременных с ренопаренхиматозной и гестационной АГ суточная микроальбуминурия и гипоальбуминемия недостоверно превышала соответствующие показатели пациенток ГБ. Уровень креатинина у всех обследованных не превышал нормы независимо от продолжительности и генеза АГ.

Выводы: Каждая третья беременная из поступивших в кардиологическое отделение больных с сердечной патологией страдает АГ. Поражение органов-мишеней, выявляемое у беременных (сосуды, сердце, почки) с непродолжительным анамнезом артериальной гипертензии в сочетании с экскрецией белка, гипоальбуминемией, анемией и тромбоцитопенией служат прогностическими критериями, определяющими тяжесть процесса и реальную возможность развития гестоза. Однонаправленность показателей СМАД с изменениями сосудов глазного дна является дополнительным показанием назначения корригирующей терапии.

533 ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИНГА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Олейников В.Э., Сергацкая Н.В., Гусаковская Л.И.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: определить уровень корреляционных взаимосвязей между показателями кардио-респираторного мониторинга и антропометрическими данными, уровнем офисного систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления, гликированного гемоглобина (HbA1C) и глюкозы крови у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени.

Методы исследования: обследовано 19 человек (10 женщин и 9 мужчин) в возрасте 56,8±8,4 лет, индексом массы тела (ИМТ) 35 (32; 42) кг/м^2, уровнем офисного САД 150 (150; 160) и ДАД 90 (85; 100) мм рт.ст. Стаж диабета составил 8,4±4,8 лет, длительность АГ – 9,8±5,4 лет. Для постановки диагноза АГ пользовались рекомендациями экспертов ВНОК (2010). Критерием включения пациентов в исследование был уровень HbA1C>7,0%. Уровень HbA1C и гликемию натощак венозной крови определяли на аппарате OLYMPUS 2000 (Япония). Оценка степени нарушения дыхания во сне проводилась с помощью аппарата для кардио-респираторного мониторинга SOMNOcheck2 (Weinmann, Германия). Определяли количество эпизодов апноэ/гипопноэ за ночь, индекс апноэ/гипопноэ за час сна (ИАГ), общую и среднюю продолжительность эпизодов апноэ/гипопноэ, среднюю и минимальную сатурации кислорода ($CpSpO_2$, $minSpO_2$). При нормальном распределении данные представлены в виде M ± SD, при асимметричном – Me (Q 25%; Q75%).

Полученные результаты. У пациентов гликемия натощак составила 8,7 (7,3; 12,3) ммоль/л, уровень HbA1C – 8,9±1,5%. По данным кардиореспираторного мониторинга синдром обструктивного апноэ во сне средней и тяжелой степени был выявлен у 12 человек. Количество эпизодов апноэ/гипопноэ составило 130 (48; 215), ИАГ -21,8±16,3 эпизодов в час, $CpSpO_2$ – 93,4±3,07%, $minSpO_2$ – 78 (69; 84)%. Установлена достоверная отрицательная корреляция между уровнем HbA1C и $CpSpO_2$ (r=-0,53, p<0,05); $minSpO_2$ (r=-0,49, p<0,05). Отмечалась статистически значимая положительная взаимосвязь между показателями ИМТ и количеством эпизодов апноэ за ночь (r=0,55, p<0,01), общей продолжительностью эпизодов апноэ/гипопноэ (r=0,49, p<0,01). Достоверной корреляции между показателями кардио-респираторного мониторинга и стажем диабета, офисными значениями САД, ДАД, гликемией натощак выявлено не было.

Выводы: увеличение ИМТ и декомпенсация сахарного диабета сопряжены с увеличением количества и продолжительности эпизодов апноэ и снижением насыщения кислорода крови по данным кардио-респираторного мониторинга.

534 ОЦЕНКА РАДИАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И СКОРОСТИ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ МЕТОДОМ X-STRAIN

Олейников В.Э., Галимская В.А., Донченко И.А., Солдатова Т.А.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: сравнить показатели радиальной 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 60 здоровых добровольцев, в возрасте от 20 до 58 лет (средний возраст 37,3±4,5 года), со средней ЧСС 69,6±5,2 в минуту, САД 122,2±5, ДАД 81,1±3 мм рт.ст. 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 видео клипы 2-х, 4-х, 5-камерных изображений сердца в апикальных позициях. Для анализа использовалось программное обеспечение X-Strain (Esaote). Оценивали показатели радиальной деформации миокарда в (%) по отношению к его начальной форме и скорость деформации миокарда в (s^{-1}) во всех сегментах. Полученные значения миокардиальной деформации и скорости деформации представлены в виде M±SD.

Полученные результаты: радиальная деформация в базальных сегментах имела значения 33,68±8,13%, в средних 33,30±6,91% и апикальных сегментах 33,01±8,23% (p>0,05); скорость деформации 2,32±0,45s^{-1}, 2,12±0,40s^{-1}, 1,91±0,41s^{-1} (p<0,05), соответственно. Значения миокардиальной деформации по перегородочной 32,64%, передне-перегородочной 35,38%, передней 32,74%, боковой 31,85%, задней 33,96% и нижней стенке 35,28% (p<0,05) и скорости деформации 2,21 s^{-1}, 1,99 s^{-1}, 2,19 s^{-1}, 2,20 s^{-1}, 2,10 s^{-1} и 2,24 s^{-1} (p>0,05), соответственно.

Выводы: показатели радиальной деформации миокарда не имели статистического различия на всех трех уровнях ЛЖ. Скорости деформации достоверно различались на разных уровнях ЛЖ. Между стенками ЛЖ максимальные значения деформации отмечались по передне-перегородочной и нижней стенке, скорость деформации достоверно не различалась.

535 ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Оленко Е.С., Киричук В.Ф., Кодочигова А.И., Кучеров М.Г., Колопкова Т.А., Сулковская Л.С., Шумакова А.С.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Проводимая первичная профилактика артериальной гипертонии (АГ) у клинически здоровых лиц молодого возра-

ста в основном основана на исследовании традиционных факторов риска, генетической предрасположенности, антропометрических параметров, состояния центральной гемодинамики и поражения органов-мишеней. Остается открытым вопрос о влиянии типов акцентуаций характера, как основной составляющей психофизиологических особенностей личности, на адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы (ССС), состояние регионарной гемодинамики, вазомоторной функции эндотелия, на развитие АГ.

Целью настоящей работы явилось изучение функциональных особенностей организма и разработка подхода к выявлению прогностических критериев возможности развития АГ у здоровых лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 250 человек обоего пола в возрасте от 18 до 38 лет, из них: признанные клинически здоровыми 125 человек (80 мужчин и 45 женщин), средний возраст которых составил 19 лет, а также 125 больных с впервые выявленной АГ (80 мужчин и 45 женщин) со средним возрастом 25 лет и 33 года соответственно. Общеклиническое обследование проводилось с учетом Российских рекомендаций, разработанных Комитетом экспертов Российского медицинского общества по АГ и ВНОК (2008). Психофизиологическое обследование включало выявление типов акцентуаций характера, по К. Леонгарду; изучение тревожности, по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.Л. Ханину; невротизации, по К. Хеку и Х. Хессу. Исследование адаптационной возможности ССС проходило с изучением адаптационного потенциала ССС Р.М. Баевского, вегетативного индекса Кердо и типа саморегуляции кровообращения. Исследование вазомоторной функции эндотелия проводилось ультразвуковым методом (портативный допплерограф MiniMax-Doppler-Phono). Методы математического анализа полученных результатов включали программы вариативного, факторного, корреляционного и дисперсионного анализов.

Полученные результаты. В результате изучения психофизиологических особенностей личности, адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, скоростных показателей регионарного кровотока с помощью дискриминантного анализа были определены наиболее значимые переменные, определяющие возможность развития артериальной гипертонии у здоровых лиц молодого возраста вне зависимости от парадигмы пола. Чувствительность метода составляла 92%, а его специфичность 85%, при этом показатели констант для здоровых и больных составили – 76,61 и – 91,59 соответственно.

Вывод. Возможность развития артериальной гипертонии у здоровых лиц молодого возраста определяется увеличением личностной тревожности, повышением тревожной и снижением возбудимой акцентуаций в характере личности; уменьшением средней скорости кровотока в состоянии покоя и градиента давления при эндотелийзависимой вазодилатации, а также повышением показателей средней и систолической скоростей кровотока после нагрузочной пробы с реактивной гиперемией.

536 ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ: ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

Олесин А.И., Козий А.В., Шабров А.В.

Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – оценка риска развития заболеваний кардиоваскулярной системы у пациентов нейроциркуляторной дистонией (НЦД) в зависимости от характера желудочковой экстрасистолии (ЖЭ).

Наблюдалось 329 пациентов НЦД, осложненной ЖЭ II-IV классов (по B. Ryan (1984), в возрасте 18-35 лет. 125(37,99%) из них были подвергнуты ретроспективному анализу, а у 204(62,01%) – проводилось проспективное наблюдение. Контрольную группу составили 62 здоровых пациента без нарушений ритма в возрасте от 18 до 33 лет с отсутствием развития заболеваний кардиоваскулярной системы в течение 10 лет после первого обследования.

Всем обследованным пациентам, помимо общеклинического обследования, проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы с оценкой характера ЖЭ, ее предэктопического интервала, корригированного по частоте желудочковых сокращений и артериального давления, определялись вариабельность ритма сердца, поздние потенциалы желудочков по методу M.B. Simpson (1981), дисперсия интервала QT по методу C.D. Day et al. (1990), турбулентность сердечного ритма по методу G. Smidt et al. (1999), альтернация зубца Т, оценка психоэмоционального перенапряжения и гиподинамии.

Результаты исследования показали, что по данным проспективного исследования было выявлено, что все пациенты НЦД, осложненной ЖЭ, могут быть распределены на очень высокий, высокий, средний и низкий риски в соответствии с клинической значимостью развития заболеваний кардиоваскулярной системы. К очень высокому риску отнесены пациенты с развитием различных клинических форм ишемической болезни сердца, к высокому – гипертонической болезни, к среднему – немиксоматозного пролапса митрального клапана, к низкому – отсутствие формирования заболеваний кардиоваскулярной системы. По результатам ретроспективного и проспективного исследований установлено, что для определения очень высокого, высокого и среднего риска развития заболевания кардиоваскулярной системы у пациентов нейроциркуляторной дистонией наибольшая прогностическая значимость (> 60%) после первого обследования была выявлена для мономорфной лево- и правожелудочковой экстрасистолии соответственно в сочетании с симпатическим типом их распределения в течение суток, а низкого риска – для полиморфной экстрасистолии. У пациентов НЦД с очень высоким, высоким и среднем риском развития заболеваний кардиоваскулярной системы при симпатическим и смешанном типах распределения желудочковой экстрасистолии наиболее эффективными оказались препараты II (III) классов, а при вагусном типе – хинолитические средства (беллоид, беллатаминал и т. д.), а при их неэффективности – Ic подкласса (аллапинин, дизопирамид и т. д.). При выявлении очень высокого, высокого, среднего риска развития заболеваний кардиоваскулярной системы у пациентов НЦД показано, наряду с терапией экстрасистолии, проведение первичной профилактики этих заболеваний путем модификации образа жизни, коррекции факторов риска и т. д. с диспансерным наблюдением не реже 1 раза в месяц.

537 ДИСБАЛАНС ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Олимов Н.Х., Юлдошев Э.Ч., Нураддинов А.

Республиканский клинический центр кардиологии, кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ТИППМК, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: оценить степень нарушений экстракардиальной регуляции (ЭКР) сердечного ритма и выявить связь летального исхода у больных инфарктом миокарда.

Методы исследования. В основу использованной диагностической методики было положено концепция стохастического гомеостаза дающая физическое описание и холистическую трактовку нелинейных процессов в многокомпонентных иерархически-организованных динамических системах, к которым относится и система регуляции сердечного ритма. В норме объекты этого класса находятся в состоянии “самоорганизованной критичности” (СОК),

(Bak P), поддерживаемом медленными апериодическими вариациями параметров системы, имеющей фрактальную структуру определенного типа. В организации работы сердца эту функцию выполняют низкочастотные (НЧ) флюктуации кардиоинтервала, которые физиологически обусловлены влиянием центральных уровней экстракардиальной регуляции.

Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Выделение последовательности R-R и последующую обработка данных проводили цифровым методом on line по специальной методике (Музалевская Н. И., Урицкий В. М., 1998)

Результаты. Сопоставление параметров β – степени интеграции связей экстракардиальной регуляции (ЭКР) и δ_{R-R} вариабельности сердечного ритма у больных инфарктом миокарда позволило выявить по нашим данным определенную категорию больных с повышенным риском срыва регуляции, то есть с наибольшей вероятностью рецидивов инфаркта миокарда и в том числе развития возможного летального исхода.

Снижение эффективности ЭКР (β<<1) и резкое снижение вариабельности сердечного ритма (δ) по нашим данным способно привести к срыву регуляции и увеличению вероятности реинфарцирования и летального исхода у этих больных. Анализ группа больных, как и прогнозировался действительно показал, что у 76% (n=58) больных в течение 1-3 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда зарегистрирована внезапная смерть. При снижение системных связей ЭКР (β<<1), снижение вариабельности сердечного ритма (δ), назначение бета адреноблокаторов, ингибиторов синусового узла (ивабрадин) по нашим данным снижает риск развития внезапной смерти у больных инфарктом миокарда и в том числе в постинфарктном периоде.

Заключение. Таким образом, контроль за этими показателями может позволить превентивно диагностировать снижение устойчивости ЭКР за несколько дней до ухудшения состояния и выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития летального исхода и выбрать адекватную терапию.

538 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЖИЗНЕОПАСНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА R-R ИНТЕРВАЛА

Олимов Н.Х., Нураддинов А., Юлдошев Э.Ч.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Выявить группы больных с повышенным риском развития жизнеугрожающих аритмий на фоне инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследовано 90 пациентов, из них 50 мужчин (55,5%) и 40 женщин (45,5%). Средний возраст обследованных больных составил 57,5±8,5 лет. Диагноз заболевания устанавливался на основании критериев ВОЗ. Q – инфаркт диагностирован у 72,2% (n=65) и не Q – инфаркт у 27,8% больных (n=25). Передняя локализация инфарцирование выявлено у 82,2% больных (n=74) и задняя стенка у 21,8% пациентов (n=16).

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 4,0х 10 ^{3}...4,0 х 10 Гц (ультранизкие частоты –экстракардиальная регуляция). Помимо β, вычисляли среднее значение R-R интервала –вариабельность сердечного ритма- δ_{RR}, 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 р=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 осложненным течением (проявлениями недостаточности кровообращения) 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 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. На фоне лечения у остальных больных наблюдался улучшение вышеуказанных параметров и существенных нарушение ритма и проводимости не зафиксировано.

Выводы. Таким образом, контроль за спектральными показателями может позволить превентивно диагностировать снижение устойчивости экстракардиальной регуляции, выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития жизнеугрожающих аритмий и выбрать адекватную терапию.

539 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИКА РОТОКИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Олимов Н.Х., Нураддинов А.Д., Юлдошев Э.Ч., Элтаназаров М., Навджуванов И.

Республиканский клинический центр кардиологии, кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ТИППМК, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования – изучение эффективности ротокиназы (стрептокиназы) в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы: Проанализировано историй болезни 80 пациентов за 2010 год, поступивших в отделении реанимации в первые сутки от начала заболевания, из них до 6 часов 45 (56,2%) пациентов и более суток от начала заболевания 35 пациентов (43,8%). Тромболитическая терапия (ТЛТ) была проведена 30 (37,5%) больным до 70 лет (средний возраст 56±7,5 лет), с подъемом сегмента ST ИМ, вводили ротокиназу (“Ротофарм” Великобритания) по схеме: первая болюсная доза (500 000 МЕ) вводился в течение 3-5 минут, с последующей капельной инфузией 1 млн МЕ в течение 60 минут. Мужчины составили 20 человек (66,6%), женщины – 10 (33,2%). В первые 120 минут после возникновения ангинозного приступа получили ТЛТ ротокиназой 21 больных (70%), а остальные – 9 (30%) в течение 4-6 часов. Проводилась ЭКГ оценка эффективности тромболитической терапии и динамика сегмента ST на ЭКГ до и через три часа после начала введения ротокиназы. Если элевация ST в одном отведении или суммарная элевация ST через три часа от начала введения тромболитика уменьшался более чем на 50%, то это свидетельствовало о восстановлении коронарного кровотока в инфарктсвязанной артерии.

Результаты. Снижение сегмента ST в течение первой три часы после введения препарата (признаки реперфузии) отмечалось у 19 пациентов (63,3%). Эффективность ТЛТ ротокиназой в различных возрастных группах статистических достоверных различий не выявила. Нарушения ритма возникли у 14 больных (46,6%). Наиболее частым нарушением ритма была желудочковая экстрасистолия, которая наблюдалась у 5 больных (16,6%). Ускоренный идиовентри-

кулярный ритм встретился у 1 больного (3,3%) и синусовая брадикардия наблюдалась у 2 больных (6,6%). Артериальная гипотония возникла в 3,3% случаев (у 1 больного). Аллергические реакции не наблюдались.

Заключение. Таким образом, наиболее безопасным и оптимальным явилось введение ротокиназы в стандартной дозе в первые двух часов от начала заболевания и менее эффективным после 6 часов от симптомов ИМ.

540 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Онучина Е.Л., Соловьёв О.В., Мочалова О.В., Онучин С.Г., Кононов С.К.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель работы. Оценить прогностическую эффективность факторов риска развития фибрилляции предсердий (ФП) при метаболическом синдроме (МС).

Материал и методы. МС установлен согласно критериев IDF, 2005; ФП – рекомендаций ВНОК, 2005; ACC/AHA/ESC, 2006. Обследовали 151 пациента с МС: 88 больных с рецидивирующей формой ФП (65 женщин, 23 мужчины; возраст 65,3±10,4 лет; в том числе 36 больных с нарушенной толерантностью к углеводам (НТГ) (41%) и 52 с СД 2 типа (59%)) и 63 пациента с МС без ФП (48 женщин, 15 мужчин; 63,9±11,3 лет; 18 больных НТГ (29%) и 45 с СД 2 типа (71%)). Группы сопоставимы по возрасту (p=0,437), соотношению пациентов с НТГ и СД 2 типа (χ^2=1,925; p=0,165), ассоциированным заболеваниям, выраженности хронической сердечной недостаточности, оцененной по Нью-йоркской классификации (NYHA) (χ^2=1,743; p=0,145). Исключили: перманентную форму ФП, гемодинамически значимые пороки сердца, инфаркт миокарда с Q в анамнезе, аневризму сердца. Артериальная гипертензия (АГ) зафиксирована у всех пациентов. Оценили длительность анамнеза ожирения и АГ. Определяли индекс массы тела (кг/м²), окружность талии (ОТ, см). Рассчитывали индекс инсулинорезистентности (HOMARind) по уровню инсулина (мкМе/мл) и глюкозы. Определяли: липидный спектр крови; экскрецию альбумина с мочой за сутки (мг/сут), структурно-геометрические показатели миокарда при эхокардиографии. Значимость различий между группами оценили с помощью критериев Стьюдента или Манна-Уитни; риск развития ФП у пациентов с МС – при помощи отношения шансов (OR), расчетов точки разделения, специфичности (Se), чувствительности (Sp) и индекса диагностической эффективности (ИДЭ).

Результаты. Пациенты с ФП в сравнении с группой без ФП имели худшие антропометрические и метаболические показатели, более выраженное ремоделирование миокарда, большую инсулинорезистентность, эндотелиальную дисфункцию с поражением почек. Провели анализ диагностической эффективности параметров, показавших статистически значимые различия в сравниваемых группах. Наиболее чувствительными параметрами явились HOMAIRind более 2,77 (Se 0,82; Sp 0,54; ИДЭ 0,73; OR 5,48, 95%CI 2,2-12,8; χ2=13,4; p<0,0000), длительность ожирения более 10 лет (Se 0,91; Sp 0,41; ИДЭ 0,61; OR 4,3, 95%CI 1,1-10,18; χ2=9,7; p=0,002), длительность АГ более 10 лет (Se 0,81; Sp 0,4; ИДЭ 0,64; OR 2,8, 95%CI 1,3-5,6; χ2=6,6; p=0,01), конечно-диастолический (переднезадний) размер левого предсердия более 43 мм (КДР ЛП, мм) (Se 0,81; Sp 0,46; ИДЭ 0,66; OR 3,68, 95%CI 1,7-7,4; χ2=11,4; p=0,001), снижение липопротеидов высокой плотности менее 1,1 ммоль/л (Se 0,71; Sp 0,61; ИДЭ 0,67; OR 3,73, 95%CI 1,8-7,24; χ2=13,4; p=0,001), наиболее специфичными – альбуминурия >60 мг/сут (Sp 0,85; Se 0,58; ИДЭ 0,73; OR 7,9, 95%CI 3,1-18,6; χ2=19,7; p=0,001) и ОТ>104 см (Sp 0,71; Se 0,56; ИДЭ 0,71; OR 3,13, 95%CI 1,6-6,1; χ2=9,86; p=0,002). При значении показателей более точки разделения пациенты с МС имеют повышенный шанс развития и рецидивирования ФП, следовательно, используя эти показатели можно прогнозировать развитие аритмии у пациентов с МС.

Выводы. У пациентов с МС развитие ФП следует прогнозировать при высокой инсулинорезистентности (HOMAIRind>2,77), наличии длительного (более 10 лет) анамнеза АГ и абдоминального ожирения (ОТ>104 см), снижении ЛПВП <1,1 ммоль/л, прогрессирующем поражении почек (альбуминурия>60мг/сут), дилатации левого предсердия (КДР ЛП >43 мм).

541 ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СОСТОЯНИЕ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Орлова О.В., Барт В.А., Недошивин А.О., Бондаренко Б.Б.

ФГУ "Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова Минздравсоцразвития", Санкт-Петербург, Россия

Цель. Провести анализ состояния сосудодвигательной функции эндотелия у больных с сердечной недостаточностью (ХСН) и сопутствующим облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) в зависимости от наличия у пациентов реваскуляризации артерий нижних конечностей в анамнезе.

Материал и методы исследования. В исследование включены 74 пациента с ХСН II-III ФК, ишемической болезнью сердца, перенесших ранее инфаркт миокарда и с признаками ОААНК IIа и IIб ст. по А. В. Покровскому. Пациенты были распределены на две группы. Группу А составили 24 пациента с реваскуляризацией артерий нижних конечностей в анамнезе. Группу Б составили 50 больных без реваскуляризация артерий нижних конечностей в анамнезе, в связи с отсутствием показаний к ее проведению. Больные получали терапию ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, мочегонными, антиагрегантами, статинами. Пациенты не получали терапии бета-адреноблокаторами. Всем больным проводилось измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ); выполнялось дуплексное сканирование плечевой артерии на аппарате VIVID 7 (GE) и определялись показатели эндотелийзависимой вазодилятации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией.

Результаты. У пациентов группы А, которым проводилась реваскуляризация артерий нижних конечностей, ЛПИ составил от 0,47 до 0,60, в среднем 0,54±0,02, а в группе Б ЛПИ составил от 0,62 до 0,70, в среднем 0,65±0,03 (p=0,013; F-критерий, ANOVA). У пациентов группы А, с реваскуляризацией артерий нижних конечностей, показатели ЭЗВД составили от 1,92% до 12,27%, в среднем 7,8±0,58%. У пациентов группы Б, без реваскуляризации артерий нижних конечностей, показатели ЭЗВД составили от -1,16% до 12,61%, в среднем 5,5±0,52%. Выявленные различия значимы (p =0,02; F-критерий).

Выводы. Больные с сочетанным течением ХСН и ОААНК, перенесшие ранее реваскуляризацию артерий нижних конечностей, имеют более высокие показатели ЭЗВД и, одновременно, более низкие значения ЛПИ, чем пациенты без реваскуляризации артерий нижних конечностей. Это факт достаточно противоречив, так как установлено, что со снижением показателей ЛПИ уменьшаются и показатели ЭЗВД у больных с ОААНК. Возможно, это парадокс можно объяснить тем, что оперативное вмешательство на артериях нижних конечностей оказывает положительное воздействие на сосудодвигательную функцию эндотелия посредством изменения гемодинамической силы напряжения сдвига, улучшением перфузии как артериальной стенки, так и нижней конечности в целом, снижением интоксикации и факторов неспецифического воспаления.

542 ПАЦИЕНТ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ПРОГНОЗ ТЕРАПИИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ НА СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Орлова О.В., Барт В.А., Недошивин А.О., Бондаренко Б.Б.

ФГУ "Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова Минздравсоцразвития", Санкт-Петербург, Россия

Цель. Выявить признаки, позволяющие прогнозировать эффект терапии карведилолом и бисопрололом на состояние кровообращения в артериях нижних конечностей у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сопутствующим облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) в динамике 36-недельного наблюдения.

Материал и методы: в исследовании участвовало 74 пациента с ХСН II-III ФК и ОААНК IIа и IIб ст. С момента включения больным проводилась базовая терапия Ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, мочегонными, антиагрегантами, статинами. Пациенты не получали терапии бета-адреноблокаторами на момент включения. Через 2 недели после включения больные были распределены на 3 подгруппы. Подгруппа А1- без назначения бета-адреноблокаторов к базовой терапии. Подгруппа А2 – к базовой терапии был добавлен бисопролол. Подгруппа А3 – к базовой терапии был добавлен карведилол. Всем пациентам исходно и через 36 недель выполнялось измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), проводился тредмил-тест по протоколу A.W.Gardner с определением времени ходьбы до боли (ВХДБ) и максимального времени ходьбы (МВХ), выполнялось эхокардиографическое исследование с определением конечного систолического и диастолического диаметра левого желудочка (КСД, КДД), размеров правого предсердия (ПП) и правого желудочка (ПЖ), фракции выброса левого желудочка (ФВ), выполнялось определение общего холестерина (ОХ). Проводились исследование качества жизни с помощью Миннесотского опросника (МО) и ранжированная оценка клинического статуса с применением шкалы оценки клинического состояния (ШОКС).

Результаты. В результате дискриминантного анализа из 32 исходных признаков были отобраны 13, в наибольшей степени определяющих прогноз пациентов. Факторные веса дискриминантных функций этих признаков представлены ниже и указаны в скобках:

Длительность ОААНК (0,241; -0,149); ЛПИ (0,006; 0,289); длительность ХСН (0,157; 0,098); ВХДБ (0,057; 0,038); КДД ЛЖ (0,086; 0,028); МВХ (-0,232; 0,023); КСД ЛЖ (0,192; -0,059); ШОКС (-0,051; -0,038); ФВ ЛЖ (-0,112; -0,083); МО (-0,098; 0,333); ПП (0,034; 0,163); ОХ (0,143; 0,255); ПЖ (0,008; -0,050).

Выводы. Эффекты терапии бета-адреноблокаторами бисопрололом и карведилолом в отношении состояния периферического кровообращения у больных с ХСН и ОААНК IIа-IIб ст. можно прогнозировать по исходным значениям набора признаков, включающего длительность течения сосудистого заболевания и сердечной недостаточности; размеры и величину фракции выброса левого желудочка; размеры правого предсердия и правого желудочка; результаты тредмил-теста; уровень общего холестерина; показатели шкалы оценки клинического состояния, Миннесотского опросника.

543 ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Осадчий В.А., Сергеев А.Н.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность противорецидивной терапии, включавшей H_2-блокаторы и гастроцитопротекторы, у больных нестабильной стенокардией (НС) с отягощенным гастродуоденальным анамнезом.

Методы исследования. Обследовано 88 больных НС с рецидивом язвенной болезни (ЯБ) в анамнезе, которые были разделены на две группы. Первую составили 46 пациентов, которым назначались фамотидин по 40 мг в сутки в один прием и сукральфат по 500 мг 3 раза в сутки за 30 минут до еды в течение 10–12 дней. Во вторую группу вошли 42 больных, не получавших превентивной противоязвенной терапии. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование и исследования, необходимые для диагностики острой коронарной патологии. Лицам, имевшим клинику поражения гастродуоденальной зоны (ГДЗ), выполнялась фиброгастродуоденоскопия. Она назначалась в плановом порядке по стабилизации состояния больных, критериями которой являлись: нормализация гемодинамических показателей, отсутствие приступов стенокардии, ишемических изменений, нарушений сердечного ритма и проводимости по данным электрокардиографии в течение 5–7 дней.

Полученные результаты. Установлено, что признаки поражения ГДЗ отмечались у 8,7% больных НС, получавших превентивную противоязвенную терапию. Это были нерезко выраженные эпизодические диспептические расстройства в виде изжоги или тошноты. В 4,4% случаев они сочетались с неотчетливыми абдоминальными болями и пальпаторной болезненностью в эпигастрии. В ходе эндоскопического исследования выявлялись единичные, мелкие острые эрозии, которые небольшими группами располагались в антральном отделе желудка и луковице двенадцатиперстной кишки (ДК). Слизистая оболочка (СО) по их периферии представлялась нерезко отечной и неярко гиперемированной.

Во второй группе больных, которым не назначалась противорецидивная терапия, клинические признаки поражения ГДЗ встречались значительно ($p<0,001$) чаще, в 42,9% случаях. Так, у 11,9% пациентов наблюдались проявления желудочной диспепсии, чаще всего отрыжка, изжога и (или) тошнота, возникавшие натощак или после приема пищи, у 7,2% – умеренные боли и болезненность при пальпации в эпигастрии, а у 23,8% – их сочетание. По данным эндоскопии, у 19,1% больных обнаружены мелкие или средние, острые эрозии, нередко с фибринозно-геморрагическим налетом в дне. Их скопления, состоявшие из нескольких десятков дефектов, занимали большие участки СО тела, антрального отдела желудка и луковицы ДК. В 23,8% случаев выявлялся рецидив ЯБ, которому соответствовали одиночные, плоские или глубокие язвы луковицы ДК средних размеров с фибринозными наложениями в дне и фиброзом по краям. Этому сопутствовала рубцовая деформация антрального отдела желудка или луковицы ДК, связанная с предшествовавшими обострениями ульцерозного процесса.

Выводы. Своевременное назначение противоязвенной терапии, включавшей H_2-блокаторы и гастроцитопротекторы, уменьшает вероятность развития гастродуоденальных эрозий и язв у больных НС при условии полноценного лечения коронарной патологии.

544 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Осипов А.Г., Попова Е.Ю., Тимошенская Н.В*, Осипова И.В., Борисова Л.В., Кондаков В.Д.*

Алтайский государственный медицинский университет, гор. больница №6*, Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить распространенность кардиометаболических факторов риска у лиц молодого возраста.

В исследование были включены 522 жителя Алтайского края обратившихся в Центр Здоровья, в возрасте от 16 до 29 лет, из них женщин 79%, мужчин 21% (частота обращаемости

мужчин была в три раза ниже). Средний возраст исследуемых составил 21,9±3,8 года (женщин 21,9±3,7; мужчин 21,9±4,1 года).

Оценивалось офисное артериальное давление (АД), индекс массы тела (ИМТ). Лабораторное обследование включалось в определении уровней общего холестерина крови (ОХС) и глюкозы (уровень ОХС крови ≥5,0ммоль/л и гликемии ≥ 6,1ммоль/л расценивались как повышенные).

При определении уровня офисного АД у 65% молодежи выявлено оптимальное АД (p<0,001), 31% имеют нормальное АД и 4% – высокое. В женской популяции достоверно чаще в 2 раза выявлено оптимальное давление, чем у мужчин (72 и 39%, p<0,001). При этом нормальное и высокое АД чаще встречается в мужской популяции, чем в женской (48 и 27%, p<0,001; 13 и 1%, p<0,001, соответственно). У 67% исследуемых имелась нормальная масса тела, у 18% – избыточная масса тела и ожирение, а у 15% – дефицит массы тела. Нормальная масса тела преобладала у женщин (72% и 52%, p>0,005), избыточная масса тела, ожирение – у мужчин (23% и 10%, p<0,005; 10% и 3%, соответственно, p>0,005). Ожирение преобладало у мужчин в возрасте 25-29 лет (29%), у женщин в той же возрастной категории (7%, соответственно, p<0,005). При анализе уровня общего холестерина крови выявлено, что 84% лиц молодого возраста имеется нормальный уровень ОХС, у 16% гиперхолестеринемия. Частота лиц с нормальным уровнем холестерина высока как у женщин, так и у мужчин (84% и 88% соответственно). Гипергликемия выявлена у 6% исследуемых, нормальный уровень глюкозы – у 94%. При анализе в зависимости от пола достоверных различий не выявлено. Гиподинамия чаще наблюдается как у женщин, так и мужчин, при этом у женщин в возрасте от 16 до 19 лет (90%), у мужчин 16-19 и в возрасте 25-29 лет 93%, соответственно. Курение достоверно чаще выявлено у мужчин в возрасте 20-24 лет, у женщин – 16-19 лет (63% и 26%, соответственно, p<0,005).

Выводы: выявлен высокий уровень факторов риска, особенно повышенное АД, ожирение и курение у лиц молодого возраста от 16 до 29 лет, преимущественно в мужской популяции, что требует проведения ранних профилактических мероприятий.

545 ФАКТОРЫ РИСКА, ФОРМИРУЮЩИЕ СУММАРНЫЙ КОРОНАРНЫЙ РИСК У ЛИЦ МЛАДШЕ 40 ЛЕТ (по результатам Центра Здоровья)

Осипов А.Г., Осипова И.В., Лукеренко Е.В., Антропова О.Н., Макарова Л.Ф., Мокина Н.В.*, Мухортова Н.Г.**

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

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

Материалы и методы. В рамках одномоментного проспективного исследования обследовано 741 лиц, в возрасте от 16 до 39 лет, средний возраст 24,0±0,3 лет. Проводилось изучение частоты факторов риска, а так же прогнозирование суммарного коронарного риска с помощью таблицы относительного риска SCORE. Из числа обследованных 76,5% составляли женщины, средний возраст 25,0±0,3 лет; мужчины составили 23,5%, средний возраст 24,0±0,5 лет.

Результаты: Частота лиц с гиперхолестеринемией составила 31,7% (среди женщин – 33,9%, среди мужчин – 24,7%); частота курения – 25,8% (среди мужчин – 40,8%, среди женщин – 21,2%); частота лиц с артериальной гипертензией – 3,2% (среди мужчин – 5,7%, среди женщин – 2,5%). При изучении сочетаний данных факторов: частота сочетания курения с гиперхолестеринемией составила 7,7% (среди мужчин – 11,5%, среди женщин – 6,5%); частота гиперхолестеринемии с артериальной гипертензией – 1,5% (среди мужчин – 2,9%, среди женщин – 1,1%); частота курения и артериальной гипертензии – 1,1% (среди мужчин – 2,3%, среди женщин – 0,7%); частота сочетания всех трех факторов – 0,5% (среди мужчин – 1,2%, среди женщин – 0,4%). При оценке относительного коронарного риска выявлено, что среди женщин лиц с умеренным ОР было 98,2%, с высоким риском – 1,8% (в том числе с выраженным одиночным фактором риска (ОФР) – 1,1%). Среди мужчин лиц с умеренным ОР выявлено 54,6%, с высоким ОР – 37,9% (с ОФР – 1,7%), с очень высоким ОР – 7,5%

Выводы: При анализе факторов, формирующих относительный суммарный коронарный риск, выявляется наиболее высокая частота гиперхолестеринемии и курения среди лиц обоих полов. Среди женщин наиболее высока частота гиперхолестеринемии (на 9,2%), среди мужчин – курения (на 19,6%) (p<0,05), по частоте артериальной гипертензии значимых половых различий не выявлено. При анализе сочетаний изучаемых факторов среди мужчин выявлена более высокая частота сочетания курения с гиперхолестеринемией (на 5%) (p<0,05). Только среди мужчин молодого возраста имеются лица с высоким и очень высоким относительным коронарным риском (45%). Таким образом, оценка относительного риска у молодых мужчин позволяет выделить лиц "кандидатов" с неблагоприятным сердечно-сосудистым прогнозом и своевременно сформировать у них мотивацию для здорового образа жизни.

546 РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ (5 летнее наблюдение)

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

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

Цель исследования: выявить роль факторов риска (ФР) и процессов сердечного ремоделирования в развитии сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у машинистов локомотивных бригад с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 1000 мужчин машинистов локомотивов, состоящих на учете с АГ. Все пациенты имели профессиональный стресс (вторая модель по Karasek-Theorell). Из них у 50 машинистов в возрасте 46,0±5,3 лет произошло нефатальное ССО (инфаркт миокарда, безболевая ишемия миокарда, ОНМК по ишемическому типу, нарушение ритма высоких градаций, сахарный диабет). Был проведен ретроспективный анализ данных в течение пяти лет до события, с оценкой отягощенной наследственности по ССЗ, статуса курения, ожирения, офисного систолического (САД) и диастолического АД (ДАД), ЧСС в покое, общего холестерина (ОХС). Кроме того, анализировались показатели ЭхоКГ с определением гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и типов ремоделирования миокарда (Ganau и соавт., 1992). Представлены данные за 5 лет, 2 года и 1 год до ССО.

Результаты исследования. Отягощенная наследственность по ССЗ была выявлена у 58% обследованных. За 5 лет до ССО определена следующая структура факторов риска в порядке убывания по частоте: гиперхолестеринемия (84%), курение (80%), САД > 140 мм рт.ст. (36%) и ДАД > 90 мм рт.ст. (32%), у остальных на фоне рекомендованной гипотензивной терапии цифры САД и ДАД были ниже целевых, ИМТ > 30 (28%) и ЧСС > 80 в мин. (10%). При оценке ремоделирования ЛЖ выявлено, что ГЛЖ встречается у 22% мужчин, из них у – 6% эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ), у 16 – концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ), концентрическое ремоделирование (КРЛЖ) не встречается. За два года до сердечно-сосудистого события частота встречаемости ФР выглядит следующим образом: курение (80%), гиперхолестеринемия (72%), повышенное ДАД (48%) и САД (42%), ожирение (28%) и тахикардия (18%). КГЛЖ определяется у 41%, ЭГЛЖ – у 4% пациен-

тов, при этом впервые у 15% обследованных выявлено КРЛЖ. За 1 год до события выявлена диастолическая гипертензия у 84%, курение у 80%, гиперхолестеринемия у 66%, систолическая гипертония у 52%, тахикардия покоя у 44%, ожирение у 36% мужчин. Обнаружено: увеличение частоты повышенного ДАД за 5 лет на 52% ($\chi^2 = 27,8$ p=0,0001), причем на 36% ($\chi^2 = 14,4$, p = 0,0001) изменение происходит в последние два года наблюдения. Частота ЧСС > 80 в мин. в покое возрастает в течение пяти лет на 34% ($\chi^2 = 14,7$, p=0,0001), в последние два года – на 26% ($\chi^2 = 7,9$, p = 0,005). При анализе данных Эхо-КГ гипертрофия ЛЖ выявляется чаще на 26% ($\chi^2 = 8,2$, p = 0,004) и встречается у 42%. Так же частота КРЛЖ за год до события увеличивается на 25% ($\chi^2 = 25,0$, p=0,0001) и регистрируется у 40%.

Заключение. Выявлена ведущая роль тахикардии в покое, диастолической гипертензии и концентрического ремоделирования миокарда в развитии сердечно-сосудистых осложнений у лиц с профессиональным стрессом.

547 ЭФФЕКТИВНОСТЬ "ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ" В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

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

НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО "РЖД", Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет*, Барнаул, Россия

Цель: оценить информированность о модифицируемых факторах риска и результаты проведения "школы здоровья на рабочем месте" в организованном коллективе мужчин стрессовой профессии.

Материалы и методы: исследование выполнялось среди машинистов и помощников машинистов станции Барнаул (средний возраст 38,2±4,6 лет). В течение года проводилась "школа здоровья на рабочем месте" 2 раза в неделю по 15 минут перед "графиком" локомотивных бригад с использованием наглядного демонстрационного материала, форм интерактивного общения. Эффективность "школы здоровья" была оценена анкетированием 99 работников.

Результаты: среднее число посещений школы составило 7,8±4,2 в год. Считали целесообразным проведение занятий 83,8%, хотели бы прослушать новый цикл лекций по здоровому образу жизни 66,7%, причем 84,8% ответили, что получили на школе много новой информации. Коллективные занятия в "школе здоровья" предпочли большинство мужчин (62,6%), индивидуальные – 15,2%, групповые по 5-6 человек – 6,1%, для остальных 16,1% форма проведения не имела значения. Все работники локомотивных бригад (100%) знали свой вес, 51,5% знали свою окружность талии (ОТ), причем 77,8% и 56,6% соответственно считали эти показатели нормальными (22,2% опрошенных не могли ответить на вопрос относительно нормальных показателей ОТ). За год посещения "школы здоровья" у 15,1% мужчин вес уменьшился на 5,8±3,1 кг, у 8,1% ОТ уменьшилась на 6,4±1,2 см, 16,1% не знали динамику ОТ. Через год после проведения занятий 5,1% мужчин стали питаться регулярно, ежедневно 1-2 порции овощей и фруктов стали употреблять 60,1%, 3-5 порций – 11,6% опрошенных; ограничили в своем рационе животные жиры 23,2%, легкоусвояемые углеводы – 17,2% машинистов. По результатам анкетирования распространенность курения среди работников локомотивных бригад составила 76,8%, причем за прошедший год 27,6% из них отказались от курения, 18,4% стали выкуривать на работе меньше в среднем на 5,8±2,8 сигарет, 19,7% стали выкуривать в выходной день меньше в среднем на 9,9±1,1 сигарет. Анализ уровня физической активности показал, что в течение года 9,1% машинистов проводили свой досуг активно, 12,1% стали ежедневно проходить пешком 3 км. За прошедший год стали контролировать уровень своего артериального давления 57,8% работников, уровень своего холестерина – 71,1%, и 62,2% мужчин стали регулярно принимать назначенные препараты. Из предложенных методов преодоления стресса в 41,1% случаев мужчины выбрали общение с друзьями и близкими, 40,1% – сексуальные отношения, 28,8% – алкоголь, 18,8% – занятия спортом, 13,1% – курение, 7,8% – прием пищи, 7,8% – творчество, 3,1% – рыбалку, 2,2% – сон, причем у трети опрошенных выявлено наиболее частое сочетание – прием алкоголя и курение.

Таким образом, регулярное проведение "школы здоровья на рабочем месте" является предпочтительной формой обучения в организованном коллективе, создает мотивацию работников к здоровому образу жизни и позволяет снизить уровень модифицируемых факторов риска, что является эффективной моделью первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

548 КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ (по данным Центров здоровья)

Осипова И.В., Лукеренко Е.В., Антропова О.Н., Сопотова И.В., Савина Д.А., Макарова Л.Ф.**

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

Цель работы: оценить частоту кардиоваскулярных факторов риска (ФР) среди жителей Алтайского края, не страдающих сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Проведено одномоментное проспективное обследование 1726 лиц, обратившихся в центры здоровья в течение 5 месяцев. Все лица были разделены на половые (348 мужчин, 1378 женщин) и возрастные группы (16-29 лет, 30-44 года, 45-60 лет, старше 60 лет). Средний возраст у мужчин 39,8±16,3 лет, у женщин 43,4±16,2 года. Проводилась оценка ФР: курение, гиперхолестеринемия (ГХС), абдоминальное ожирение (АО), уровень систолического АД (САД).

Результаты: Наиболее распространенным ФР у мужчин и женщин является ГХС (44,5% и 62,4%), на 2 месте – абдоминальное ожирение (39,1% и 55,1% соответственно), на 3 месте у мужчин курение (35,6%), а у женщин – артериальная гипертензия (16,5%).В младшей возрастной группе (16-29 лет) у мужчин преобладает курение (39,5%), на 2 месте нормальное повышенное САД (14%), на 3 – ГХС и АО (по 13,2%), у женщин преобладают ГХС (22,4%), курение (21%), на 3 месте АО (15,6%). В группе 30-44 лет у мужчин и женщин на 1 месте ГХС (48,9% и 58,5% соответственно), у мужчин на 2 и 3 месте по частоте занимают курение (44,3%) и АО (40,9%), у женщин – АО (46,6%) и курение (18%). В возрасте 45-60 лет у мужчин и женщин преобладают ГХС (66,3% и 83,6% соответственно) и АО (60,4% и 74,4%), на 3 месте курение (32,7%) у мужчин и артериальная гипертензия у женщин (21,6%). В возрасте старше 60 лет у мужчин наиболее распространены ГХС (66,7%), АО (53,3%) и артериальная гипертензия (44,4%). У женщин эти же ФР распределены иначе: АО (88,5%), ГХС (86,2%) и артериальная гипертензия (44%). С возрастом у мужчин и женщин имеется неуклонный рост частоты ГХС, обращает на себя внимание резкое увеличение частоты этого ФР у лиц обоих полов в группе 30-44 лет по сравнению с группой 16-29 лет (на 35,7% у мужчин и на 36,1% у женщин, ($p<0,001$)). У мужчин отмечается повышение частоты артериальной гипертензии (от 4,4% в 16,29 лет до 44,4% в группе старше 60 лет) и АО в 30-44 года по сравнению с группой 16-29 лет на 27,7% ($p<0,001$) и в 45-60 лет на 19,5% по сравнению с предыдущей ($p<0,05$) и последующая тенденция к снижению частоты этого ФР в группе старше 60 лет на 7,1%. Частота курения у мужчин с возрастом достоверно не изменялась. У женщин увеличивается с возрастом частота абдоминального ожирения ($p<0,001$) и артериальной гипертензии ($p<0,001$), снижается частота курения в группе 45-60 лет на 10,4% и в группе старше 60 лет

на 6,7% по сравнению с предыдущей возрастной группой (p<0,001).

Выводы. Женщины имеют достоверно большую частоту абдоминального ожирения и гиперхолестеринемии, но меньшую частоту курения по сравнению с мужчинами. Распространенность ФР уже выражена в молодом возрасте, что необходимо учитывать при организации первичной профилактики.

549 ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Осипова И.В., Антропова О.Н., Правдина Е.А., Кондаков В.Д., Силкина С.Б.

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

Целью исследования было оценить информированность врачей в области первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а так же о своих факторах риска.

В рамках акции "Здоровье врачей Алтая" было проведено анкетирование 100 врачей, пришедших очередное заседание общества терапевтов. Среди них 40% были врачами-терапевтами, 60% – врачами других специальностей (большинство невропатологи). Этим же врачам были оценены факторы риска ССЗ: курение, артериальное давление (АД), окружность талии (ОТ), уровень общего холестерина (ОХ), индекс массы тела (ИМТ), риск по SCORE

Результаты исследования. Средний возраст врачей составил 43,3±1,9 года. Среди респондентов 80,0% женщин и 20,0% мужчин.

По результатам анкетирования только 5% терапевтов и 13% невропатологов дают рекомендации по изменению образа жизни всем своим пациентам, большинство врачей (% терапевтов и % неврологов) считают необходимым давать такие рекомендации только 80% обратившихся,% врачей дают рекомендации только 50% пациентов. Интересно отметить, что согласно данным анкетирования в среднем терапевт уделяет здоровому образу 3,0 ±0.4 минуты на человека, а невропатолог 5,0 ±0,2 минут на человека.

Для оценки суммарного коронарного риска используют рискометр SCORE 61,0% врачей, из них 28,5%терапевтов и 32,5% неврологов. Функцию рискометра SCORE оценили правильно 60% врачей (среди терапевтов -73%, а среди неврологов 50% опрошенных). Однако, результаты анкетирования показали, что знают факторы риска, входящие в таблицы SCORE, а следовательно, реально используют в своей врачебной практике только 26,3% терапевтов, а среди неврологов ни один врач не смог правильно указать факторы риска.

Сами врачи не достаточно осведомлены о своих факторах риска. Причем если уровень АД смогли указать все врачи, то окружность талии знают лишь 53% врачей, а уровень холестерина только 78,0%. Кроме того, 46,0% врачей ошибочно определили свой риск сердечно – сосудистых осложнений в течение 10 лет (SCORE),

Оценили свой наследственный анамнез как отягощенный по ССЗ 80,0% врачей. Курят только 1%. У 56% врачей имеется повышенный ИМТ, а у 23% абдоминальное ожирение.

Артериальную гипертонию имеют%, гиперхолестеринемию –%

Ежедневно употребляют овощи и фрукты только 53,0% врачей, 37,0% только 2 раза в неделю и 10,0% всего1 раз в неделю. Необходимая ежедневная физическая нагрузка (30 минут и более) имеется у 55,0%, 2 раза в неделю 18,0% и у 12,0% 1 раз в неделю, реже 1 раза в неделю у 15,0%.

Таким образом, хотя большинство врачей дают своим пациентам рекомендации по здоровому образу жизни, анкетирование показало недостаточные знания в области первичной профилактики и у терапевтов и у врачей других специальностей.

550 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕМБРАНЫ КЛЕТКИ

Ослопова Ю.В., Ослопов В.Н., Трегубова М.Г., Яруллина Л.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования. Изучить особенности распределения больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в зависимости от функционального состояния мембраны клетки, определяемого по величине скорости Na^+-Li^+-противотранспорта (Na^+-Li^+-ПТ) в мембране эритроцита.

Материал и методы. Обследовано 12 больных в возрасте от 52 до 82 лет с органической патологией сердца (ИБС, ГБ и их сочетание), из них 10 человек имеют ФП, а 2 больных составляют группу сравнения. Обследовано 9 мужчин (возраст 62±2 лет) и 3 женщины (возраст 81±1 года). ИБС диагностирована у 2 больных, ГБ диагностирована у 4 больных, сочетание ИБС и ГБ у 5 больных. Всем больным регистрировали ЭКГ, определяли скорость Na^+-Li^+-ПТ по M.Canessa (1980). Изучали средние величины и распределение больных в квартилях (КВ) скорости Na^+-Li^+-ПТ, популяционные границы которых составили: I КВ 38-203, II КВ 204-271, III КВ 272-345, IV КВ 346-730 мкмоль Li/л кл./час (мкМ Li) (Ослопов В.Н. с соавт., 2006).

Результаты. Средняя скорость Na^+-Li^+-ПТ у мужчин с ФП – 361±39 мкМ Li, среди женщин с ФП – 258±40 мкМ Li, среди мужчин без ФП – 290±23 мкМ Li. Распределение больных с ФП следующее: I КВ-2, II КВ-1, III КВ-1, IV КВ-6, а Б без ФП – III КВ. Мужчины с ФП имели преимущественно большие скорости Na^+-Li^+-ПТ (I КВ-1, II КВ-0, III КВ-0, IV КВ-6). Женщины с ФП имели преимущественно малые скорости Na^+-Li^+-ПТ (I КВ-1, II КВ-1, III КВ-1, IV КВ-0)

Вывод. 1. Общее количество больных мужчин, страдающих ФП, увеличивается по мере возрастания скорости Na^+-Li^+-ПТ в мембране эритроцита и достигает максимума в IV КВ скорости Na^+-Li^+-ПТ. 2. Женщины с ФП имеют малые скорости Na^+-Li^+-ПТ, распределены в I-III КВ скорости Na^+-Li^+-ПТ. 3. Обнаружена взаимосвязь между скоростью Na^+-Li^+-ПТ и частотой встречаемости ФП.

551 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОФИСНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В МУЖСКОЙ КОГОРТЕ

Ослопов В.Н., Макаров М.А.

ГОУ ВПО "Казанский ГМУ" Минздравсоцразвития РФ, Казань, Россия

Величина артериального давления (АД) – важнейший фактор, определяющий тяжесть, прогноз, тактику лечения артериальной гипертензии (АГ). Степень сердечно-сосудистого риска, помимо наличия или отсутствия сопутствующих факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС), в значительной мере зависит от величины АД. Для оценки смертельного сердечно-сосудистого риска в течение 10 лет используется шкала SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation). В клинической практике подразделяют диапазон нормального АД (САД<140 и≥100; ДАД<90 и ≥60 мм рт.ст.) на три категории: оптимального (ОАД), нормального (НАД) и высокого нормального (ВНАД) АД. НАД и ВНАД в сумме трактуются как предгипертензия. Предгипертензия не является патологическим состоянием, но считается показанием для изменения образа жизни, профилактики вероятной АГ и риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель. Определить степень общего сердечно-сосудистого риска при различных уровнях нормального АД в популяции.

Материал исследования. Обследовано 414 мужчин, имевших средний возраст 43,9±6,7 года на начало исследования и 55,6±6,7 лет на завершающем этапе наблюдения.

Методы исследования. Изучалось распределение мужчин по категориям нормального АД, осуществлялось измерение клинического (офисного) АД, выявлялось наличие или отсутствие сопутствующих ФР, ПОМ и АКС для определения степени общего сердечно-сосудистого риска.

Результаты. Доля лиц, имеющих НАД и ВНАД, т. е. подпадающих под категорию "предгипертензия", составляет свыше 80% от общего числа мужчин с нормальным АД. При изучении факторов сердечно-сосудистого риска установлено, что 62,5% мужчин при среднем возрасте когорты 55,6±6,7 лет, подпадающих под категорию "предгипертензия", курят. Таким образом, согласно шкале SCORE 62,5% мужчин в когорте, не имевших установленного диагноза АГ, имеют средний (4%) или высокий (5%) риск вероятности смерти в течение ближайших 10 лет.

Выводы. 1) Процент лиц, подпадающих под категорию "предгипертензия", составляет в возрасте 43,9±6,7 года и старше подавляющее большинство обследованных лиц с нормальным АД (более 80%). 2) Доля лиц, имеющих оптимальное АД, не превышает 8% от всей когорты.3) Средний (4%) или высокий (5%) риск вероятности смерти в течение ближайших 10 лет имеют в когорте 62,5% мужчин, не имевших установленного диагноза АГ (при среднем возрасте когорты 55,6±6,7 лет).

552 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Павлов С.В., Адашева Т.В., Леонова Е.И., Щикота А.М.
МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучить эффективность и безопасность применения высокоселективного β_1 – адреноблокатора бисопролола для лечения артериальной гипертензии (АГ) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: обследовано 30 человек с АГ 1-2 степени (ESH 2007, ВНОК 2010) и ХОБЛ II-III стадии (GOLD 2006) в период ремиссии, которые в течение 6 месяцев получали бисопролол. Начальная дозировка составила 5 мг/сут. и титровалась по уровню АД и ЧСС в течение первых восьми недель исследования до 10 мг/сут. Базисная терапия ХОБЛ не менялась в процессе исследования и включала антихолинергические препараты (ипратропия бромид, тиотропия бромид), а также β_2-адреномиметик фенотерол, либо их комбинацию. Эффективность терапии контролировалась с помощью суточного мониторирования артериального давления (СМАД), также проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ). Критерием безопасности проводимой терапии послужила оценка показателей функции внешнего дыхания и пульсоксиметрии.

Результаты: по данным СМАД среднесуточное систолическое артериальное давление снизилось на 10,9% ($p<0,01$), диастолическое – на 6,9% ($p<0,01$), а также нормализовались показатели вариабельности сердечного ритма. При оценке параметров ХМ-ЭКГ произошло статистически значимое уменьшение количества суправентрикулярных экстрасистол – на 94,5% ($p<0,01$), и желудочковых экстрасистол – на 74% ($p<0,01$), ЧСС снизилась на 16,2% ($p<0,01$). Параметры функции внешнего дыхания на фоне лечения изменились следующим образом: объем форсированного выдоха за 1 сек. и индекс Тиффно увеличились на 5,8% и на 3,4% соответственно. Изменения были недостоверны. В суточной пульсоксиметрии отрицательной динамики не наблюдалось: минимальная и максимальная сатурация увеличились на 1%, индекс десатурации уменьшился на 2%. Изменения были статистически незначимы.

Выводы: препарат продемонстрировал хороший антигипертензивный и антиаритмический эффект. Параметры функции внешнего дыхания и пульсоксиметрии статистически достоверно не изменились, что свидетельствует о безопасности применения бисопролола у больных с ХОБЛ.

553 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Пальцева А.Е., Кожевникова О.В., Рахимова А.Н.
У РАМН Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

Адаптация новорожденных и детей раннего возраста к внеутробному существованию крайне сложна и требует тщательного контроля за всеми жизнеобеспечивающими системами, в том числе и сердечно-сосудистой системой. Данные рутинной ЭКГ не всегда показательны для диагностики типа и тяжести нарушений ритма сердца.

Цель: анализ результатов Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ) у детей до 3 лет.

Материалы и методы. Нами было обследовано 20 детей от 20 дней до 3 лет. Основным методом исследования было ХМ ЭКГ, которое проводилось на 3-канальных регистраторах Oxford AR-4 и FD-5 с использованием адаптированных детских электродов с последующей обработкой записи на дешифраторе Oxford Medilog Optima (Великобритания). 16 детей (80%) были первично направлены кардиологом при выявлении аускультативно или на ЭКГ нарушений ритма в виде тахи- и брадиаритмии, экстрасистолии, феномена WPW. 4 детей (20%) были с уже установленными нарушениями ритма для проведения повторного обследования.

Результаты. По данным ХМ ЭКГ у 5 (25%) не было выявлено серьезных нарушений ритма и они не нуждались в дальнейшем наблюдении. У 68% детей обратившихся впервые были выявленные нарушения ритма сердца, требующие дальнейшего наблюдения и лечения. У 8 детей (40%) зафиксированы различные гетеротопные нарушения ритма: у 4 (20%) – узловая парасистолия; у 2-х (10%) – желудочковая парасистолия; у 1-го – предсердная экстрасистолия; у 1 ребенка на ХМ ЭКГ отмечались полиморфные желудочковые экстрасистолы. У 5-ти детей (20%) выявлено нарушение функции синусового узла. У 2- х детей (10%) – феномен WPW. 4 детям с узловой парасистолией исследование проводилось в динамике 2-3 раза для контроля проводимого лечения (все получали препараты Mg, ноотропную и метаболическую терапию). У всех детей количество парасистол уменьшилось на 5-20% при контрольном исследовании.

Выводы: У 68% детей обратившихся впервые были выявленные дизритмии, среди которых преобладали гетеротопные нарушения ритма сердца и нарушения функции синусового узла. Наиболее часто отмечалась узловая парасистолия. Таким образом, ХМ ЭКГ является доступным и информативным методом диагностики нарушений сердечного ритма у детей до 3 лет и позволяет контролировать лечение.

554 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ АРИТМИЙ И БЛОКАД У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Пальшина А.М., Сивцева И.А., Филиппова Е.В., Худайназарова К.А.
ФГАОУ ВПО "Медицинский институт Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова", Республиканская больница №3, Якутск, Россия

Актуальность. В России и в Республике Саха (Якутия) ведущей причиной смерти остаются болезни системы кровообращения. Одним из основных патофизиологических механизмов смерти от сердечнососудистых заболеваний (около 50%) являются нарушения ритма и проводимости сердца.

Цель. Изучение частоты жизнеугрожающих нарушений ритма и проводимости у больных хроническим бронхитом в стадии обострения старшей возрастной группы методом 24-часового мониторирования ЭКГ.

Объекты и методы исследования. Ретроспективное изучение результатов суточного мониторирования ЭКГ у больных хроническим бронхитом в стадии обострения, проходивших лечение в стационаре №1 РБ№3 МЗ РС (Я) за период с 2008г по 2010г. В группу исследования включены 45 пациентов с хроническим необструктивным бронхитом, 2 пациента с хроническим обструктивным бронхитом. Из них 17 женщин, в возрасте от 52 до 89 лет, средний возраст 67,1±3,4; мужчин- 30, в возрасте от 50 до 78 лет, средний возраст 64,4±3,4. Курильщики составили 23,4%, из них 63,6% -мужчины, 36,4% – женщины.

Результаты. По нашим данным, в группе исследуемых были выявлены следующие суправентрикулярные нарушения ритма. Выраженная синусовая брадикардия менее 40 ударов в минуту составила 12,7%, регистрировалась у 13,3% мужчин и 11,7% женщин. Остановка синусового узла до 2000 мсек – у 8,5%. Среди мужчин данная патология выявлена в 6,6%, среди женщин в 11,7% случаев. Парная суправентрикулярная экстрасистолия (СВЭС) установлена у 53,2% больных: у 50,0% мужчин и 58,8% женщин. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия (СВТ) регистрировалась у 23,4%, среди мужчин этот вид аритмии составил 10,0%, среди женщин – 47,0%. Фибрилляция предсердий (ФП) выявлена у 12,7% больных, у мужчин в 16,6% случаев, у женщин в 5,8%. Среди желудочковых аритмий больший процент составили парные желудочковые эстрасистолы (ЖЭС)-19,1%, которые регистрировались у 26,6% мужчин и 5,8% женщин. А также полиморфные ЖЭС, составившие 19,1%; 26,6% у мужчин и 5,8% у женщин. Пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ) регистрировалась только у мужчин и составила 2,1%. АВ-блокада 2-й степени выявлена у 6,4% обследованных: 4,2% мужчин и 2,1% женщин. АВ-блокада 2-й степени типа Мобитц I составила 2,1%, типа Мобитц II – 4,2%. Сложные нарушения ритма были представлены синдромом слабости синусового узла (СССУ), который составил 6,4%. Выявлено 3,3% мужчин с данным синдромом и 11,7% женщин.

Выводы. Исследование показало, что среди пациентов старшей возрастной группы с обострением хронического бронхита у мужчин чаще регистрируются желудочковые угрожающие жизни аритмии, в том числе пароксизмальная ЖТ, которая является предиктором трепетания и фибрилляции желудочков. У женщин чаще наблюдаются наджелудочковые аритмии и комбинированные нарушения ритма и проводимости – СССУ.

555 МАРКЕРЫ РАННИХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Панина А.В., Пучиньян Н.Ф., Довгалевский Я.П., Долотовская П.В., Малинова Л.И., Фурман Н.В.

ФГУ “Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии” Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь между определяемым уровнем д-димера плазмы крови и развитием ранних тромботических осложнений после проведения тромболитической терапии у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. В исследование были включены 34 пациента (29 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 38 до 60 лет (средний возраст 58,4±8,9 лет) с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, которым проводилась тромболитическая терапия на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи.

Всем пациентам проводилась терапия согласно международным и национальным рекомендациям по лечению больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST. Всем пациентам проводилась тромболитическая терапия.

Всем пациентам, включаемым в исследование, проводилось стандартное клиническое обследование: электрокардиография, биохимическое исследование крови (включавшее анализ уровня кардиомаркеров TnI и КФК-МВ, глюкоза, креатинин), общий анализ крови, исследование системы гемостаза (фибриноген, антитромбин 3, протромбиновый индекс, фибринолитическая активность), допплерЭхоКГ.

У всех пациентов определялся уровень д-димера плазмы крови количественным методом в первые 24 часа от момента развития ангинозного приступа.

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от уровня д-димера через 24 часа. 1-ую группу составили пациенты (17 пациентов), у которых уровень д-димера был ниже 2000 мкмоль/л, 2-ая группа – 17 пациентов, с сохраняющимся повышенным (выше 2000-2500 мкмоль\л) значением д-димера. Период наблюдения за пациентами составил 35,4±6,2 дней.

В качестве анализируемых осложнений были выбраны случаи повторных тромботических осложнений, кровотечение, формирование в дальнейшем хронической сердечной недостаточности.

Результаты. Было зарегистрировано 3 летальных исхода в первые 7 суток после поступления (8%). В 1 группе пациентов была 1 смерть (5,8%) (по данным патологоанатомического исследования диагностирован разрыв миокарда). Во 2-й группе зафиксировано 2 смерти (11,7%), причем причиной смерти в обоих случаях стал развившийся рецидив инфаркта миокарда. Также у пациентов 2 группы было зафиксировано еще 2 случая рецидива инфаркта миокарда (нелетальных). Случаев кровотечения среди обследованных пациентов не было.

Выводы. Таким образом, сохраняющийся повышенный уровень д-димера у пациентов после проведенного тромболизиса ассоциируется с более высокой частотой тромботических осложнений.

556 ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕДМИЛ ТЕСТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Панкова И.А., Реева С.В., Малев Э.Г., Земцовский Э.В.

ФГУ “ФЦ СК и Э им В.А. Алмазова” Минздравсоцразвития России, Санкт Петербург, Россия

Наиболее распространенными наследственными нарушениями соединительной ткани у лиц молодого возраста являются первичный пролапс митрального клапана (ПМК) и марфаноидная внешность (МВ). Считается, что у пациентов с ПМК ниже толерантность к физической нагрузке (ТФН), чаще регистрируются нарушения ритма сердца (НРС). Вопросы о ТФН и частоте НРС при МВ и у лиц с системным вовлечением соединительной ткани (СВСТ) ранее не изучались.

Цель: оценить ТФН у лиц молодого возраста с ПМК и МВ, выявить вклад СВСТ в развитие нарушений функции кардиореспираторной системы.

Материалы и методы. Обследовано 125 человек (студенты СПбГПМА и пациенты ФЦ СКиЭ им. В.А. Алмазова (возраст 20±2 лет) – 52 девушки (41,6%) и 73 юноши (58,4%). Проведено антропометрическое, фенотипическое и эхокардиографическое исследования, тредмил – тест по протоколу Bruce.

Результаты: ПМК выявлен у 26 человек (20,8%) с равной частотой у юношей 15 (57,7%) и девушек 11 (42,3%). МВ у 35 человек (28%), преимущественно юношей (89%). Для исключения гендерных различий сформированы 3 группы юношей: ПМК-15, МВ – 30, контроль -22 человека. Кроме того, из групп ПМК и МВ сформирована группа лиц с признаками СВСТ (13 человек). ТФН в группах ПМК и МВ была несколько ниже, чем в контроле (10,8±2 МЕТ, 11,4±3 МЕТ и 12,4±3

МЕТ соответственно, p>0,05). Время восстановления ЧСС в группах ПМК (7,1±2, p=0,02) и МВ (8,4±3 p=0,0005) было выше, чем в контроле (6,8±1). В группе МВ медленнее восстанавливалось АД (7,2±1,7 и 6,5±1 p=0,0005). НРС были представлены одиночными предсердными и/или желудочковыми экстрасистолами. В группе МВ они зарегистрированы у 6 человек (20%), в группе ПМК у 5 человек (33,3%), в группе контроля у 1 человека (4,5%), различие достоверно, p<0,05. Обращало внимание, что в покое НРС регистрировались только у лиц с МВ, в том числе сохраняясь при нагрузке и в восстановительном периоде (ВП). В группе ПМК и контроле НРС зарегистрированы только при нагрузке и в ВП. У 13 пациентов с признаками СВСТ ТФН была значимо ниже (10,4 МЕТ p=0,04), чем в контроле (11,9 МЕТ), оставаясь достаточно высокой, а исходная ЧСС – существенно выше (101,3±16,7 и 87,3±8,7, p=0,01), что свидетельствует о преобладании симпатических влияний, свойственном лицам со слабостью соединительной ткани.

Выводы. У лиц молодого возраста с ПМК и МВ при сравнении с контролем выявлена тенденция к снижению ТФН. Замедленное восстановление ЧСС и АД у этой группы пациентов свидетельствует о снижении адаптационных возможностей. Значимое снижение ТФН отмечено у лиц с признаками системного вовлечения соединительной ткани. НРС во время физической нагрузки и в ВП особенно характерно для лиц с ПМК.

557 ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ МАКРО- И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Панченкова Л.А., Майчук Е.Ю., Бычина Е.С.
МГМСУ, Москва, Россия

Актуальность. Одним из серьезных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является висцеральное ожирение, которое приводит к формированию метаболического синдрома (МС). Гемодинамическое влияние артериальной гипертензии (АГ) на сосудистую стенку в сочетании с нарушением функции эндотелия и реологических свойств крови, приводят к ремоделированию разных отделов сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между макро- и микроциркуляторными нарушениями у больных АГ в рамках МС.

Материалы и методы: обследовано 80 пациентов АГ: в 1-ую группу выделено 36 больных АГ (средний возраст 49,8±1,6 лет), во 2-ую группу – 44 больных АГ в рамках МС (средний возраст 48,7±1,6 лет). Контрольную группу (КГ) составили здоровые лица в количестве 25 человек. Всем больным проводилось исследование показателей артериального давления, сердечной деятельности, сосудистых показателей с применением метода объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) на аппарате АПКО-8-РИЦ-М (ООО "Восточно-Европейские технологии", Россия). Комплексно и одновременно было обследовано 14 больных АГ и 25 больных АГ в рамках МС, у которых методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) определяли состояние микроциркуляции на аппарате ЛАКК-01 (НПП "Лазма", Россия).

Результаты исследования: у больных АГ в рамках МС по сравнению со здоровыми лицами выявлено увеличение таких показателей, как минутный объем (МО) (5,7±0,1 л/мин по сравнению с 4,8±0,1 л/мин в КГ), ударный объем (УО) (82,8±3,3 мл по сравнению с 71,0±4,1 мл в КГ), скорость пульсовой волны (СПВ) (7,1±0,1 м/с по сравнению с 6,5±0,2 м/с в КГ), отношение фактического удельного периферического сопротивления сосудов к расчетному УППСф/УППСр (109,6±2,7% по сравнению с 98,1±1,8% в КГ), что указывает на преобладание гиперкинетического типа кровообращения и повышение сосудистой жесткости у данной группы больных. При сравнении показателей микроциркуляторного русла в группах АГ и АГ с МС отмечалось более выраженное ремоделирование мышечных компонентов стенки микрососудов у больных с МС, о чем свидетельствует достоверное уменьшение показателя миогенной активности вазомоторов (AmaxLF/M,%) (22,04±5,5 в группе АГ против 19,39±2,1 в группе МС). У больных АГ с МС также выявлено значительное снижение эластичности сосудистой стенки, на что указывают показатели пульсовых колебаний (AmaxCF/ЗСКО,%), которые были достоверно выше, чем в группе АГ (11,4±2,6 в группе АГ против 14,7±1,1 в группе МС).

Выводы. Комплексный подход к исследованию макро- и микрососудистого русла позволяет получить объективную информацию о состоянии гемодинамики. У больных АГ в рамках МС выявлены достоверные изменения, указывающие на увеличение показателей жесткости сосудистой стенки как со стороны макро-, так и со стороны микроциркуляторного русла.

558 ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ КВИНАПРИЛОМ И ТЕЛМИСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Партигулова А.С., Наумов В.Г., Казначеева Е.И., Косенков Е.И., Орлова Е.М., Карпов А.М., Масенко В.П., Кухарчук В.В.
РКНПК МЗ и СР РФ, Москва, Россия

Цель: сравнить влияние терапии квинаприлом и телмисартаном на концентрацию в крови маркеров воспаления (С-реактивного белка и интерлейкина-6), а также матриксной металлопротеиназы-2 и ее тканевого ингибитора у больных ИБС до и после коронарного стентирования.

Материалы и методы: обследовано 54 больных ИБС, которым проводилось коронарное стентирование, после чего назначали квинаприл в суточной дозе 20 мг (28 больных, 1-я группа) или телмисартан в суточной дозе 40 мг (26 больных, 2-я группа). Больные в обеих группах в 100% случаев получали аспирин, клопидогрель и статины. Средний уровень общего холестерина составил 4,5±1,2 ммоль/л в группе квинаприла и 4,4±1,1 ммоль/л в группе телмисартана. Концентрацию СРБ, ИЛ-6, ММП-2, ТИМП-2 в сыворотке крови определяли до, на 2-е сутки после коронарного стентирования и через 6 месяцев терапии квинаприлом или телмисартаном.

Результаты: до коронарного стентирования уровень СРБ и ИЛ-6 в сыворотке крови в 1-й группе составил 2,2±1,8 нг/мл и 3,2±2,9 пг/мл, во 2-й группе 2,6±2,3 нг/мл и 2,6±2,2 пг/мл соответственно. После коронарного стентирования уровни СРБ и ИЛ-6 возрастали в первой группе до 5,09±3,90 нг/мл (p<0,0001) и 4,89±4,49 пг/мл (p=0,0002), во второй группе до 4,78±3,49 нг/мл (p=0,0008) и 3,30±2,40 пг/мл (p=0,235). Через 6 месяцев после назначения квинаприла или телмисартана концентрация СРБ и ИЛ-6 в 1-й группе снижалась до 1,63±1,61 нг/мл (p=0,009) и 2,12±1,63 пг/мл (p=0,007), во 2-й группе до 1,29±1,17 нг/мл (p=0,002) и 1,62±1,05 пг/мл (p=0,09) по сравнению с исходными показателями.

До коронарного стентирования уровень ММП-2 и ТИМП-2 в сыворотке крови больных 1-й группы составил 162,3±27,2 нг/мл и 63,3±8,1 нг/мл, во 2-й группе 147,5±32,9 нг/мл и 63,8±9,6 нг/мл соответственно. После коронарного стентирования эти показатели практически не изменялись. Через 6 месяцев после назначения квинаприла или телмисартана концентрация ММП-2 и ТИМП-2 в 1-й группе возрастала до 186,10±33,32 нг/мл (p=0,000017) и 75,05±12,70 нг/мл (p=0,0002), во 2-й группе до 163,68±33,53 нг/мл (p=0,002) и 79,44±14,43 нг/мл (p<0,0001) соответственно, по сравнению с исходными показателями. Достоверных различий в изменении показателей между группами не выявлено.

Выводы. Таким образом, применение квинаприла и телмисартана у больных ИБС оказывает противовоспалительное действие, приводя к снижению в крови концентраций СРБ

и ИЛ-6, а также влияет на внеклеточный матрикс, увеличивая содержание в крови ММП-2 и ее тканевого ингибитора.

559 НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА МЕТОДА РАДИОЧАСТОТНОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ АГ

Пекарский С.Е., Варваренко В.И., Винтизенко С.И., Мордовин В.Ф., Крылов А.Л., Рипп Т.М., Афанасьева Н.Л., Веснина Ж.В., Антонченко И. В., Попов С.В.

НИИ Кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: независимая оценка эффективности и безопасности катетерной радиочастотной симпатической денервации почек (РЧ СДП) у пациентов с резистентной эссенциальной АГ.

Методы. В исследование включались пациенты отвечавшие следующим критериям:1) длительный (более 2-х лет) анамнез неэффективной комбинированной терапии АГ, 2) диагноз эссенциальной АГ по данным расширенного обследования, 3) АД выше целевого уровня на фоне постоянного приема 3-х и более препаратов, 4) письменное информированное согласие на проведение нового метода лечения. Процедура РЧ СДП проводилась в соответствии с опубликованным описанием (4-6 точечных аппликаций РЧ энергии на внутреннюю стенку почечной артерии (ПА) в режиме контроля температуры с предельным значением 50 С, максимальной мощностью 8 ватт, длительностью 2 мин.).

Эффективность метода оценивалась с помощью повторного амбулаторного мониторирования АД (АМАД), безопасность – с помощью повторной допплерографии ПА, сцинтиграфии почек, оценки уровня креатинина сыворотки (СКФ по формуле MDRD), белка и форменных элементов в моче через 1 нед., 6 и 12 мес. после вмешательства. После включения в исследование более 25 пациентов выполнен промежуточный анализ. Проанализированы данные 24 пациентов ч/з 1 нед после вмешательства, когда пациенты возвращались к нормальной активности, и 10 пациентов – через 6 мес.

Результаты. Через 1 неделю после проведения РЧ СДП на фоне нормальной амбулаторной активности снижение АД в среднем по группе составило: средне-суточное -14/-10 мм рт.ст., средне-дневное -15/-10 мм рт.ст., средне-ночное -9/-6 мм рт.ст. (в отдельных случаях более чем -45/-25). Показатели ЧСС практически не изменились. Пациенты продолжали получать фармакотерапию в том же объеме за исключением случаев, когда низкий уровень АД требовал коррекции лечения (в 1-м случае терапия была отменена полностью).

Ни в одном случае не было выявлено признаков поражения почечных артерий в результате РЧ воздействия или нарушения функции почек. В 4-х случаях пункция бедренной артерии осложнилась гематомой, которая была купирована с помощью дополнительной компрессии места пункции. В отдаленный период снижение АД в среднем по группе составило: средне-суточное -10/-7 мм рт.ст., средне-дневное -12/-10 мм рт.ст., средне-ночное -6/-4 мм рт.ст. (САД/ДАД, соответственно) по сравнению с исходным, что свидетельствует о сохранении хорошего гипотензивного эффекта в данной группе пациентов с резистентной АГ. Также не было выявлено неблагоприятных изменений почечных артерий и функции почек.

Вывод. Метод РЧ СДП позволяет безопасно и устойчиво снизить АД у пациентов резистентной АГ.

560 ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК – ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Пелло Е.В., Малютина С.К., Симонова Г.И., Никитин Ю.П.

Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: Известно, что в кардиоренальном континууме лидирует роль общности комбинативных механизмов развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний и хронической болезни почек. Таким образом, основным мотивом раздела становится необходимость уточнения связи АД с почечной дисфункцией.

Материал и методы: Обследовали пациентов в рамках проекта EPOGH (n=300). Проводили суточное мониторирование АД, вычисляли пульсовое АД (ПАД), клиренс креатинина оценивали альтернативными методами по пробе Реберга-Тареева (Кк) и по формуле Кокрофта-Гаулта (Ккр), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по 4-вариабельной MDRD.

Результаты: Признанный ренессанс кардиоваскулярных заболеваний и нарушения функциональной способности почек детерминирован индукцией каскада дискретных нейрогуморальных и структурно-функциональных изменений, сопряженных с влиянием многих факторов, в их числе наиболее регулируемыми являются колебания уровня АД, способствующие ускользанию гемоциркуляторной инертности, дополнительно возраст рассматривают как ключевой предиктор интерполяции патологии. Согласно рутинной клиренсовой методике не выявили показательных ассоциаций Кк с АД, с использованием расчетных формул обнаружили отрицательную связь Ккр с клиническим ПАД (r=-0,177, p=0,002) и интригующее превосходство обратной взаимосвязи СКФ с “клиническим” САД (r=-0,249, p<0,001) и ДАД (r=-0,232, p<0,001), “домашним” САД (r=-0,230, p<0,001) и ДАД (r=-0,263, p<0,001), 24-часовым САД (r=-0,114, p=0,049) и ДАД (r=-0,181, p=0,002), дневным ДАД (r=-0,119, p=0,040), ночным САД (r=-0,136, p=0,019) и ДАД (r=-0,213, p<0,001), “клиническим” ПАД (r=-0,185, p=0,001). Включив возраст в парциальный корреляционный анализ, установили позитивную ассоциацию Кк с дневным САД (r=0,128, p=0,037) и ДАД (r=0,121, p=0,049). Существенными преимуществами обладала прямая связь Ккр с “клиническим” САД (r=0,202, p<0,001) и ДАД (r=0,327, p<0,001), “домашним” САД (r=0,188, p=0,001) и ДАД (r=0,240, p<0,001), 24-часовым САД (r=0,222, p<0,001) и ДАД (r=0,184, p=0,001), дневным САД (r=0,213, p<0,001) и ДАД (r=0,154, p=0,008), ночным САД (r=0,214, p<0,001) и ДАД (r=0,184, p=0,001), 24-часовым ПАД (r=0,151, p=0,009), дневным ПАД (r=0,168, p=0,004) и ночным ПАД (r=0,142, p=0,014). Отслеживая потенциальное влияние инициирующего фактора, идентифицировали положительную взаимосвязь СКФ с 24-часовым САД (r=0,121, p=0,037), дневным САД (r=0,139, p=0,017), 24-часовым ПАД (r=0,139, p=0,017) и дневным ПАД (r=0,165, p=0,004).

Выводы: Сравнивая несколько методов верификации состоятельности почек в настоящем исследовании, принципиально важно отметить несколько моментов. Во-первых, предпочтение действительно отдается наиболее информативным оригинальным расчетным формулам. Во-вторых, полученные многообещающие данные правомерно позволяют констатировать приоритетность возраста как фактора, модифицирующего кардиоренальные взаимоотношения. В-третьих, вероятно, каждый метод обладает своей уникальностью, применим в разных клинических ситуациях, подчеркивая дифференцированный подход к эффективной оценке функции почек, требует дальнейшей тщательной трактовки.

561 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Перевалова Е.Б., Муха Н.В., Соколова Н.А., Радаева Е.В., Рудзит С.В., Даньшова М.С.

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель: изучить распространенность хронической болезни почек (ХБП) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), оценить безопасность применения блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у данной группы пациентов.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ 179 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в отделении кардиологии МУЗ "ГКБ №1" г. Читы за 2010 год с ХСН II-IV функциональными классами, средний возраст которых составил 51±12 лет, количество мужчин и женщин было примерно одинаковым (55,3% и 44,7%, соответственно). Длительность течения ХСН составила в 6,7% случаев менее 1 года, в 36,9% – от 1 до 5 лет, в 56,4% – более 5 лет. Наиболее частыми причинами ХСН были сочетание ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии (74,9%), гипертоническая болезнь – у 11,7% больных, некоронарогенные заболевания миокарда и пороки сердца – у 13,4% пациентов. В 14,5% случаев был выставлен диагноз хронического латентного пиелонефрита по данным ультразвукового исследования почек. У 10% пациентов имелся сахарный диабет без указания в диагнозе диабетической нефропатии. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD с применением электронного калькулятора.

Результаты. Выявлено, что средний уровень СКФ у пациентов с ХСН составил 79,4±1,44 мл/мин/1,73 м^2, при этом СКФ, соответствующая нормальной функции почек (ХБП I стадии) зафиксирована только у 31% больных. Начальное (ХБП II стадии) и стойкое (ХБП III стадии) снижение СКФ встречались в 55% и 14% случаев, соответственно. При анализе терапии ХСН установлено, что до госпитализации 48% пациентов уже получали ингибиторы АПФ (иАПФ) или антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II), а 34% больным данные препараты были назначены впервые стационарно. Одновременно 15% пациентов также принимали антагонисты альдостерона. Исследование содержания калия сыворотки не проводилось в 55% случаев, а среди тех, кому уровень калия определялся, нормокалиемия зарегистрирована только у 44% больных.

Выводы: только у 31% пациентов с ХСН выявлена нормальная СКФ, а у 14% больных зафиксировано значительное снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м^2, что можно расценивать как формирование 2-го типа кардиоренального синдрома. Адекватный мониторинг терапии препаратами РААС с должным контролем креатинина и калия сыворотки проводится не в полном объеме, в связи с чем увеличивается риск прогрессирования ХБП.

562 КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Пермякова И.Н., Бакумцева Л.С., Стрельцова Е.Н.

ГОУ ВПО "Астраханская государственная медицинская академия" Минздравсоцразвития России, Астрахань, Россия

Цель исследования: ранняя диагностика кардиопульмональных нарушений у больных туберкулезом легких.

Методы исследования: 89 больных с различными формами туберкулеза легких. Обследуемая группа больных по формам туберкулеза распределилась следующим образом: очаговый туберкулез легких – 6, диссеминированный – 4, инфильтративный – 79 случаев. В зависимости от особенностей клинической ситуации пациенты находились на I-II В режиме химиотерапии.

Всем больным проводилось электрокардиографическое, эходопплеркардиографическое исследования.

Результаты исследования: анализ показал, что наиболее часто регистрировались изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ (зубец Т), характерные для дисметаболических нарушений миокарда, в то же время изменений интервала PQ и QT не отмечалось, что свидетельствует о сохранности проводящей системы миокарда.

При электрокардиографическом исследовании признаки хронического легочного сердца (прямые и непрямые) и легочной гипертензии ввиде P-pulmonale, гипертрофии правых отделов сердца с перегрузкой были выявлены лишь у 2 (2,2%) больных.

Анализ эхокардиографических исследований больных при поступлении выявил, что у подавляющего числа обследованных 76 (85,4%) морфометрические показатели левого желудочка были в пределах нормы, в единичных случаях отмечалась незначительная дилатация левого желудочка. Показатели центральной гемодинамики, свидетельствующие о нарушении сократительной способности миокарда (как систолической, так и диастолической), получено не было.

С целью верификации кардиопульмональных изменений оценивали следующие показатели: толщина передней стенки правого желудочка, диаметр полости правого желудочка, диаметр легочной артерии, градиент давления в легочной артерии. У 23 (25,8%) больных выявили утолщение передней стенки миокарда правого желудочка. Анализ полученных результатов исследования легочной артерии выявил увеличение ее диаметра у 3 (3,3%) больных. При эходопплерокардиографическом исследовании давление в легочной артерии было повышено у 23 (25,8%) больных. При этом преобладали пациенты с умеренной легочной гипертензией – 20 (86,9%) больных и лишь в 3 случаях уровень среднего давления в легочной артерии превышал 30 мм рт.ст.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют, что уже на ранних этапах развития туберкулезного поражения легких формируются кардиопульмональные нарушения, протекающие без ярких клинических проявлений. В связи с этим актуальным представляется разработка алгоритмов ранней доклинической диагностики и своевременной медикаментозной коррекции кардиопульмональных нарушений у больных туберкулезом легких.

563 АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОРОНАРНЫМ СТЕНОЗОМ

Петелина Т.И., Мусихина Н.А., Дементьева Н.В., Горбатенко Е.А., Лысцова Н.Л., Зуева Е.В., Зырянов И.П.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель работы: оценить уровень параметров липидного спектра и маркеров воспаления у пациентов с хронической формой ишемической болезни сердца (ИБС), проследить взаимосвязь с наличием гемодинамически значимого коронарного стеноза (ГЗКС).

Материалы и методы: в исследование включены 60 пациентов (мужского и женского пола). По данным КАГ выделены две группы – 1 группа (15 человек) больные ИБС с отсутствием и 2 группа (45 человек) больные ИБС с наличием гемодинамически значимого коронарного стеноза (ГЗКС – стеноз 75% и более просвета сосуда). По клиническому течению ИБС – II ФК стенокардии напряжения имели 14 (93%) и 30 человек (81%), Ш ФК – 1 (7%) и 15 (19%); инфаркт миокарда в анамнезе диагностирован у 7 (46%) и 16 человек (43%), соответственно. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, факту курения, наличию и стажу сопутствующей патологии: артериальная гипертония, сахарный диабет, дислипидемия и ожирение. Пациенты обследовались на фоне стандартной терапии, включающей дезагреганты, статины, ингибиторы-АПФ, β-блокаторы.

Пациентам проводили лабораторное обследование: определение липидного спектра- общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) и индекс атерогенности (ИА) на автоматическом биохимическом анализаторе "EOS-BRAVO" (Италия-Швеция) с использованием стандартных диагностических наборов и расчетных формул; параметров воспаления – интерлейкины – ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8, фактор некроза опухоли- α, гомоцистеин – твердофазным хемилюсцентным иммуноферментным методом на анализаторе IMMULITE 1000 (Siemens Diagnostic, США), высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ) иммунотурбидиметрическим методом реактивами "C-reactive protein hs" (BioSystem, Испания).

Результаты: между группами пациентов достоверной разницы по уровню воспалительных маркеров не выявлено. Отмечена тенденция к повышению уровня СРБ и ИЛ-6 во 2 группе больных. Определены различия между параметрами 1 и 2 групп по уровню ОХС (4,23±1,05 ммоль/л и 5,49±1,17 ммоль/л, p = 0,001), фракции ЛПНП (1,91±0,84 ммоль/л и 3,37±0,8 ммоль/л, p<0,001), значению ИА (3,59±7,16 и 5,38±1,74, p = 0,02), соответственно. Зарегистрирована положительная взаимосвязь наличия ГЗКС с уровнем ОХС (r = 0,45, p = 0,001), фракцией ЛПНП (r = 0,6, p<0,001), значением ИА (r = 0,4, p = 0,02).

Выводы: в группе больных ИБС с ГЗКС отмечена тенденция к повышению уровня воспалительных маркеров и достоверное повышение атерогенных параметров липидного спектра.

564 МОНИТОРИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА

Петрищева А.В.

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

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается серьезной проблемой российской кардиологии начала XXI века. Основной вклад в формирование данного синдрома вносят ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертония (АГ), которые являются лидерами кардиоваскулярной патологии нашего времени. Патоморфологический субстрат для формирования и прогрессирования ХСН составляет сердечно-сосудистое ремоделирование. Затормозить прогрессирование морфофункциональной перестройки поможет приверженность пациента к назначенной терапии и здоровому образу жизни. Одним их наиболее адекватных методов достижения этого являются Школы для пациентов с различной патологией, относящиеся к групповому профилактическому консультированию.

Цель: оценить динамику морфофункциональных нарушений миокарда, функционального класса (ФК) ХСН в течение года у пациентов, прошедших обучение в Школе Здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал: среди активно занимающихся в Школе здоровья кардиологического отделения МУЗ ГКБ №7 г. Перми через 1 год были приглашены на повторное обследование 55 человек (мужчин 20 человек (36,36%)), страдающих ИБС в сочетании с АГ. Средний возраст пациентов на момент первого исследования составил 60,29±6,29 лет. В течение года все пациенты сохранили достаточно хорошую приверженность к назначенному немедикаментозному и медикаментозному лечению, выявленную при повторном обследовании. Перед выпиской из стационара и через год для объективной оценки функционального состояния и морфологических изменений использовался тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) и эхокардиография (ЭхоКГ). Учитывая, что у всех пациентов, страдающих ИБС в сочетании с АГ, имеется диастолическая дисфункция, методом Эхо-КГ оценивалось состояние систолической функции миокарда: фракция выброса (ФВ), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индексы массы миокарда левого желудочка относительно площади тела (ИММЛЖ) и относительно роста пациента (ИММЛЖ/Р). Статистическая обработка проводилась при помощи статистического пакета STATISTICA 6,0.

Результаты: при первом обследовании средняя дистанция, пройденная в ТШХ, составила 433,69±109,10м, что соответствует I ФК ХСН. Через год отмечен прирост пройденной дистанции на 5,9% до 457,94±87,11м, что косвенно подтверждает выполнение пациентами рекомендаций по соблюдению режима физической активности, позволившему сохранить прежний функциональный класс ХСН. Сократительная способность ЛЖ на этом фоне, по данным ФВ, увеличилась на 3,6% с 58,97±6,44% до 61,11±6,52%. ММЛЖ снизилась в среднем на 4,7%: с 248,94±59,40г при первом обследовании до 235,70±69,00. Индексированные показатели ММЛЖ к площади тела и росту прореагировали более отчетливо: ИММЛЖ снизился на 7,7% до 126,66±37,23г/м², ИММЛЖ/Р на 5,9% до 86,12±26,57м/².

Заключение: на фоне сохранения приверженности к лечению, сохраненной после обучения в Школе Здоровья отмечена положительная динамика морфофункциональных изменений миокарда.

565 КОРОНАРНАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (КБС) И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ – АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА

Петрова А.В., Димов А.С.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель исследования. Выявить соотношение абсолютной недостаточности коронарных артерий (КА), величины ишемических проявлений и миокардиальной недостаточности у больных КБС с коморбидной кардиальной патологией.

Материал и методы исследования. Проведен сплошной анализ 1560 архивных историй болезни специализированного кардиологического отделения с заключительным диагнозом ИБС. Её форма в виде стабильной стенокардии (СтСт) фигурировала в 1165 случаях. В репрезентативную выборку из 156 случаев наблюдения вошли случаи, имеющие демонстративные клинические проявления в виде ангинального синдрома, комплексное инструментальное исследование, включая коронароангиографию (КАГ).

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнивались три группы: 1 – 27 больных с изолированной СтСт, 2 – 48 больных с сочетанием СтСт с АГ и ХСН, 3 – 81 больной, где КБС достигла конечной точки своего развития в виде окклюзии КА, т. е. с достоверным ИМ или ПИКС. Распределение по числу и тяжести случаев ХСН (по NYHA) было: 1,0±0,0, 3,0±1,0 и 3,5±0,6 балла (P_{1-2}<0,001, P_{2-3}<0,01 и P_{1-3}<0,001), а АГ – 1,0±0,0, 3,3±1,0 и 3,0±1,4 балла (P_{1-2}<0,001, P_{2-3}>0,05 и P_{1-3}<0,001), т. е. 2 и 3 группы статистически достоверно различались по числу случаев и степени ХСН, но не АГ. Рутинный метод оценки КАГ, в виде установления гемодинамически значимых стенозов КА (свыше 60%), нашел таковой в 1 группе 22 из 27 (81,5±8,3%) случая; во 2 группе – 43 из 48 (89,6±4,65%) случая; в 3 группе – 78 из 81 (96,3±2,09%) случая, Результаты оригинального метода оценки индекса недостаточности КА были: 1075,12±179,5, 957,72±100,11 и 1220,5±90,02 балла и также показали отсутствие достоверных различий. Число эпизодов ишемии по данным СМЭКГ было статистически значимо чаще во 2, чем в 3 группе: 4,7±1,8, 5,8±0,9 и 3,2±0,3 (P_{1-2}>0,05, P_{2-3}<0,01 и P_{1-3}>0,05); суммарное время ишемии миокарда было: 6,0±0,0, 25,6±8,7 и 8,0±2,5 мин (P_{1-2}<0,05, P_{2-3}>0,05 и P_{1-3}>0,05); ишемическая реакция по ВЭМ-пробе была в 25 (из 72) случаев или в: 1 из 4 (25±5,4%), 10 из 24 (41,6±10,03%) и 14 из 54 (25,9±5,96%) случаях и не имела статистически значимых отличий в группах. ФВ ЛЖ была: 65,63±1,65, 62,5±1,2 и 56,4±0,9% (P_{1-2}>0,05, P_{2-3}<0,001 и P_{1-3}<0,001); КСО ЛЖ (см^3): 49,6±1,8, 52,5±2,95 и 63,98±2,5 (P_{1-2}>0,05, P_{2-3}<0,01 и P_{1-3}<0,001); КДО ЛЖ (см^3): 137,8±3,3, 138,3±4,5 и 152,3±3,8 (P_{1-2}>0,05, P_{2-3}<0,05 и P_{1-3}<0,01); показатель DTE: 158,4±2,2, 162,8±2,9 и 165,9±2,6 миллисек (P_{1-2}>0,05, P_{2-3}>0,05 и P_{1-3}<0,05); минутный объем сердца: 5,7±0,1, 6,4±0,2 и 6,05±0,01 л (P_{1-2}<0,001, P_{2-3}<0,05 и P_{1-3}<0,05).

Заключение. Сочетание двух различных заболеваний усугубляет и преобразовывает их взаимно, представляя собой качественно новую, а не количественную сумму двух его форм. Во всех 3 группах примерно равные показатели коронарной недостаточности, более заметные ишемические поражения миокарда во 2 группе и наиболее значимые изменения показателей гемодинамики (ФВ, КСО, КДО, DTE) в 3 группе. Следует предполагать относительную независимость ("автономность") элементов патогенеза КБС (коронарная недоста-

точность, ишемия миокарда, миокардиальная недостаточность), что, возможно, связано с коморбидной патологией.

566 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Петрова М.Н.
МИ ФГАОУ ВПО "СВФУ им. М.К. Аммосова", Якутск, Россия

Цель. Изучить современное течение подагры в Республике Саха (Якутия) и патологию сердечно-сосудистой системы при этом заболевании.

Актуальность. В настоящее время подагра рассматривается как важная общемедицинская проблема, что связано с полученными данными о влиянии гиперурикемии (ГУ) на прогрессирование атеросклеротического поражения сосудов. ГУ является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому диагностика и лечение подагры, ГУ, а также осложнений заболевания являются актуальной проблемой терапии. Определенные трудности также возникают при подборе терапии пациентам с сопутствующей патологией АГ, ХСН, аритмией, атриомегалией.

Методы и пациенты. Заполнение анкет, разработанных в ГУ Институт Ревматологии РАМН для участия в межрегиональном, проспективном, исследовании по подагре, сроки выполнения 2007-2012гг. Дизайн исследования: анкетирование, лабораторные и инструментальные методы исследования, сбор и хранение сыворотки и синовиальной жидкости, заполнение электронной базы данных. Контингент обследованных больных пациенты, находящиеся на стационарном обследовании и лечении в ревматологическом отделении МУ "ЯГКБ".

Проводились обследования: клинический анализ крови; биохимический анализ крови (глюкоза, ЛПВП, ЛПНП, ХС, ТГ, креатинин, мочевина, мочевая кислота, общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, КФК); общий анализ мочи, суточный анализ мочи на креатинин, белок, мочевую кислоту; инструментальные исследования: рентгенографическое исследование дистальных отделов стоп, кистей, УЗИ почек.

Результаты. За 2007 год по данным отделения зарегистрировано 13 больных, все мужчины. У 8 человек вторичная подагра. Сопутствующая патология: АГ у 10 пациентов, ИБС у 2, СД, тип 2 у 1 больного, ХПН у 1, кардиоваскулярные катастрофы у 2.

В 2008 году 12 больных (10 мужчин, 2 женщины). У 7 человек вторичная подагра. Сопутствующая патология: артериальная гипертензия у 5 пациентов, ИБС у 5, СД, тип 2 у 1 больного, МС +ожирение у 1 женщины, нарушение толерантности к углеводам + ожирение у 1 мужчины, кардиоваскулярные катастрофы у 1.

За 2009 год 8 больных, все мужчины. У 7 человек вторичная подагра. Сопутствующая патология: АГ у 4 пациентов, СД, тип 2 у 1 больного. Ожирение – у 1 мужчины, МС – у 1 мужчины.

За 2010 год 6 больных, все мужчины. У 2 человек вторичная подагра. Сопутствующая патология: АГ у 3 пациентов, СД, тип 2 у 1 больного.

Выводы. В настоящее время исследование продолжается. Результаты будут использованы для уточнения особенностей течения подагры в Республике Саха (Якутия), создания рекомендаций по диагностике и лечению подагры, для обеспечения современной, адекватной, высокотехнологичной помощи таким больным.

567 ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Петров В.С., Якушин С.С., Иванова Г.О., Луканцова О.Б..
ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России, Рязань, Россия; ГУЗ РОККД, Рязань, Россия

Проблема хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) в настоящее время мало обсуждаема. Имеется мало работ, посвященных динамическому наблюдению за пациентами с ХРБС и оценке проводимой медикаментозной терапии.

Материалы и методы: нами обследовано 107 человек с диагнозом хроническая ревматической болезнью сердца (ХРБС). Средний возраст пациентов 57,56±0,98 года.

Проведена оценка динамики показателей ЭХОКГ, теста 6 мин ходьбы и данных опросников качества жизни за 5 лет. По результатам ЭХОКГ имело место только достоверное увеличение линейных размеров левого предсердия с 4,5±0,09см до 4,8±0,12см и уменьшение площади митрального отверстия с 2,26±0,04см^2 до 1,83±0,1см^2, а так же нарастание степени регургитации на трикуспидальном клапане с 1,67±0,08 до 2,08±0,17. Других достоверных изменений со стороны линейных размеров сердца, степени регургитации на клапанах и градиентов давления получено не было. Легочная гипертензия 42 человека (39,25%)

Пациенты по функциональным классам (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) распределились следующим образом: I ФК – 25,7%; II ФК – 45,7%; III ФК – 20,0%, IV ФК – 5,7% и динамики за 5 лет не наблюдалось. Сравнение результатов теста 6 мин ходьбы не выявило изменения в функциональном классе ХСН: 344,5±10,99 метров в начале исследования и 355,87±16,96 метра через 5 лет.

По данным опросника SF 36 не было достоверной разницы в физическом компоненте здоровья 31,59±1,02 до 32,47±1, 18 (через 5 лет) и психическом компоненте здоровья 38,85±1,67 до 35,85±1,04. А вот по результатам Миннесотского опросника достоверно нарастало количество баллов в течение 5 лет с 43,17±2,8 до 50,28±1,96.

Среди сопутствующих заболеваний следует отметить следующие: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) встречалось с частотой 4,7% (5 человек); диагноз стенокардия напряжения выставлялся 11 пациентам (10,28%), из них у 3 человек имел место инфаркт миокарда (2,8%); частота сахарного диабета – 6,5% (7 человек), инфекционного эндокардита – 1,9% (2 человека). Диагноз гемодинамическая стенокардия выставлялся у 11 человек (13,1%). Фибрилляция предсердий (ФП) выявлена у 45 пациентов: 37 – перманентная (34,58%) и 12 – пароксизмальная (11,21%) форма.

При оценке назначаемой терапии выявлена следующая частота назначения лекарственных препаратов: иАПФ – 73,3%, βАБ – 60,0%, сердечные гликозиды (дигоксин) – 62,7%, спиронолактон – 73,3%, петлевые диуретики (фуросемид) – 32%, аспирин – 63%, амиодарон – 7,4%, верапамил -4,6%.

Выводы: несмотря на прогрессирование изменений в сердце на протяжении 5 лет не происходит достоверного прогрессирования ХСН и ухудшения качества жизни на фоне проводимой стандартной медикаментозной терапии у пациентов с ХРБС.

568 ПАЦИЕНТЫ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Петров В.С., Якушин С.С., Кургузикова Е.П., Радченко Е.Н.
ГОУ ВПО РязГМУ Минздравсоцразвития России, Рязань, Россия; ГУЗ РОКБ, Рязань, Россия

Целью работы явилась оценка клинической и эхокардиографической картины у пациентов с ревматическими пороками.

Материалы и методы: нами обследовано 107 человек, находившихся с диагнозом хроническая ревматической болезнью сердца (ХРБС) в ревматологическом отделении кардиологического диспансера. Средний возраст пациентов 57,56±0,98 года; 27 (25,2%) мужчин и 80 (74,8%) женщин.

Результаты и их обсуждение: при изучении анамнеза установлено, что порок сердца в детском и подростковом возрасте выявлен у 43 пациентов (40,2%). У этих пациентов клиника острой ревматической лихорадки (ОРЛ) имела место только

у 35 пациентов, у 8 четких данных за ОРЛ не было, а отмечался шум в сердце, позволивший выявить порок сердца. У 10 человек порок сердца выявлен в возрасте 19-26 лет: у 7 человек была клиника ОРЛ, у 3-х пациенток выявлен шум в сердце во время беременности. У 54 человек (50,45%) в анамнезе не удалось выявить клинику ОРЛ, диагноз ХРБС был установлен в среднем в возрасте 47,26±1,5 года.

Причиной обращения этих пациентов к врачу в большинстве случаев была клиника ХСН (одышка при физической нагрузке, слабость) – 38 человек (70,4%), реже нарушения ритма сердца в виде фибрилляции предсердий – 5 человек (9,26%), боли в области сердца – 4 человека (7,4%), повышение артериального давления – 3 (5,56%) и обмороки – 2 (3,4%) пациента. И только у двух пациентов систолический шум был выявлен во время диспансерных осмотров.

Наиболее частыми жалобами пациентов с ХРБС являются: одышка 71,3±5,2%, сердцебиение 60,2±5,6%, кардиалгия 57,4±5,7%, перебои в работе сердца 58,3±5,7%, головные боли 57,4±5,7%, головокружение 52,8±5,8%, загрудинная боль 15,7±4,2%.

По данным ЭХОКГ наиболее частым вариантом порока была комбинация митрального и аортального стеноза в сочетании с недостаточностью митрального (МК), аортального (АК) и трикуспидального (ТК) клапанов – 36,8%, вторым по частоте был митральный стеноз с недостаточностью МК, АК и ТК – 27,6%, третьим по распространенности – недостаточность МК, АК (нередко в сочетании с недостаточностью ТК) – 21,1%, на четвертом месте оказался аортальный стеноз с недостаточностью АК и МК – 14,5%. В последних двух случаях диагноз ХРБС может быть дискутабельным. В этом случае приходиться косвенно опираться на "ревматический" анамнез и позднее выявление порока, однако, это не является гарантией правильности диагноза ХРБС. Недостаточность клапанов может иметь дегенеративный характер или являться врожденной патологией.В случае аортального стеноза основанием для постановки ХРБС может служить не только ревматический анамнез, но и ранее развитие порока в сравнении с пациентами с дегенеративным аортальным стенозом (как наиболее частой причиной аортального стеноза).

Таким образом, у половины пациентов с ХРБС заболевание устанавливается во взрослом возрасте, а наиболее частая причина, приводящая пациента к врачу – клиника ХСН.

569 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У СЛУЖАЩИХ "СЕВЕРО-КУЗБАССКОЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ"

Печерина Т.Б., Евсеева М.В., Жидкова И.И., Поправко А.А., Каштелап В.В., Барбараш О.Л.

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

Гиперхолестеринемия (ГХС) остается ведущим фактором сердечно-сосудистого риска здорового трудоспособного населения Российской Федерации. Действие этого фактора обусловливает высокую распространенность болезней органов кровообращения, связанных с атеросклерозом. Исходя из этого, основная задача современной профилактической медицины – своевременное выявление и коррекция факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у здоровых людей трудоспособного возраста для снижения социальных потерь. Большинство здоровых людей трудоспособного возраста не подозревают о наличии у них факторов сердечно-сосудистого риска.

Цель исследования: изучить распространенность гиперлипидемии у служащих крупного промышленного предприятия г. Кемерово – "Северо-Кузбасской энергетической компании" (СКЭК) для определения целевых групп первичной профилактики.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 118 добровольцев, служащих СКЭК, считающих себя абсолютно здоровыми, не имеющих в анамнезе ишемической болезни сердца, артериальной гипертензи, острых и транзиторных нарушений мозгового кровообращения и сахарного диабета. Из них 37(31%) мужчин и 81(69%) – женщины. Медиана возраста составила 41,0 (21,5; 63,0). Все обследуемые ранее не принимали гиполипидемическую терапию. С помощью аппарата экспресс-анализатора "CardioChek" проводилось определение уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов высокой плотности, триглицеридов. Из исследования исключались здоровые с высокими значениями холестерина вследствие несоблюдения рекомендаций преаналитического этапа обследования.

Результаты: в зависимости от возраста все обследуемые были разделены на 4 группы: первая группа (n=19) – до 30 лет; вторая группа (n=38) – 30-40 лет; третья группа (n=24) – 40-50 лет; четвертая группа (n=38) – старше 50 лет. Распространенность гиперхолестеринемии в общей группе наблюдения здоровых добровольцев составила 83,9% (n=99). Частота выявления гиперхолестеринемии увеличивается пропорционально возрасту обследуемых. В первой группе ГХС выявлена у 14 (73,7%) добровольцев; во второй у 29 (76,3%) служащих; в третьей группе у 20 (83,3%) работников СКЭК; в четвертой – у 36 (94,7%).

Выводы: выявлена высокая распространенность гиперхолестеринемии у служащих крупного промышленного предприятия г. Кемерово, считающих себя здоровыми, особенно в возрастной группе старше 50 лет. Именно в этой группе трудящихся необходимо максимально активное выявление и первичная профилактика модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска.

570 ОСОБЕННОСТИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ

Печерская М.С., Козловский В.И.

Медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

Цель. Оценить частоту и особенности патологических ортостатических реакций (ОР) у пожилых больных АГ II степени.

Материал и методы исследования. Обследовано 192 больных АГ II степени. I подгруппу составили 140 пациентов, возраст которых – 51,2±4,3 лет. Возраст 52 пациентов II подгруппы составил 70,6±3,4 лет. Активная ортостатическая проба (АОП) выполнялась натощак или через 1,5-2 часа после еды. Регистрировали изменения АД и ЭКГ. Всем пациентам проводилась медикаментозная терапия, включающая различные комбинации эналаприла 20-40 мг/сут, метопролола 50-100 мг/сут, индапа 2,5 мг/сут.

Результаты. В I подгруппе у 2 (4,5%) из 44 больных АГ с патологической АОП на ЭКГ зарегистрировано снижение ST более чем на 1 мм, у 3 (6,8%) пациентов – появление экстрасистол на 1-ой и 5-ой минутах вертикального положения.

Во II подгруппе у 3 (12%) из 25 больных АГ с патологическими ОР на ЭКГ зарегистрировано снижение ST более чем на 1 мм, у 3 (12%) пациентов – появление экстрасистол на 1-ой и 5-ой минутах вертикального положения, у 1 (4%) больного в вертикальном положении зарегистрирована атриовентрикулярная блокада I степени.

У 80 человек I подгруппы оценили ОР в 7-8, 11-12, 16-17 и 21-22 часа. Проведение АОП в утренние часы позволило выявить патологические ОР у 27 (33,7%) человек. При АОП в разное время суток выявлена ортостатическая гипотензия (ОГ) еще у 8 человек (всего у 35; 43,8%), постуральная тахикардия – у 3 больных (3,8%), ортостатическая гипертензия выявлена у 2 больных АГ (2,5%). ОГ у 23 пациентов зарегистрирована однократно, у 10 – во время двух измерений, у 1 – 3 раза в сутки, у 1 – во время всех измерений. Максимальное число случаев ОГ отмечали утром с 7 до 8 часов, наименьшее в 16-17 часов.

У 39 человек II подгруппы ОГ в утренние часы выявлена у 14 (35,9%) человек, в разное время суток еще у 4 (всего у 19;

48,7%), постуральная тахикардия – у 2 больных (5,1%). ОГ у 9 пациентов была зарегистрирована однократно, у 6 – во время двух измерений, у 4 – 3 и более раз в сутки. Максимальное число случаев ОГ регистрировали утром с 7 до 8 часов, наименьшее – в 16-17 часов.

На 7-11 сутки стационарного лечения в I подгруппе число патологических ОР уменьшилось до 22,1%. Отмечалась отчетливая тенденция к повышению частоты легких ортостатических реакций, число ортостатических реакций средней тяжести снизилось в 1,4 раза, тяжелые реакции не выявлялись.

У больных II подгруппы патологические ОР в конце стационарного лечения выявлены у 18 (34,6%) больных, что в 1,4 раза реже, чем в 1-2 сутки лечения (48%). 45% составили легкие ОР, что в 1,6 раза больше чем при поступлении, тяжелые ОР не выявлялись.

Выводы: У пожилых больных АГ II степени достоверно чаще регистрируются патологические ОР средней тяжести. У 27% пожилых больных АГ избыточные ортостатические реакции сопровождаются патологическими изменениями на ЭКГ.

571 РОЛЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ИНИЦИИРОВАНИИ СРЫВА РИТМА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Пилант Д.А., Лоллини В.А.

УЗ "Витебский областной кардиологический диспансер", УО "Витебский государственный медицинский университет", Витебск, Республика Беларусь

К непосредственным причинам срыва ритма у больных пароксизмальной формой МА (ПФМА) можно отнести ряд гемодинамических факторов, таких как систолическую и, менее изученную, диастолическую дисфункцию ЛЖ, а также митральную регургитацию.

Цель работы. Оценить изменение внутрисердечной гемодинамики у больных ПФМА и её роль в инициировании срыва ритма.

Материал и методы. Обследовано 80 больных с ПФМА (56,5±3,5г.). В качестве основного заболевания у 42 больных (54%) установлена АГ II-III ст., у 38 (46%) ИБС+АГ, из них 12 имели стенокардию I-II ФК. После восстановления синусового ритма больным проводилась ЭхоКГ на аппарате HD-11"Philips". Рассчитывали: фракцию выброса ЛЖ (ФВ,%), индекс диастолического объёма левого предсердия (ИДОЛП, мл/м²), фракцию изгнания ЛП (ФИЛП,%), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.), скорость раннего диастолического подъёма основания ЛЖ (Е'), соотношение скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ к Е' (Е/Е'). Расчет индекса митральной недостаточности (ИМН) проводился по методике Thomas L., Shiller NB. (1999). Анализ с помощью пакета программ STATISTICA 5.5.

Результаты. У 97% больных ПФМА (n=77) значение ФВЛЖ было ≥50% (в ср. 60,5±8,3%), что свидетельствовало о сохраненной систолической функции ЛЖ. Нарушение ДФЛЖ выявлено у всех больных и было представлено в следующей пропорции: нарушение релаксации ЛЖ (1-й тип) у 40 чел. (50%), псевдонормальный (2-й тип) у 37 чел. (46%), рестриктивный у 3 чел.(4%). В данных группах, по мере нарастания степени ДФЛЖ, отмечалось достоверное ($p<0,05$) снижение ФВ соответственно 65,9±7,3%, 55,9±4,2%, 44,6±2,3%. 1-й тип нарушения ДФЛЖ (нарушение релаксации) не вызывал трудностей в диагностике (Е/А 0,62±0,08; DT 238±18). В этой группе у большей части больных ИДОЛП не превышал верхней границы нормы (30±2,1 ml/м²), ФИЛП увеличена (79,2±4,0; $p<0,05$)., что указывало на повышение сократительной активности ЛП. У 23% больных регистрировалась МР 1-2 й ст. (ИМН 0,5±0,9). У больных ПФМА со 2-м типом нарушения ДФЛЖ отмечено: сочетание пика Е'<7 см/с и соотношения Е'/А' <1, а так же соотношение Е/Е' ≥13. В данной группе у больных ИДОЛП составлял в среднем 38±2,4 мл/м², что указывало на признаки гемодинамической перегрузки ЛП. В данной группе больных отмечено развитие ЛГ (СДЛА 32±3,6 мм рт.ст.). У 67% больных 2-й гр. исходно регистрировалась МР 1-3й ст. (ИМН 1,1±0,2). У 2 чел. ПФМА выявлен рестриктивный тип ДД ЛЖ. Кривая скоростей фиброзного кольца МК у больных с рестриктивным наполнением ЛЖ сопровождается дальнейшим снижением пиков Е' и А', а увеличение ИДОЛП (до 42±3,4 мл/м²) и СДЛА (до 36±3,6 мм рт.ст.), указывало на перегрузку ЛП и развитие ЛГ.

Таким образом у 97% обследованных больных ПФМА основным фактором, ассоциированным с МА, было нарушение ДФЛЖ, степень которой коррелировала с изменением ряда показателей структурно-функционального ремоделирования сердца: Е/Е' (r=0,86), Е/А (r=0,84), Ср.д.ЛП (r=0,8), ИДОЛП (r=0,78), СДЛА (r=0,72), ИМН (r=0,67); $p<0,05$

Выводы. У обследованных больных ПФМА важным патогенетическим механизмом возникновения и прогрессирования ПФМА являлся гемодинамический фактор, обусловленный диастолической дисфункцией ЛЖ и митральной регургитацией, приводящих к развитию сердечной недостаточности с сохраненной систолической функцией.

572 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТРЕСС-ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Пилант Д.А., Лоллини В.А.

УЗ "Витебский областной кардиологический диспансер", УО "Витебский государственный медицинский университет", Витебск, Республика Беларусь

Важную роль в прогрессировании процессов ремоделирования сердца у больных пароксизмальной формой МА (ПФМА) играет нарушение диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) и снижение его функционального диастолического резерва.

Цель исследования. Оценить у больных ПФМА нарушение ДФЛЖ и изменение функционального диастолического резерва при проведении стресс-ЭхоКГ и, а также их роль в прогрессировании данного заболевания.

Материал и методы. Обследовано 80 больных с ПФМА (56,5±3,5г.). В качестве основного заболевания у 42 больных (54%) установлена АГ II-III ст., у 38 (46%) ИБС+АГ, из них 12 имели стенокардию I-II ФК. После восстановления синусового ритма (спустя 1 месяц) у 67 больных проводилась стресс-ЭхоКГ. Использовался ВЭМ тест, педалирование в положении лежа, под контролем ЭКГ, начиная с нагрузки 25Вт с приростом 25Вт каждые 3 мин. Причиной прекращения теста была усталость в ногах (48%), одышка (36%). Ишемические изменения ЭКГ отмечены в 3-х, нарушения ритма в 5-ти случаях. По критерию переносимости нагрузки больные были разделены на 2 гр.: 1-ю гр. составили 40 человек с толерантностью к ФН (ТФН) более 75Вт; 2-ю гр.- 27 чел. (ТФН<75Вт). Рассчитывали: ударный индекс (УИ, мл/м²), фракцию выброса ЛЖ (ФВ,%), индекс диастолического объёма левого предсердия (ИДОЛП, мл/м²), фракцию изгнания ЛП (ФИЛП,%), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.), скорость раннего диастолического подъёма основания ЛЖ (Е'), соотношение скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ к Е' (Е/Е'). Индекс функционального диастолического резерва (ИФДР) рассчитывали по формуле: ИФДР=ΔЕ'×Е'исх. Анализ проводился с помощью пакета программ STATISTICA 5.5.

Результаты. У больных 1-й гр. при пороговой мощности ВЭМ 105±12Вт, прирост УИ составил в среднем 54%. В процессе нагрузки отмечено незначительное увеличение ИДОЛП на 8% ($p>0,05$) и повышение на 36% его фракции изгнания (ФИЛП 79±4,0; $p<0,05$). СДЛА 23±5,3 не превышало верхней границы нормы. Среднее значение ИФДР в 1-й гр. составило 22±5,2 усл.ед. У больных 2-й гр. при пороговой мощности ВЭМ 55±9 Вт ($p<0,05$) прирост УИ составил в среднем 17%.

В процессе нагрузки отмечено увеличение ИДОЛП на 30% (p<0,05), что не сопровождалось увеличением его фракции изгнания (ФИЛП 30±3,2 p>0,05). У всех больных 2-й гр. исходно отмечено нарушение ДФЛЖ, в 76% случаев регистрировался 2-й тип (псевдонормальный), а при стресс-ЭхоКГ отмечено нарастание рестриктивных тенденций и рост СДЛА до 36±4,8 (p<0,05). У этих больных отмечено снижение ИФДР 10±4,3 (p<0,05) и увеличение E/E' с 13,6±2,1 до 17,2±3,8, что указывало на повышение ДНЛЖ. У 3 чел. на высоте нагрузки зарегистрирована экстрасистолия, у 2-х больных срыв ритма (ПФМА). Результаты работы выявили наиболее тесную корреляционную связь между переносимостью физической нагрузки и величиной ИФДР (r=0,84; p<0,05). Отмечено так же, что у больных 2-й гр., чаще регистрировались приступы ПФМА (5,5±1,3 в год) в сравнении 1-й гр. (2,4±0,9 в год; p<0,05).

Выводы. Таким образом, у обследованной группы больных ПФМА снижение переносимости физической нагрузки при проведении стресс-ЭхоКГ (ТФН<75Вт) ассоциируется со снижением функционального диастолического резерва, что может способствовать возникновению рецидивов ПФМА.

573 СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пирогова Ю.Ю., Кузьмина Т.М., Рогозина Л.А.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Важной задачей в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является улучшение их клинико-функционального состояния.

Цель – изучить динамику клинико-функционального состояния больных с ХСН III-IV функциональных классов (ФК) на фоне рациональной фармакотерапии.

Методы исследования. Обследовано 60 пациентов с ХСН III-IV ФК на фоне ишемической болезни сердца. Больных с III ФК – 37 человек, с IV ФК – 23, средний возраст больных 64,1±9,17 лет. Клинико-функциональное состояние определялось исходно при госпитализации и в динамике на фоне лечения (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики, дигоксин, бета-адреноблокаторы, спиронолактон) через 6 месяцев. В качестве результатов лечения пациентов через 6 месяцев оценивалась динамика состояния в виде критериев "улучшение", "состояние без перемен", "ухудшение" и летальный исход. Основой первых трех перечисленных критериев являлся анализ динамики функционального состояния больных (ФК NYHA, тест 6-минутной ходьбы) и степени выраженности у них клинических симптомов ХСН (шкала, предложенная T. Ishiyama и соавторами).

Полученные результаты. Исходно выраженность клинических симптомов по шкале, предложенной T. Ishiyama и соавт. была 7 (4;14,5). На фоне лечения наблюдалась достоверная положительная динамика в плане уменьшения клинических проявлений ХСН: тяжесть ХСН в баллах составляла 3 (2;6) (p<0,01). На фоне лечения результаты теста 6-минутной ходьбы 298,5±86,5 м. За период наблюдения умерли 2 пациента (3% от общего числа больных в группе). Динамика ФК NYHA у выживших пациентов следующая: II ФК – у 29 пациентов (50%), III ФК – у 26 больных (45%), IV ФК – у 3 (5%). Улучшение ФК хотя бы на один ФК было у 45 пациентов (75% от общего количества больных), причем у 3 из них (6,7%) отмечалось улучшение ФК на два ФК. Ухудшение функционального состояния не было отмечено ни у одного пациента. Состояние без перемен – у 13 больных (22% от общего количества человек в группе).

Выводы. Таким образом, современная фармакотерапия больных с ХСН III-IV ФК значимо улучшает клинико-функциональное состояние пациентов, что способствует расширению их физических возможностей.

574 ОДИН ИЗ ВОЗМОЖНЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА

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

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы – определить роль и механизм действия активной энтеровирусной (ЭВ) инфекции в развитии кардиогенного шока.

Методы. Относительное количество антигенов энтеровирусов (ОКАЭВ) Коксаки B1-B6, ECHO 1-32, Энтеро 68-71 определялись в крови с помощью модифицированной реакции связывания комплемента у пациентов инфарктом миокарда (ИМ), осложненным кардиогенным шоком (64 чел.), разрывом миокарда (30 чел.), неосложненным ИМ (48 пациентов), нестабильной стенокардией (НС; 27 пациентов) и в ткани миокарда (94 пациентов) и коронарных артерий (24 больных) пациентов ИМ, умерших от кардиогенного шока и/или разрыва миокарда. В ткани миокарда 41 пациентов посмертно иммуногистохимически исследовались общий антиген капсида ЭВ-В VP1 и дистрофин. Методом ПЦР-ПДРФ анализа исследованы частоты -238G/A, -308G/A полиморфизмов гена фактора некроза опухоли А (TNFA; 89 пациентов), 1G/2G полиморфизма гена матриксной протеиназы 1 (MMP1; 97 пациентов), 5G/6G полиморфизма гена MMP3 (152 пациента) и Arg72Pro полиморфизма гена апоптоза TP53 (94 пациента).

Результаты. ОКАЭВ крови в группе больных ИМ, осложненным кардиогенным шоком (0,43±0,04 отн.ед.) и разрывом миокарда (0,40±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). В ткани миокарда 39 из 41 пациента ИМ, умерших от кардиогенного шока с наличием ЭВ инфекции обнаружен общий антиген капсида ЭВ В VP1 (0,48±0,12 оптич. пл.), что свидетельствовало об активной ЭВ инфекции. Окрашивание на дистрофин не обнаружено в зонах некроза миокарда, в то же время в ряде зон, прилежащих к некрозу, оно было скудным (на один +). Частоты полиморфных генов TNFA, MMP1, MMP3 и TP53 не ассоциировались с наличием ЭВ инфекции.

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

575 ДИНАМИКА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Плотникова Е.В., Миролюбова О.А., Антонов А.Б.

Северный государственный медицинский университет, МУЗ "Первая городская клиническая больница", Архангельск, Россия

Цель работы: исследовать динамику мозгового натрийуретического пептида (BNP) у пациентов после протезирования клапанов (ПК) сердца с искусственным кровообращением (ИК).

Материал и методы. 41 пациент, 22 (53,7%) женщины, 19 (46,3%) мужчин, средний возраст 54,0±10,7 года были оперированы в МУЗ "1-ая городская клиническая больница скорой

медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич", г.Архангельска. Кроме общепринятого обследования больным до операции ПК сердца с ИК и через 24 часа после кардиохирургического вмешательства определяли содержание NT-proBNP. Этиология порока сердца у 18 (43,9%) больных была ревматической, у 15 (36,6%) пациентов был инфекционный эндокардит (ИЭ), у 2 (4,9%) – склеродегенеративное поражение клапанов и у 6 (14,6%) человек – другие причины. Фракция изгнания левого желудочка (ФИ ЛЖ) до операции составила 57±10%. Операция на одном клапане выполнена 6 (14,6%) пациентам, одному больному – операция Бентала и одному – операция "Лабиринт", в остальных случаях – многоклапанное протезирование. 28 (68,3%) пациентам имплантирован механический протез, остальным – биопротезы, в том числе гомографты. Время ИК составило 144,4±40,0 минут. Математический анализ выполнен с помощью программы SPSS, версия 18. Данные представлены как M±SD или Me (Q25-Q75).

Результаты. Содержание NT-proBNP до операции составило 1147,0 (425,0; 5189,8 пг/мл), через 24 часа после ПК – 2569,0 (1704,0; 5844,0 пг/мл) различие оказалось достоверным (p=0,032). Через сутки после операции уровень NT-proBNP повысился. Дооперационный уровень NT-proBNP у мужчин и женщин отличий не имел (p=0,650), также как не было различий в содержании NT-proBNP у пациентов с различной этиологией порока (p=0,187), однако самый высокий уровень был у пациентов с ИЭ. ФИ ЛЖ до операции составила 57±10%, после операции – 59±11%, (p=0,276). Выявлена корреляционная связь между исходным уровнем NT-proBNP и креатинином сыворотки (rsp= 0,479; p=0,003), между pro-BNP и ФИ ЛЖ (rsp= -0,362; p=0,03). Самый высокий уровень NT-proBNP наблюдался у мужчины 60 лет, которому выполнена операция "Лабиринт" по поводу мерцательной аритмии, 20536 пг/мл до операции и 35000 пг/мл через сутки после хирургического вмешательства. У него развилась тяжелая степень острого повреждения почек в раннем послеоперационном периоде с потребностью в диализе, и наблюдалось снижение ФИ ЛЖ с 57% до операции до 46% – после. Постперикардиотомный синдром развился у 9 (22%) пациентов.

Заключение. Содержание NT-proBNP до операции ПК сердца с ИК у пациентов с тяжелыми клапанными пороками имело корреляционные связи ФИ ЛЖ и уровнем сывороточного креатинина. Через сутки после операции уровень pro-BNP увеличился. Самый высокий уровень NT-proBNP через 24 часа после операции наблюдался после вмешательства "Лабиринт", после которого в раннем послеоперационном периоде была острая почечная недостаточность с потребностью в диализе и отмечалось ухудшение систолической функции ЛЖ.

576 СЫВОРОТОЧНЫЙ ЦИСТАТИН С КАК МАРКЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Плотникова Е.В., Миролюбова О.А., Алексеева М.А., Моногарова Ю.Ю.

Северный государственный медицинский университет, МУЗ "Первая городская клиническая больница", Архангельск, Россия

Цель работы: оценить возможность использования сывороточного цистатина С в качестве маркера потребности в диализе и развития постперикардиотомного синдрома (ППТС) у пациентов после протезирования клапанов (ПК) сердца.

Материал и методы. В исследование был включен 41 пациент, мужчин – 19 (46,3%), средний возраст 54,0±10,7 года. Всем пациентам выполнено ПК в МУЗ "1-ая городская клиническая больница", г. Архангельска, 33 (80%) из них – вмешательство на 2-3 клапанах сердца. Дизайн: пациентам до операции и через 24 часа после ПК с искусственным кровообращением исследовали сывороточный креатинин (cKp.), цистатин С, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Учитывали потребность в заместительной почечной терапии (ЗПТ), развитие ППТС. Путем построения ROC-кривых определяли возможность прогнозирования потребности в диализе по динамике cKp. и цистатина С в пределах 24 часов после операции. Математический анализ выполнен с помощью программы SPSS, версия 17. Данные представлены как M±SD.

Результаты. Содержание cKp. через 24 часа после операции достоверно увеличилось по сравнению с исходным значением (85,5±24,7 vs. 116,7±34,6 мкмоль/л, p<0,001), а СКФ – снизилась (80,8±24,1 vs. 57,0±18,7 мл/мин/1,73м2, p<0,001). Содержание цистатина С до операции было 5,41±0,59 мг/л, через сутки после операции 5,15±1,06 мг/л; p=0,468). Выявлена корреляция между дооперационным уровнем цистатина С и весом пациентов (r=0,348; p=0,028). Было определено отношение послеоперационного содержания цистатина С к исходной его величине. К концу первых суток согласно классификации RIFLE у 26 (63,4%) пациентов не было признаков острого повреждения почек (ОПП), у 10 (24,4%) – определялась стадия риска и у 5 (12,2%) – была стадия повреждения, пациентов со стадией недостаточности ОПП не было. Однако спустя 48 часов у 3 (7,3%) пациентов наблюдалась ОПН с потребностью в ЗПТ. Путем построения ROC-кривых установлено, что в пределах первых суток после операции только отношение цистатина С через 24 часа после ПК к исходному уровню позволяет прогнозировать последующее развитие тяжелой степени ОПП с потребностью в диализе. Площадь под кривой 0,848 (95%ДИ 0,715-0,980), p=0,048. Фракция выброса (ФВ) до операции составила 0,57±0,10, после операции – 0,59±0,11, (p=0,276). ППТС развился у 9 (22%) пациентов, у них содержание цистатина С до операции было достоверно выше по сравнению с пациентами без этого осложнения (5,74±0,42 мг/л vs. 5,29±0,62 мг/л; p=0,014), Построена ROC-кривая (площадь под кривой 0,771 (95%ДИ 0,591-0,951), p=0,014), точка разделения – уровень цистатина С 5,45 мг/л; чувствительность 88,9%, специфичность 72,9%.

Заключение. Сывороточный цистатин С может быть использован в качестве раннего маркера осложнений после ПК сердца: развития тяжелой стадии ОПП с потребностью в диализе, для чего предлагается использовать отношение его содержания через 24 часа после операции к дооперационному уровню, и развития ППТС, вероятность которого выше при значении содержания цистатина С перед операцией более 5,45 мг/л.

577 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ 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,– отно-

шение 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 e 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.

578 ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА S-T В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Пляшешников М.А.
ГОУ ВПО АГМУ МЗ РФ, Барнаул, Россия

Цель. Провести анализ лечения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) без стойких подъемов сегмента S-T, госпитализированных в кардиологическое отделение ГУЗ Краевая клиническая больница г. Барнаула в 2009-2010 гг.

Методы. Проанализированы 63 истории болезни. Отмечалось общее число лекарственных средств (ЛС), сроки их назначения и отмены, дозировки.

Среди больных преобладали мужчины (65%), средний возраст составил 57,63±1,19 лет. 34 пациентам (54%) был установлен диагноз “Прогрессирующая стенокардия”, 15 (24%) – “Мелкоочаговый инфаркт миокарда”, 14 (22%) – “Впервые возникшая стенокардия”. 41 пациент (65%) ранее перенесли инфаркт миокарда. 53 пациента (84%) имели артериальную гипертензию (АГ). У 62 больных (98%) выявлены признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН), I ФК – у 15 пациентов (23%), II ФК – у 42 (67%) и III ФК – у 5 больных (8%).

Результаты. Среднее количество назначенных за период лечения препаратов составило 8,30±0,26. 19 человек (30%) получали 10 и более ЛС.

Аспирин получали 56 больных (89%), клопидогрел – 57 человек (90%). Гепарины применялись у 40 больных (63,5%), из них у 5 – нефракционированный гепарин и у 35 – эноксапарин. Бета-адреноблокаторы получали 62 пациента (98%), из них: бисопролол – 35 человек и метопролола сукцинат – 25 больных.

Статины получали 46 человек (73%). Наиболее часто назначали симвастатин (у 25 человек), 10 пациентов получали аторвастатин, 10 человек – розувастатин.

Антагонисты кальция получали 27 пациентов (43%), из них 25 больных – амлодипин и 2 человека – нифедипин пролонгированного действия.

Нитраты получали 46 больных (73%), ингибиторы АПФ – 50 человек (79%), блокаторы рецепторов ангиотензина II – 7 пациентов (11%), диуретики – 30 человек (48%). Омепразол получали 32 пациента (51%).

У 33 больных (52%) на фоне проводимой терапии приступов стенокардии не возникало. У 25 пациентов (40%) состояние было стабилизировано на уровне стенокардии напряжения 2-3 ФК. В 5 случаях (8%) из-за рецидивов ангинозных болей потребовался экстренный перевод больных в специализированное отделение для проведения балонной ангиопластики или стентирования коронарных артерий.

Выводы. Частота применения аспирина, клопидогрела, бета-блокаторов при лечении ОКС без подъема сегмента S-T, была высокой. Большая часть больных получала статины. Поскольку у многих пациентов уже был проведен курс терапии антикоагулянтами в районах Алтайского края, частота применения гепаринов составила только 63,5%. Нитраты применялись как симптоматические средства при стенокардии. Назначение ингибиторов АПФ, антагонистов кальция и диуретиков было необходимо при наличии АГ и ХСН. Омепразол использовался с профилактической целью при двойной антитромбоцитарной терапии.

На фоне лечения у большинства больных (92%) не было ангинозных приступов или произошла стабилизация состояния на уровне стенокардии II-III ФК.

Таким образом, проводимая терапия соответствует современным рекомендациям по лечению ОКС без подъема сегмента S-T. Эффективность консервативной стратегии лечения оказалась высокой.

579 ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Поддубная А.В., Евсина М.Г., Хурс Е.М.
Кафедра внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии Минздравсоцразвития России, ГОУ ВПО УГМА, Екатеринбург, Россия

Цель исследования: изучить особенности почечной гемодинамики и ремоделирования сердца и их взаимосвязь у больных с АГ в сочетании с СД 2 типа.

Материалы и методы: Произведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации 62 амбулаторных пациентов. Было сформировано 2 группы – группа 1 (n=30) – пациенты артериальной гипертензией (АГ) без нарушений углеводного обмена [16 мужчин, 14 женщин, средний возраст 57±7,02 лет, ср.АД 173±26,01/100±11 мм рт.ст., ЧСС 73±5,55 уд/мин, ИМТ 27 кг/м2] и группа 2 (n=32) – больные с АГ в сочетании с СД 2 типа [18 мужчин, 14 женщин, средний возраст 56±10,2 лет, ср.АД 154±21,28/94±8,19 мм рт.ст., ЧСС 80±11,73 уд/мин, ИМТ 33,9±4,76]. Проводилось ЭхоКГ исследование и УЗДГ сосудов почек на уровне ворот почек и интерлобарных ветвей на аппарате Aloka 4000 (Япония). Исследовались уровень глюкозы в сыворотке венозной крови, ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1C%).

Результаты исследования. При анализе структурно-геометрических параметров ЛЖ у пациентов группы 2 было выявлено статистически значимое увеличение КДД (12,73 (12,41; 15,61) в группе 1, 15,31 (12,7; 17,12) в группе 2, p=0,02) и КДНС (16,32 (12,7; 19,52) г/см2 в группе 1, 20,42 (16,81; 22,02) г/см2 в группе 2, p<0,001), что свидетельствует о повышении жесткости миокарда ЛЖ у пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа. Уменьшение показателя стресс-объем в систолу [МСс/КСОИ (8,32 (8,31; 8,94) ед. в группе 1, 7,84 (6,13; 8,94) ед. в группе 2), p=0,02] у пациентов группы 2 в сравнении с пациентами группы 1 может свидетельствовать о начальных проявлениях дезадаптивного ремоделирования ЛЖ. У пациентов группы 2 линейная скорость кровотока (ЛСК) в интерлобарных ветвях почечных артерий была ниже, чем у пациентов группы 1 (0,77±0,27 против 0,59±0,3 м/с, p=0,02), тогда как ЛСК в воротах почек была выше (0,42±0,06 в группе 1, 0,49±0,07 м/с в группе 2, p=0,01). Выявлено повышение сосудистого сопротивления (Ri) у пациентов группы 2 (0,67±0,03 ед. в группе 1, 0,72±0,02 ед. в группе 2, p=0,03). У пациентов группы 2 была выявлена тесная позитивная связь Ri с КДД (r=0,6, p=0,04) и индекса Пурсело с КДНС (r=0,64, p=0,03), т. е. связь сосудистого сопротивления и жесткости миокарда ЛЖ у пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа. Уровень HbA1C был позитивно связан с КНДС (r=0,72, p=0,04) и Ri (r=0,54, p=0,02).

Выводы: У пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа параметры жесткости миокарда выше, чем у пациентов с изолированной АГ. Изменения ренальной гемодинамики у пациентов

с АГ в сочетании с СД 2 типа характеризуются увеличением сосудистого сопротивления и ЛСК в воротах почек на фоне снижения скорости кровотока по интерлобарным ветвям почечных артерий. Связь параметров УО и показателей структурно-функциональной перестройки ЛЖ и почечной гемодинамики свидетельствует об общности процессов ремоделирования в сосудах почек и сердце при СД 2 типа.

580 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Поддубская Е.А., Ковригина М.Н., Мамедов М.Н.
ФГУ "ГНИЦПМ" Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Цель исследования: изучение динамики распространенности факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и развития новых случаев сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с метаболическим синдромом (МС) за 6 летний период наблюдения.

Материалы и методы: В 2004 году в исследование были включены 65 человек мужчин и женщин (средний возраст мужчин 51±8,2 лет, женщин 59,5±6,6 лет) с МС (критерии АТР Ш, США от 2001г.). Через 6 лет повторное обследование прошли 40 человек (средний возраст мужчин 59,2±10,7 лет, женщин 70,4±6,6 лет). Всем пациентам проведены: анкетирование, клинический осмотр, измерение антропометрических показателей (рост, вес, расчет индекса массы тела, окружность талии), ЭКГ в покое, измерение АД, общие клинические и лабораторные обследования, включающие определение в плазме крови натощак параметров липидного спектра (общий ХС, ХС ЛНП, ХС ЛПВП, триглицериды) и концентрацию глюкозы.

Результаты. У всех пациентов отмечалось абдоминальное ожирение, как в начале, так и в конце исследования. Статус курения на первом и втором этапах не изменился. Количество больных с диагностированной гипертрофией левого желудочка по ЭКГ, на обоих этапах осталось прежним. За период 6 летнего наблюдения было отмечено достоверное снижение АД. Так, в 2004г систолическое АД составило 159,9±25,9 мм рт.ст., диастолическое АД 99,2±10,4 мм рт.ст., а в 2010г САД 138,5±21,15 мм рт.ст. и ДАД 87,2±11,1 мм рт.ст. Возможно это обусловлено высокой приверженностью к антигипертензивной терапии. На первом этапе уровень общего ХС был 5,9±1,59 ммоль/л, а на втором этапе – 6,4±1,23 ммоль/л. Триглицериды исходно составили 2,8±1,31 ммоль/л, а в 2010г 2,4±1,33 ммоль/л. Исходно гиперхолестеринемия наблюдалась у 60% пациентов с МС, а на момент повторного обследования у 87% пациентов. Число пациентов с гипертриглицеридемией за 6 лет возросло на 40%. Гипергликемия исходно отмеченная у 13% больных увеличилась трехкратно и составила 33%.

Через 6 лет у большинства пациентов, прошедших обследование выявлены те или другие ССЗ. Так, ИБС, стенокардия зарегистрирована у 24 человек (60%) обследованных пациентов. Из них у 8 человек (20%) составила нестабильная стенокардия. Хроническая сердечная недостаточность развилась у 26,7% (n=10 человек) лиц с МС. У каждого пятого пациента (n=8 человек) с МС зарегистрирован ишемический инсульт. Сахарный диабет 2 типа выявлен у 16 (40%) пациентов с МС.

Заключение. Таким образом, по результатам 6 летнего наблюдения за больными с МС отмечено увеличение частоты нарушений липидного обмена и гипергликемии, тогда как проведенная антигипертензивная терапия способствовала к снижению средних показателей АД. В целом, у 60% пациентов с МС выявлено развитие новых сердечно-сосудистых событий, ассоциированных с атеросклерозом.

581 ТУРБУЛЕНТНОСТЬ ЧСС В ОЦЕНКЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Подзолков В.И., Тарзиманова А.И., Мампория Н.К.
ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Цель исследования: оценить прогностическое значение турбулентности частоты сердечных сокращений (ЧСС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) по данным суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

Материалы и методы. В исследование были включены 22 пациента ИБС со стенокардией напряжения II-III ф.к. в возрасте от 47 до 84 лет (средний возраст 67±6,5 лет), 14 (64%) мужчин и 8 (36%) женщин. Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе был диагностирован у 11 (50%) пациентов. Все больные, включенные в исследование, не имели признаков застойной сердечной недостаточности (ФВ ЛЖ более 40%). Для оценки риска внезапной сердечной смерти всем больным проводилось 24-часовое мониторирование ЭКГ с определением турбулентности ЧСС на первом визите, через 6 и 12 месяцев наблюдения. Общий период наблюдения за больными составил 36 месяцев, конечными точками исследования были синкопальные состояния и все случаи смерти больных.

Анализ турбулентности ЧСС проводился с помощью расчета параметров начала турбулентности (turbulence onset, TO) и наклона турбулентности (turbulence slope, TS) по данным 24-часового мониторирования ЭКГ (система MARS 7.0, GE Healthcare Clinical Systems Devices).

Результаты. Патологические значения показателей TO и TS были обнаружены у 3 (11%) больных ИБС с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе. На протяжении 36 месяцев наблюдения 2(10%) пациента умерли внезапно, у одного больного дважды наблюдались синкопальные состояния.

Выводы. Турбулентность ЧСС является высокоспецифичным маркером определения риска внезапной сердечной смерти у больных ИБС.

582 ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Подзолков В.И., Затейщикова Д.А.
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучение длительности и дисперсии корригированного интервала QT и показателей вариабельности сердечного ритма у молодых больных бронхиальной астмой (БА) в период обострения, осложненный дыхательной недостаточностью (ДН), с применением высоких доз ингаляционных симпатомиметиков.

Методы: проведено изучение влияния симпатомиметиков у пациентов с БА на показатели активности автономной нервной системы у пациентов до 30 лет. Было обследовано 34 больных персистирующей формой БА (19 мужчин, 15 женщин, средний возраст – 26,2 лет) со средней длительностью заболевания 6,5±5 лет. Преобладали пациенты со средней (42,4%) и тяжёлой (48,3%) формами заболевания. Терапию бета-агонистами получали все пациенты, при этом более 10 доз ингаляционных симпатомиметиков короткого действия в сутки применяли 22 больных (64,7%). Всем пациентам проводили суточное электрокардиографическое исследование по Холтеру с измерением интервала QT и последующей его коррекцией по формуле Базетта, а также определением дисперсии интервала QT и анализом временных показателей вариабельности сердечного ритма (SDNN, SDANN, rMSSD, pNN50).

Результаты: При анализе показателей реполяризации желудочков выявлена умеренная статистически достоверная корреляция дисперсии интервала QT и многократного (более

10 раз в день) применения ингаляционных симпатомиметиков (r=0,35, p=0,003). Также отмечалась корреляция дисперсии корригированного интервала QT и длительности применения ингаляционных бета-агонистов (r=0,21, p=0,04). Умеренная статистически значимая высокодостоверная обратная корреляция была выявлена между наличием многократного (более 10 раз в день) применения бета–агонистов и следующими показателями ВСР: SDNN (r=–0,30, p=0,001), rMSSD (r=–0,25, p=0,003).

Выводы: длительность и частота применения ингаляционных симпатомиметиков у пациентов с БА молодого возраста напрямую взаимосвязаны с уменьшением ряда показателей вариабельности сердечного ритма, свидетельствующим о нарушении активности вегетативной нервной системы, что может сопровождаться нарушением реполяризации желудочков и развитием адренергического дисбаланса, который является неблагоприятным фактором риска развития сердечных аритмий.

583 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭГИТРОМБА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Подольская А.А., Ким З.Ф., Хикматуллина Л.И., Шарипова Л.Р.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Эгитромб (клопидогрел, Эгис) – специфический и активный ингибитор агрегации тромбоцитов. Избирательно уменьшает связывание аденозиндифосфата (АДФ) с рецепторами на тромбоцитах и активацию рецепторов гликопротеина IIb/IIIa под действием АДФ, ослабляя, таким образом, агрегацию тромбоцитов.

Цель работы: Выявить клиническую эффективность препарата эгитромб (клопидогрел, Эгис) при лечении больных в остром периоде инфаркта миокарда.

Материал и методы: Первую группу составили 30 пациентов (22 мужчины и 8 женщин в возрасте от 53 до 75 лет, средний возраст 65±1,95) острым инфарктом миокарда (ОИМ) (16 – ОИМ с зубцом Q передней и нижней локализации и 14 – ОИМ без зубца Q локализации), которым эгитромб был назначен в дозе 75 мг/сут в сочетании с традиционным медикаментозным лечением ОИМ: моночинкве 40 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 100 мг, гепарин 20 тыс ЕД/сут п/к, бета-адреноблокаторы (метопролол 25 мг/сут), ингибитор АПФ (эналаприл 5 мг/сут), гиполипидемические средства (симгал 10 мг/сут) получали все больные. В нагрузочной дозе 300 мг/сут эгитромб назначался в первые сутки заболевания 7 больным ОИМ. Средняя длительность лечения эгитромбом в стационаре составила 12 дней.

Вторую группу составили 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин в возрасте от 50 до 72 лет, средний возраст 62±1,2) ОИМ (10 – ОИМ с зубцом Q передней и нижней локализации и 20 – ОИМ без зубца Q локализации), которые эгитромб не получали.

Всем больным проводилось комплексное клинико-инструментальное исследование (электрокардиографическое исследование в динамике, эхокардиография, лабораторные и биохимические тесты).

Результаты: в первой группе до назначения эгитромба показатели протромбинового индекса (ПТИ) в среднем составляли 100±0,4%, активированного времени рекальцификации (АВР) 53±2,5, общего холестерина (ОХС) 5,5± 1,2ммоль/л, бета-липопротеиды (ЛП) 2,6±1,2 ммоль/л, триглицериды (ТГ) 1,8±0,7 ммоль/л.

При назначении эгитромба в указанной дозировке у всех больных побочных эффектов (в частности, кровотечений) не наблюдалось. Достоверного влияния на динамику ЭКГ, коагулограмму, липидный спектр не было выявлено.

Во второй группе больных ОИМ, не получавших эгитромб, на фоне проводимой терапии у 1 больного отмечались давящие загрудинные боли в покое на второй день заболевания и у 2 больных при расширении режима, что свидетельствовало о ранней постинфарктной стенокардии.

Вывод: у больных ОИМ включение в комплексную терапию эгитромба в дозе 75 мг/сут привело к уменьшению клинических проявлений заболевания и улучшению качества жизни, а также с появлением эгитромба расширился список доступных антиагрегантов, разрешенных к использованию в остром периоде инфаркта миокарда.

584 ВАЛСАФОРС (ВАЛСАРТАН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Подольская А.А., Ахметзянов В.Ф., Аглуллина Э.И.
Казанский государственный медицинский университет, МУЗ “ГБСМП№1”, Казань, Россия

Цель исследования: изучение применения валсартана (валсафорс, Синтез АКО ОАО, Россия) при АГ I и II степени, II и III стадии.

Материалы и методы исследования: эффективность валсафорса (валсартана) изучалась у 41 пациента (12 мужчин и 29 женщин) в возрасте 61,3±2,07 с артериальной гипертонией I – II степени, с одним или несколькими факторами риска и/или поражениями органами-мишенями, ассоциированными клиническими состояниями в течение 12 дней. Начальная дозировка валсафорса составляла 80 и 160 мг/ сут, в зависимости от степени АГ, в дозе 160 мг валсафорс получали 20 пациентов, 80 мг – 21 пациент. В случае, когда АД не достигало целевого значения, дозировка препарата увеличивалась с 80 мг до 160 мг или добавлялся амлодипин 5 мг.

Диагноз АГ верифицирован в соответствии с общепринятыми требованиями ВНОК (2010). Все пациентам проводилось комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза натощак, общий холестерин, триглицериды, мочевина, креатинин, ЭКГ, эхокардиография, УЗИ почек). Для оценки гипотензивного эффекта у пациентов контролировалось артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС). Статистическая обработка материала проведена с использованием стандартного пакета STATISTICA.

Результаты исследования: на фоне приема валсафорса было получено достоверное снижение как среднего систолического АД со 160, 2 мм рт.ст. до 132, 6 мм рт.ст., так и среднего диастолического АД с 94,5 мм рт.ст. до 82,3 мм рт.ст. у пациентов АГ I степени. У пациентов АГ II степени, несмотря на прием валсафорса в дозе 160 мг/сут, не удалось достичь целевого уровня АД (до лечения АД 180/100 мм рт.ст., на фоне препарата 178-170 /98-96 мм рт.ст.). Целевые уровни АД были достигнуты в результате добавления к терапии амлодипина 5 мг/ сут. ЧСС практически не изменялась, в начале исследования 78,5 уд. в мин, на фоне приема 77,6 уд. в мин. Достоверных изменений в ОАК, ОАМ и биохимических показателях крови не выявлено.

Выводы: валсафорс эффективно снижает как систолическое, так и диастолическое АД как в монотерапии, так и в комбинации с амлодипином, без значимых влияний на ЧСС. Данный препарат является метаболически нейтральным, т. к. не оказывает влияния на липидный и углеводный обмен.

585 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Позднякова Н.В., Петрушин И.А., Татарченко И.П., Брилль Г.Е.
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель: оценить эффективность терапии небивололом и ивабрадином на основании анализа клинических и функциональных показателей больных ИБС с диастолической сердечной недостаточностью.

Материал и методы: 60 больных ИБС, с признаками ХСН II-III ФК, нарушением диастолической функции левого желудочка (ДФ ЛЖ) по типу аномальной релаксации, сред-

ний возраст 56,4±4,8 лет. В комплекс обследования включены эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС). В I группе (n=34) в дополнении к базовой терапии (ингибиторы АПФ, аспирин, статины, при необходимости нитраты) назначен небиволол (Небилет, средняя доза- 5,0 мг в сутки). Пациенты II группы (n=26) к базовой терапии дополнительно получали ивабрадин (Кораксан, средняя доза – 7,5 мг в сутки). По структуре исследование открытое, контролируемое, продолжительность наблюдения – 6 месяцев.

Результаты: качество жизни улучшилось у больных в I и II группах при достоверном снижении среднего балла по Миннесотскому опроснику (соответственно: на 38% и 42%, p<0,05). В I группе 82% больных дали положительную субъективную оценку физического состояния, во II группе на фоне терапии кораксаном 92,3% больных отмечали увеличение двигательной активности при уменьшении приступов стенокардии. Снижение ЧСС достигнуто при дополнительном назначении небилета на 15,6%, кораксана – на 17,4%, p<0,05. На фоне кораксана получено увеличение фракции выброса (ФВ) до 9% от исходного значения, p<0,05, что сопровождалось улучшением ДФ ЛЖ: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) на 34%, уменьшение IVRT на 20%, при p<0,05. В I группе (небилет) в первые 2 недели отметили тенденцию к снижению ФВ на 2,3% от исходного значения, однако при последующей терапии наблюдали прирост ФВ, к концу 6-месячного курса он составил до 3,8% от исходного значения при отсутствии достоверной динамики показателей, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка. Анализ СУ-ЭКГ во II группе показал уменьшение продолжительности фильтрованного комплекса QRS на 14,2%, продолжительности низкоамплитудных сигналов LAH Fd на 17,3%, p<0,05. Частота регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) уменьшилась во II группе с 34,6% до 15,4%, в I группе – от 29,4% до 17,6%. Изменения показателей ВРС отмечены в обеих группах, что сопровождалось увеличением SDNN, уменьшением LF/HF, p<0,05.

Таким образом, при выборе препарата при долгосрочной терапии больных ИБС, осложненной диастолической сердечной недостаточностью, важным необходимо считать не только антиишемическую эффективность, но и его безопасность, возможность благоприятного влияния на прогноз. Присоединение ивабрадина и небиволола при достоверном снижении ЧСС способствовало уменьшению суточной ишемии, повышению толерантности к физической нагрузке, улучшению показателей, характеризующих электрическую нестабильность сердца.

586 ВОЗМОЖНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Позднякова Н.М.

Белгородский Государственный университет, Белгород, Россия

Цель работы: оценить возможности определения цитокинов в сыворотке крови и морфофункционального анализа эритроцитов в качестве маркеров преждевременного старения, ассоциированного с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Нами обследовано 37 человек в возрасте от 28 до 71 года (15-практически здоровые, 22–пациенты, страдающие соматическими заболеваниями, ассоциированными с процессами преждевременного старения), мужчин – 21, женщин – 16 чел. Всем пациентам проводили биохимическое исследование сыворотки крови на содержание фактора некроза опухоли альфа (ФНОа), Также проводили электронную микроскопию эритроцитов. Результаты обработаны математико-статистически.

Результаты. В группе практически здоровых пациентов уровень ФНО-а в сыворотке крови составил 79,4±3,4 пг/мл. Уровень ФНО-а в сыворотке крови людей, страдающих артериальной гипертензией, в нашем исследовании достоверно не отличался – 81,0±3,5 пг/мл (p>0,05). А вот у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) этот показатель был достоверно выше по сравнению с двумя предыдущими группами – 108,2±3,2 пг/мл (p<0,05). Причем при одновременном наличии ИБС и какой-либо другой значимой патологии (например, ИБС и сахарный диабет 2-го типа) уровень ФНО-а возрастал еще больше (119,8±2,4 пг/мл). Анализ результатов электронной микроскопии эритроцитов крови обследуемых показал, что с нарастанием патологии доля необычных эритроцитов возрастала – появлялись эритроциты с эффектом "спущенного мяча", что свидетельствует о нарушении эластичности мембран, повышалась сладжированность, нарушались связи между клетками, появлялись неправильные формы эритроцитов, и увеличивалось количество клеток-теней. В минимальном количестве такие изменения были и в крови практически здоровых людей, но с нарастанием тяжести и степени полиморбидности патологических форм становилось больше.

Выводы. 1.Как морфологическая, так и функциональные составляющие крови, как органа, являются задействованными в процессах преждевременного старения, ассоциированного с сердечно-сосудистыми заболеваниями. 2.Исследование уровней цитокинов в сыворотке крови не обеспечивает донозологической диагностики процессов преждевременного старения, так как нарастание цитокниемии происходит только при наличии уже клинических признаков. 3.Полученные данные позволяют считать, что изменение морфофункциональных свойств эритроцитов происходит еще в донозологическую стадию, что позволяет их использовать в качестве маркеров преждевременного старения. 4.Необходимы дальнейшие исследования свойств эритроцитов для донозологической диагностики процессов преждевременного старения.

Работа выполнена в рамках гранта "Разработка нового метода оценки биологического возраста человека" (ФЦП "Развитие научного потенциала высшей школы", регистрационный номер: 2.1.1/12806).

587 ВЛИЯНИЕ ТАУРИНА НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Покровская Е.М., Гордеев И.Г., Люсов В.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра госпитальной терапии №1 л/ф, Москва, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – основная причина инвалидизации и смертности вследствие инфаркта миокарда. Препараты, обладающие активностью на метаболическом уровне – перспективное направление развития фармакотерапии ХСН. Одним из них является таурин – конечный продукт обмена содержащих серу аминокислот.

Цель исследования – изучение влияния таурина на сократимость миокарда левого желудочка (ЛЖ), размеры левых отделов сердца, динамику клинического состояния пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы. В исследование включено 40 пациентов (28 мужчин, 12 женщин) перенесших инфаркт миокарда давностью от 1 месяца до 12 месяцев, фракцией выброса (ФВ) ЛЖ менее 45% и ХСН II-III ф.к. по классификации NYHA. Средний возраст пациентов составил 62,1±5,4г. У 21 пациента (52,5%) степень ХСН соответствовала II ф.к., у 19 (47,5%) – III ф.к. по NYHA.

Пациенты были распределены в две группы. Основную составили 20 пациентов, у которых к стандартной терапии ХСН добавлен таурин (дибикор, 750мг/сут.). 20 пациентам

контрольной группы проводилась стандартная терапия ХСН. Группы были сопоставимы по основным клинико-анамнестическим характеристикам. Продолжительность лечения составила 3 месяца. Оценивалось влияние таурина на клиническое течение ХСН, изменение ФВЛЖ, конечного систолического (КСР) и диастолического (КДР) размеров ЛЖ, размера ЛП по данным трансторакальной эхокардиографии (ТТЭ) до начала лечения и через 3 месяца.

Результаты. В основной группе среднее значение ФВ ЛЖ у пациентов с ХСН II ф.к. до лечения составило 39,4±5,1%, а в контрольной – 39,7±8,1%; у пациентов с ХСН III ф.к. – 31,5±7,1% и 34±10,5%, соответственно. Отмечено достоверное увеличение ФВЛЖ после курса лечения у пациентов с ХСН II ф.к. на 19,8% в основной группе (47,3±7,5%), а в контрольной – на 13,5% (45,1±7,5%). У пациентов с ХСН III ф.к. в основной группе, ФВЛЖ достоверно увеличилась на 14,7% (36,2±9,2%), изменения в контрольной группе не несли статистической значимости. К окончанию периода наблюдения, по данным ТТЭ, в подгруппе пациентов с ХСН III ф.к., получавших таурин, отмечено уменьшение КСР ЛЖ на 2,5%, КДР ЛЖ на 3,6%, ЛП на 1,4%: различия имели характер тенденции. В контрольной группе отмечена тенденция к увеличению ЛП на 1,77%, КСР ЛЖ на 1,17%, КДР ЛЖ на 0,66%. В подгруппе пациентов с ХСН II ф.к., получавших таурин, зафиксировано уменьшение ЛП на 3,45%. В контрольной группе, зафиксировано увеличение ЛП на 0,71%, КСР ЛЖ на 3,1%, КДР ЛЖ на 1,8%. Клиническое состояние и ф.к. ХСН оценивалась по результатам теста 6-минутной ходьбы. В основной группе через 3 месяца снижение ф.к. ХСН отмечено у 10 пациентов, в контрольной ф.к. ХСН – у 5. Данная тенденция указывает на положительное влияние таурина на клиническое течение ХСН у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Вывод. Применение таурина у пациентов с ХСН на фоне постинфарктного кардиосклероза положительно влияет на клиническое течение заболевания, позволяет достоверно увеличить ФВ ЛЖ у пациентов с ХСН II-III ф.к. и уменьшить размеры левых отделов сердца у пациентов с ХСН III ф.к. NYHA.

588 ВЛИЯНИЕ ФЕНАЗЕПАМА В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ 1 МГ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Карпухина Е.О., Иванов А.Г., Савченко Е.А., Яскевич Р.А., Балашова Н.А.

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ и СР РФ, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучит влияние препарата феназепам у больных с острым инфарктом миокарда, осложненным нарушением ритма сердца.

Объект и методы исследования: в основную группу были включены 30 пациентов обоего пола в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст 59,5±1,7 лет, получающие стандартное стационарное лечение кардиотропными средствами, имеющие нарушение сердечного ритма по типу наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии. Всем больным данной группы был добавлен феназепам в дозе 1 мг в сутки. Контрольную группу составили пациенты обоего пола 30 человек в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст 57,5±1,5 лет, получающие стандартное лечение кардиотропными средствами, имеющие нарушение сердечного ритма, при наличии информационного согласия.. Критерии исключения в обеих группах были следующие: лекарственная или наркотическая зависимость, медикаментозная терапия седативными препаратами и транквилизаторами (Сибазон, Седуксен, Реланиум, Релиум, Грандаксин, Атаракс, Сонапакс, Афобазол и т. д.), прекращение регулярного приема психотропных препаратов менее чем за неделю до начала исследования, тяжелые, декомпенсированные или нестабильные сопутствующие соматические заболевания и состояния, которые непосредственно угрожают жизни больного, установленная непереносимость к препарату феназепам. Всем пациентам проводился общий клинический осмотр, анкетирование, регистрация ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру

Результаты исследования: у больных основной группы с острым инфарктом миокарда на фоне стандартного лечения и применения препарата феназепам в суточной дозе 1 мг в сутки отмечалось статистически значимое уменьшение гетеротропных аритмий, в отличие от контрольной группы. В группе активного вмешательства по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна было отмечено улучшение данного показателя от 19,8 до 22,2 что соответствовало нормальному сну эти отличия были статистически значимы p=0,0006.

Уровень тревоги и депрессии был выше при первом осмотре в основной группе 15,2±0,8 в сравнении с контролем 13,3±0,9 (p=0,12). В основной группе к четвертому осмотру показатель тревоги и депрессии достоверно снизился до 12,8±1,0, однако остался на уровне клинически выраженной тревоги и депрессии. Процент снижения был равен 15,8%. В группе контроля динамика полученных результатов была менее заметна и к четвертому осмотру уровень тревоги и депрессии равнялся 12,8±0,9. Процент снижения составил 3,8%. В связи с этим добавление препарата феназепам достоверно снижает уровень тревоги и депрессии у больных инфарктом миокарда.

Выводы: 1) У больных острым инфарктом миокарда отмечалось достоверное снижение наджелудочковых и желудочковых экстрасистол при применении препарата феназепам. 2) Прием феназепама у больных с острым инфарктом миокарда в основной группе улучшал показатели сна, уменьшал показатели тревоги и депрессии.

589 ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Поликутина О.М., Слепынина Ю.С., Кацюба М.В.

НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования. Изучить основные показатели функции внешнего дыхания (ФВД), диффузионную способность легких (DLCOcor) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от класса острой сердечной недостаточности (ОСН).

Материалы и методы. Обследовано 42 пациента с доказанным инфарктом миокарда, из них 37 мужчин и 5 женщин, средний возраст – 57,3±7,3 лет. У 27 пациентов диагностирован Q – образующий ИМ – 64%, у 15 – Q – необразующий ИМ – 36%. В обследование не включались пациенты, имеющие в анамнезе хронические заболевания бронхо-легочной системы.

На 10 сутки заболевания проводилось исследование ФВД, определение DLCOcor с коррекцией по уровню гемоглобина. Обследование проводилось на компьютеризированном диагностическом комплексе Vitalograph 6800 (Medical Graphics Corporation, США) по стандартному протоколу.

Результаты. В зависимости от класса острой сердечной недостаточности все пациенты разделены на две группы: 1 группа – 30 человек без клинических признаков ОСН (I класс по Killip) – 71,4%, 2 группа – 12 человек с признаками ОСН, развившимися в первые сутки заболевания (II – III класс по Killip) – 28,6%.

Пациенты группы Killip I имели большие значения фракции выброса (EF,%) левого желудочка измеренную по Тейхольцу по сравнению с группой Killip II – III – 55,9 ± 5,0 против 40,3 ± 6,02, (p=0,01).

Из 42 обследуемых нормальная вентиляционная способность легких обнаружена у 34 человек – 81%, обструктивные

нарушения зарегистрированы у 2 пациентов – 4,8%, рестриктивные – у 3 (7,1%), смешанный тип вентиляционных расстройств с преобладанием рестрикции – также у 3 пациентов – 7,1%.

Исследование диффузионной способности легких, скорригированной по уровню гемоглобина на день исследования также обнаружило различия в двух группах. Средние значения DLCOcor% в группе Killip I составили 78,96 ± 14,19, а в группе Killip II – III – 61,73 ± 6,33, (p=0,0006). Получены различия между 1 и 2 группами по уровню снижения DLCOcor. Чаще снижение DLCOcor регистрировалось в группе Killip II – III – легкое и умеренное у 36,4% и 63,6% пациентов соответственно. В группе Killip I снижение DLCOcor до легкой степени регистрировалось у 29,6%, до умеренной – лишь у 14,8% пациентов, (p=0,001). Нормальные показатели DLCOcor были зарегистрированы только у 55% пациентов 1 группы. Значительного снижения DLCOcor (менее 40%) в исследуемых группах не выявлено.

В результате проведенного корреляционного анализа отмечена отрицательная связь между классом ОСН и DLCOcor% (r= -0,56 p=0,0003) и положительная – между классом ОСН и степенью снижения DLCOcor (r=0,58, p=0,0001).

Вывод. У 19% пациентов с инфарктом миокарда обнаружены вентиляционные нарушения: из них рестриктивные изменения у 14%, обструктивные – у 5%.

Диффузионная способность легких и степень ее снижения у пациентов с инфарктом миокарда связана с классом острой сердечной недостаточности.

590 ВЗАИМОСВЯЗЬ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СО ЗНАЧЕНИЯМИ ТРАНСФЕР-ФАКТОРА И ТРАНСФЕР-КОЭФФИЦИЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Поликутина О.М., Слепынина Ю.С, Кацюба М.В.
НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель. Изучить изменение значений трансфер-фактора (DLCOcor) и трансфер-коэффициента (DL/VA) в зависимости от фракции изгнания (EF%) левого желудочка у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Обследовано 42 пациента с доказанным инфарктом миокарда. У 27 пациентов диагностирован Q – образующий ИМ – 64%, у 15 – Q – необразующий ИМ – 36%. Среди пациентов 37 мужчин (88%) и 5 женщин (12%), средний возраст – 57,3±7,3 лет. В обследование не включались пациенты, имеющие в анамнезе хронические заболевания бронхо-легочной системы.

Всем пациентам на 10 сутки пребывания в стационаре проводилось исследование функции внешнего дыхания, исследование трансфер-фактора с коррекцией по уровню гемоглобина на день исследования. Обследование проводилось на компьютеризированном диагностическом комплексе Vitalograph 6800 (Medical Graphics Corporation, США) по стандартному протоколу.

Полученные результаты: В зависимости от уровня снижения сократительной способности миокарда выделены 3 группы: 1 группа – с нормальной (>55%) фракцией изгнания – 8 человек – 19%; 2 группа – с умеренным (54-45%) снижением – 27 человек – 64,3%, 3 группа – со значительным (<45%) снижением – 7 человек – 16,7%.

Средние значения DLCOcor% составили в 1 группе – 76,7±16,9, во 2 – 77±13,8, в 3 – 60,7±5,9 (p=0,059).

У пациентов 1 группы нормальные значения трансфер-фактора выявлены в 50% случаев, во 2 группе – в 47,8%, (p=0,059), а в 3 группе пациентов с нормальными показателями DLCOcor выявлено не было. Легкое снижение DLCOcor (60-80% от должного) в указанных группах регистрировалось от 25% до 34,7% обследуемых. Умеренное снижение DLCOcor (40-60% от должного) в 1 группе зарегистрировано у 25% пациентов, во 2 группе – у 17,4%, а в 3 группе – у 71,4%. Значительного снижения DLCOcor (менее 40%) в исследуемых группах не выявлено. Попарное сравнение групп не выявило достоверных различий по уровню снижения DLCOcor между 1 и 2 группой, в то время как этот же показатель в 3 группе значимо отличался от других групп, p=0,02.

Корреляционный анализ выявил положительную связь между показателями DLCOcor% и EF% (r=0,43, p=0,0064) и отрицательную между DLCOcor% и уровнем снижения EF (r= -0,38, p=0,019).

Исследование трансфер-коэффициента не выявило изменений этого показателя в зависимости от уровня снижения фракции изгнания. Так же не получено значимых различий между средними значениями DL/VA среди пациентов трех исследуемых групп. DL/VA% в 1 группе составил 75,2±17,6, во 2 – 77,3±16,7, в 3 группе – 76,3%±9,4, (p=0,93)

Вывод. Уровень DLCOcor связан с сократительной способностью левого желудочка: при снижении фракции изгнания левого желудочка регистрируется снижение значений трансфер-фактора. Изучение DL/VA не выявило изменений этого показателя в зависимости сократительной способности левого желудочка.

591 КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Полтавцева О. В., Нестеров Ю. И.
ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава", Кемерово, Россия

Цель – оценить влияние 12-месячной комбинированной терапии ингибитором АПФ квинаприлом (аккупро) в сочетании с метаболически нейтральным диуретиком индапамидом SR на уровень артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. В исследование включено 60 больных с АГ 2 – 3 степени в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст – 55,3±9,6 года), из них мужчин было 20 (33,3%), женщин – 40 (66,7%). В зависимости от наличия или отсутствия МС были выделены две группы: 1-я группа состояла из 30 пациентов с АГ на фоне МС, 2-я (контрольная) – из 30 больных АГ без МС. Сформированные группы больных принципиально не различались по полу, возрасту и давности АГ. Всем пациентам в обеих группах назначалась комбинированная антигипертензивная терапия из ингибитора АПФ квинаприла (аккупро) фирмы "Parke-Davis/Goedecke" (США) в дозе 10-20 мг/сут и метаболически нейтрального диуретика индапамида SR, фирмы "Servier" (Франция) в дозе 1,5 мг/сут. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических прикладных программ "Statistica for Windows" версии 6.1. Данные представлены в виде M±SD. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты исследования. Уже к концу 3-месячного контролируемого лечения в обеих группах больных произошло статистически значимое снижение АД. В группе пациентов с АГ и МС, по сравнению с исходными показателями, систолическое АД (САД) снизилось на 30,0%, диастолическое АД (ДАД) – на 27,5% (p<0,001); в группе больных АГ без МС эти показатели снизились, соответственно, на 30,6% и 26,9% (p<0,001). В целом в 1-й группе больных к концу 12-месячного лечения САД в среднем снизилось с 182,6±4,6 до 125,7±6,1 мм рт.ст. (на 31,2% от исходного, p<0,001), ДАД – с 105,1±4,7 до 77,7±3,1 мм рт.ст. (на 26,1%, p<0,001). Во 2-й группе больных за этот период САД снизилось в среднем с 181,8±6,7 до 125,0 (на 31,2%, p<0,001), ДАД – с 104,3±4,4 до мм рт.ст. (на 27,3%, p<0,001). Таким образом, к концу контролируемого лечения целевой уровень АД был достигнут у всех пациентов обеих групп.

Из побочных действий у 2 (3,3%) из 60 больных в начале комбинированной терапии наблюдались слабость и головокружение, не требовавшие изменения дозы квинаприла и прошедшие самостоятельно. Еще у 3 (5%) пациентов 2-й группы отмечался умеренный кашель, потребовавший уменьшения дозы квинаприла с 20 до 10 мг/сут. У остальных 51 (85,0%) больных обеих групп побочные эффекты не наблюдались. Не регистрировались и патологические изменения параметров общего и биохимических анализов крови и мочи.

Выводы. Комбинированная антигипертензивная терапия ингибитором АПФ квинаприлом (аккупро) в сочетании с индапамидом SR в течение года оказалась высокоэффективной, безопасной и хорошо переносилась пациентами, в связи с чем ее можно рекомендовать для длительного приема больным с МС.

592 МАСКИ СИСТЕМНОГО AL АМИЛОИДОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА КАРДИОЛОГА

Полякова А.А., Мелиоранская Е.И., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В структуре диастолической сердечной недостаточности системные формы амилоидоза занимают важное место. Наиболее распространенной формой амилоидоза на Западе является системный AL амилоидоз. В России подобные исследования крайне малочисленны.

Цель. Изучить частоту встречаемости AL амилоидоза в структуре диастолической ХСН, а также изучить особенности клинического течения и ремоделирования миокарда по данным эхокардиографического исследования.

Материалы и методы. В исследование включены 125 пациентов с диастолической дисфункцией. Возраст пациентов варьировал от 37 до 84 лет. Инструментальное исследование сердечно-сосудистой системы включало ЭХОКГ (М-модальный, двумерный и допплеровский режимы).

Результаты. При обследовании пациентов с ХСН III – IV ФК у 22 из 125 установлен диагноз системного AL амилоидоза. Диагноз AL – амилоидоза был своевременно поставлен только у 1 из обследуемых пациентов. У 13 пациентов, неоднократно обращавшихся в различные медицинские учреждения, на момент исследования имел место диагноз ИБС, несмотря на выраженное утолщение миокарда левого желудочка: ИММ ЛЖ составил от 116 до 339 г/м^2 (среднее значение – 189,6 г/м^2). 3 пациентам первоначально установлен диагноз ГКМП (средняя величина ИММ ЛЖ – 176 г/м^2, толщина МЖПд – 18,1 мм), 1 пациент наблюдался с диагнозом ДКМП, а у 5 пациентов имела место РКМП (КДР ЛЖ снижен: среднее значение – 40,5 мм, диаметр ЛП увеличен – 50,82 мм, повышен ИММ ЛЖ – 173,7 г/м2 и СДЛА – 40,4 мм рт ст). По данным эхокардиографического исследования у 7 из 22 наблюдаемых пациентов нарушена систолическая функция миокарда (ФВ составила от 8,3 до 39,75%, в среднем – 24,3%), 15 – имели сохранную фракцию выброса от 41,08 до 58 (среднее значение – 48,2%), а диастолическая дисфункция имела место у всех пациентов по типу: нарушения расслабления, псевдонормального и рестриктивного вариантов.

У 17 пациентов имел место AL амилоидоз, у 1 пациента AL амилоидоз, ассоциированный с множественной миеломой, а у 4 больных выявлены смешанные формы амилоидоза: сочетание AL амилоидоза с транстиретиновым амилоидозом (1 пациент), AL и AA амилоидоза (1 пациент) и 2 пациентов имели AL и старческий амилоидоз.

Выводы. В структуре диастолической дисфункции, по нашим данным, доля AL амилоидоза составила 14%. Поражение сердца при AL амилоидозе может протекать под маской различных заболеваний сердечно-сосудистой системы: рестриктивной, дилатационной, гипертрофической кардиомиопатии. Обнаружена гипердиагностика “ИБС”. Основными характеристиками псевдоИБС являлись: анамнестические указания на 2 и более инфаркта миокарда без Q с элевацией сегмента ST, признаки выраженной гипертрофии миокарда, наличие нарушения диастолической функции в сочетании с дилатацией предсердий.

593 ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ОМАКОРОМ И СЕЛЕКТИВНЫМИ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ ОТ НАЛИЧИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ АРИТМИЕЙ

Полякова О.М.[1], Галин П.Ю.[1], Поляков М.В.[2]

[1]ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия; [2]ГУЗ “ООКОД”, Оренбург, Россия

Цель исследования. Определить влияние постинфарктного кардиосклероза на эффективность терапии экстрасистолической аритмии на фоне ИБС.

Методы исследования. 102 пациента, включенных в исследование, были разделены на две группы: первая включила 41 больного (40,2%), перенесших острый Q-инфаркт миокарда более чем за год до начала исследования, вторая группа – 61 (59,8%) больного без постинфарктного кардиосклероза (ПИКС). В исследование включались пациенты с хронической ИБС, сопровождающейся желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) I-V градаций по Ryan, стабильной стенокардией напряжения II и III ФК, ХСН (не выше IIA стадии III ФК). Среди больных было мужчин 61, женщин – 41, средний возраст – 55,6±7,8 лет.

Частота и степень выраженности ЭНМ у обследуемых больных определяли по результатам Холтеровское мониторирование ЭКГ (“Кардиотехника-04”, Инкарт, Санкт-Петербург), оценивая количество и вид экстрасистол.

Пациенты обеих групп получали одинаковое лечение: 37,7-39% – бисопролол до 10 мг в сутки и 62,3-63,4% – метопролол до 100 мг в сутки. Контролем дозы препарата служила ЧСС. У больных первой и второй группы не было достоверных различий по возрасту, полу, аритмической активности на момент начала исследования. На фоне лечения бета-адреноблокаторами (β-АБ) больным дополнительно назначался Омакор (омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты) в дозе 1,0 в сутки в течение 28 дней.

Полученные результаты. После месячного курса β-АБ отмечалось примерно одинаковая положительная динамика изучаемых показателей: и частота встречаемости изменений, и количественные характеристики всех параметров достоверно не различались ($p>0,05$) у больных обеих групп. Таким образом, не было выявлено влияния ПИКС на эффективность лечебного действия β-АБ.

Инструментальные показатели подтвердили более выраженную положительную динамику при включении Омакора у больных без ПИКС, чем с наличием ПИКС. Количество ЖЭ за сутки у больных без ПИКС было меньше в 3,5 раза, чем у больных с ПИКС ($p=0,01$) и градации их по Ryan стали значительно ниже ($p=0,01$): у больных без ПИКС желудочковая экстрасистолия исчезла в 8,2% случаев (нулевая градация), более чем у половины больных (55,7%) отмечалась I градация, у трети больных (32,8%) II градация, а тяжелые градации: III и IVB отмечались очень редко (та и другая у одного больного – в 1,6%). В то же время у больных с наличием ПИКС ЖЭ исчезли только у одного больного (2,4% случаев); желудочковые экстрасистолы I и II градации отмечались чаще, чем у больных второй группы (70,8% и 88,5% соответственно), а тяжелые градации (III, IVA, IVB) встречались значительно чаще при наличии ПИКС (26,7% случаев), чем у больных второй группы (3,2% случаев).

Выводы. Таким образом, добавление Омакора к β-АБ дало более выраженный эффект у больных, не имеющих ПИКС, чем у больных, перенесших инфаркт миокарда.

594 ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Полянская Е.А., Козиолова Н.А.
ГОУ ВПО "ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава", Пермь, Россия

Цель: определить влияние артериальной гипертензии на течение острого коронарного синдрома (ОКС) при наличии сердечной недостаточности и оценить ее вклад в развитие неблагоприятного прогноза.

Материалы и методы: обследованы 87 пациентов с подтвержденным острым коронарным синдромом в сочетании с сердечной недостаточностью, исключая острую сердечную недостаточность. В первые 3 суток острого коронарного синдрома определялись показатели липидного спектра, в том числе аполипопротеиды А и В100, липопротеид (а), N-терминальный фрагмент мозгового натриуретического пептида (NT-proBNP) и тканевый ингибитор матриксных металлопротеиназ 1 типа (TIMP-1). Для оценки систолической функции сердца выполнялась допплерографическая эхокардиография с определением фракции выброса (ФВ) левого желудочка. Для оценки прогноза в течение двух лет после перенесенного острого коронарного синдрома на фоне сердечной недостаточности фиксировались конечные точки – смерть, повторные сердечно-сосудистые события и декомпенсация хронической сердечной недостаточности.

Результаты: в зависимости от наличия артериальной гипертензии больные были разделены на 2 группы: первую группу составил 71 пациент с артериальной гипертензией в анамнезе, вторую – 16 пациентов без ее признаков. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, по клиническим формам острого коронарного синдрома и сопутствующим заболеваниям, по показателям липидного спектра, лекарственной терапии. В дебюте острого коронарного синдрома величина ФВ миокарда левого желудочка достоверно различалась: в первой группе 63,5±8,8%, во второй – 51,6±12,0%, ($p<0,001$). Уровень NT-proBNP был достоверно выше в первой группе, чем во второй: 771,7±317,3 против 532,1±302,1 нг/дл, ($p=0,007$). Имелась тенденция более высокого уровня TIMP-1 в первой группе, чем во второй: 631,1±40,4 против 604,8±69,6 нг/дл ($p=0,059$). Группы были сопоставимы по числу больных, у которых развились какие-либо конечные точки через 2 года наблюдения: 33,8% против 37,5%, ($p=0,939$), и их представительству ($p=0,764$).

Выводы: при наличии артериальной гипертензии острый коронарный синдром характеризуется сердечной недостаточностью с сохраненной ФВ левого желудочка с достоверно более высоким миокардиальным стрессом и более значимым замедлением коллагенолиза в межклеточном матриксе миокарда левого желудочка. При наблюдении за больными, перенесшими острый коронарный синдром, в течение 2 лет не выявлено неблагоприятного влияния артериальной гипертензии на прогноз.

595 ПРОБЛЕМА НАЗНАЧЕНИЯ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ ИБС ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ

Полянская Ю.Н., Малышева А.М., Марцевич С.Ю.
ФГУ "ГНИЦ ПМ" Миндзравсоцразвития России, Москва, Россия

Современные клинические рекомендации считают необходимым назначение аспирина в комплексе с клопидогрелем всем больным ИБС, перенесших ангиопластику со стентированием.

Цель. Изучить получают ли больные ИБС после ангиопластики со стентированием реально двойную антиагрегантную терапию.

Материалы и методы. Для решения этой проблемы использовалась база данных исследования ПРОГНОЗ-ИБС, в которую включены больные, находившиеся на стационарном лечении в ГНИЦПМ в 2004-2007гг, проживающих в Москве и Московской области, с ангиографически доказанной хронической ишемической болезнью сердца. Был проведен опрос по телефону пациентов, которым во время госпитализации проводилась БАП со стентированием коронарных артерий.

Результаты. Завершен сбор информации по данным пациентам за 2004-2007гг. Больных нуждающихся в двойной антиагрегантной терапии оказалось 295 человек (в случаях когда проводилось БАП со стентированием и проведено БАП со стентированием + АКШ). Возраст данной группы пациентов колебался от 31 до 85 лет. Среди них 237 мужчин и 58 женщин. Во время исследования выяснилось, что умерло – 20 человек, судьба неизвестна – 36 человек, живы – 239 человек. По результатам телефонного опроса 239 больных, нуждавшихся в двойной антиагрегантной терапии выяснилось, что принимали полный курс клопидогреля (в том числе дженерик и 26 человек принимают клопидогрель постоянно) – 112 больных (46,8%); принимали клопидогрель в течение 6-8 мес – 61 человек (25,5%); принимали клопидогрель в течение 2-3 месяцев – 43 больных (17,9%); не принимали вообще (в том числе т. к. не назначали) – 23 больных (9,6%).

Заключение. Лишь 112 из 295 (46,8%) больных, имевших абсолютное показание к назначению двойной антиагрегантной терапии, получали клопидогрель в соответствии с клиническими рекомендациями.

596 УРОВНИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Помешкина С.А., Помешкин Е.В., Головкин А.С., Барбараш О.Л.
УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия; МУЗ Городская клиническая больница № 2, Кемерово, Россия

Цель исследования: изучить показатели субклинического воспаления у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сопутствующей эректильной дисфункции (ЭрД).

Материал и методы исследования: в исследование включено 92 мужчины со стабильной ИБС. Возраст больных составил от 39 до 64 лет (в среднем 55,8±5,3 лет). Для проведения сексологического обследования пациентов использовались: опросник Международный Индекс Эректильной Функции, регистрация ночных пенильных тумисценций аппаратом NEVA System, посткомпрессионный тест на кавернозных артериях. Концентрацию тестостерона общего, интерлейкинов (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-12) определяли методом иммуноферментного анализа. Для проведения анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0; статистически значимыми признавались значения $p < 0,05$.

Результаты исследования: в зависимости от наличия артериогенной эректильной дисфункции, было сформировано две группы: основная – пациенты с наличием ЭрД (63 человека) и группа сравнения – пациенты без ЭрД (29 человек). Статистически достоверных различий в возрасте и тяжести ИБС между группами не отмечалось. При сравнении анализируемых групп выявлено, что пациенты с наличием эректильной дисфункции отличались от пациентов группы сравнения статистически достоверно более высокими концентрациями таких провоспалительных цитокинов, как ИЛ-4 (0,12±0,03 и 0,08±0,06 пг/мл, соответственно, $p\leq0,05$), ИЛ-12 (197,18±60,11 и 182,10±52,09 пг/мл, соответственно, $p\leq0,05$). Тогда как уровень антивоспалительного ИЛ-10, напротив, у пациентов с наличием эректильной дисфункции был ниже,

чем у пациентов группы сравнения (0,15±0,06 и 0,20±0,08 пг/мл, соответственно, p≤0,05).

Заключение: наличие эректильной дисфункции у больных ИБС ассоциируется с активацией субклинического воспалительного процесса, что может служить связующим звеном в реализации неблагоприятного прогностического действия эректильной дисфункции у пациентов ИБС.

597 РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Попова И.Р., Драпкина О.М.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить частоту случаев гипертонической болезни и ишемической болезни сердца среди пациентов страдающих ожирением в зависимости от индекса массы тела.

Методы исследования: в клинике пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко обследовано 1504 пациента. 685 мужчин и 819 женщин. 659 пациентов имели избыточную массу тела и 610 ожирение. Все пациенты в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) разделены на 4 группы: 1 группа – 659 пациентов, средний возраст 49,1 лет, ИМТ от 25,0-29,9 кг/м2, (средний ИМТ – 27,4 кг/м2), средняя окружность талии (ОТ) – 88,7см, среднее отношение окружность талии/окружность бедер (ОТ/ОБ) – 0,87; 2 группа – 395 пациентов, средний возраст 51,5 лет, ИТМ от 30,0-34,9 кг/м2, (средний ИМТ – 32,2 кг/м2), средняя ОТ – 102,2см, среднее ОТ/ОБ – 0,89; 3 группа – 168 пациентов, средний возраст 53,8 лет, ИМТ от 35,0-39,9 кг/м2, (средний ИМТ – 36,7 кг/м2), средняя ОТ – 107,6 см, среднее ОТ/ОБ – 0,93; 4 группа – 47 пациентов, средний возраст 53,5 года, ИМТ более 40,0 кг/м2, (средний ИМТ – 44,9 кг/м2), средняя ОТ – 121,7см, среднее ОТ/ОБ – 0,90. Группа сравнения 235 пациентов, средний возраст 52,8 года, с нормальным ИМТ 18,5-24,9 кг/м2 (средний ИМТ – 22,6кг/м2). Гипертоническая болезнь выявлена: в 1 группе – у 59,7%; во 2 группе – у 70,6%; в 3 группе – у 83,4%; в 4 группе – у 97,9%. В группе контроля у – 55,5% (p<0,05). Ишемическая болезнь сердца выявлена: в 1 группе – у 24,2%; во 2 группе – у 34,6%; в 3 группе – у 53,3%; в 4 группе – у 61,7%. В группе сравнения – у 15,2% (p<0,05).

При оценке (по шкале Score) риска развития смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течении 10 лет выявлено: в первой группе из 175 пациентов высокий риск (5-10%) у 24,6%, средний риск (2-4%) – у 29,7%; во второй группе из 49 пациентов высокий риск – у 14,3%, средний риск – у 59,2%; в третьей группе из 60 пациентов высокий риск – у 20,0%, средний риск – у 35%; в четвертой группе из 21 пациента – у 28,6% имели высокий риск и 19% средний риск. В контрольной группе соответственно 9,6% и 75% (p<0,05). При сопоставлении средних значений рисков по группам (расчет по калькулятору Score) выявлена зависимость этих показателей: риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), риска развития инфаркта миокарда (ИМ), риска острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Риск развития ССЗ соответственно по группам: 1,93; 2,0; 2,64; 2,86; в контрольной группе 1,89 (p=0,001). Риск развития ИМ: 1,41; 1,43; 1,96; 2,07; в контрольной группе 0,98 (p=0,002). Риск развития ОНМК: 0,51; 0,55; 0,73; 0,79; в контрольной группе 0,40 (p=0,001).

Выводы: Вероятность развития ИБС при избыточном весе повышается 1,6 раза, при ожирении 1 и 2 степени в 2,8, а при морбидном ожирении в 4 раза. Вероятность развития ГБ при ожирении 1 и 2 степени выше в 1,4 раз, а при морбидном ожирении в 1,8. Доля пациентов с высоким риском развития смертельного ССЗ (ОНМК и ИМ) при морбидном ожирении более 40%. Риск развития ИМ и ОНМК в 2 раза выше при морбидном ожирении.

598 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Попова И.Р., Торчинский Н.В., Драпкина О.М.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность заболеваний органов пищеварения по данным стационарного обследования многопрофильной клиники у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: 1504 пациента, 685 мужчин и 819 женщин. 659 пациентов имели избыточную массу тела и 610 ожирение. Все пациенты в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) разделены на 4 группы:

1 группа (659 пациентов) – средний возраст 49,1 лет, ИМТ от 25,0-29,9 кг/м2 (средний ИМТ – 27,4 кг/м2); 2 группа (395 пациентов) – средний возраст 51,5год, ИТМ от 30,0-34,9 кг/м2 (средний ИМТ – 32,2 кг/м2); 3 группа (168 пациентов) – средний возраст 53,8 лет, ИМТ от 35,0-39,9 кг/м2 (средний ИМТ – 36,7 кг/м2); 4 группа (47 пациентов) – средний возраст 53,5 года, ИМТ более 40,0 кг/м2, (средний ИМТ – 44,9 кг/м2). Группа сравнения (235 пациентов) – средний возраст 52,8 года, с нормальным ИМТ 18,5-24,9 кг/м2 (средний ИМТ – 22,6кг/м2). Наиболее часто встречающиеся заболевания органов пищеварения у пациентов с ожирением: ЖКБ выявлена у пациентов 1 группы в 24,54%, во второй группе у 25,32%, в 3 группе у 28,99% и 4 группе у 36,17%. В контрольной группе у 21,9% (p>0,05). В анамнезе указания на холецистэктомию по поводу ЖКБ имели пациенты в 1 группе – у 6,68%, во 2 группе – у 10,66%, в 3 группе – у 11,24% и 4 группе – у 12,77%. В контрольной группе – у 5,6% (p<0,05). Билиарный сладж по данным УЗИ органов брюшной полости выявлен в 59,1% у пациентов с избыточным весом и в 51,5% при ожирении. В группе сравнения в 67,4% (p<0,05). Холестероз желчного пузыря при УЗИ органов брюшной полости диагностирован у 15,3% в группе пациентов с избыточной массой тела и 17,4% при ожирении. В группе сравнения у 18,3% (p>0,05). Хронические гепатиты и цирроз печени диагностированы в 1 группе у 18,2%, во 2 группе у 11,7%, 3 группе у 9,5% и 4 группе у 4,3%, в группе сравнения у 9,0% (p<0,05). Язвенная болезнь в 1 группе у 27,6%, во 2 группе у 23,1%, в 3 группе у 24,3% и в 4 группе у 19,1%, в контрольной группе у 37,2% (p>0,05). Хронический гастрит диагностирован у пациентов 1 группы у 34,4%, во 2 группе у 22,8%, в 3 группе у 17,8% и 4 группе у 14,9%, в группе сравнения у 48,0% (p<0,05). Хронический панкреатит в 1 группе у 35,4%, во 2 группе у 31,7%, в 3 группе у 33,1% и 4 группе у 36,2%, в контрольной группе у 55% (p<0,05). ГЭРБ в 1 группе у 21,4%, во 2 группе у 18,5%, в 3 группе у 19,5% и 4 группе у 8,3%, в группе сравнения 27,7% (p<0,05). Дивертикулярная болезнь в 1 группе у 2,4%, во 2 группе у 3,8%, в 3 группе у 1,8% и 4 группе 0%, в группе контроля у 2,6% (p>0,05).

Выводы. По данным нашего исследования самое распространенное заболевание органов пищеварения у пациентов с ожирением это ЖКБ. Почти половина (49%) пациентов с морбидным ожирением имеют ЖКБ и около 40% с ожирением 1 и 2 степени. На основании данных нашего исследования хронический панкреатит, ГЭРБ, язвенная болезнь, хронический гастрит, хронические гепатиты и цирроз печени, дивертикулярная болезнь встречаются не чаще, чем у пациентов без ожирения.

599 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ОЖИРЕНИИ

Попова И.Р., Драпкина О.М.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить функциональное состояние почек в зависимости от ИМТ с использованием специальных формул Cockcroft – Gould и MDRD, основывающихся на уровне креатинина плазмы крови, с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и определением стадии хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы: 1499 пациентов, 680 мужчин и 819 женщин. 659 пациентов имели избыточную массу тела и 609 ожирение. Все пациенты в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) разделены на 4 группы: 1 группа – 659 пациентов, средний возраст 49,1 лет, ИМТ от 25,0-29,9 кг/м2 (средний ИМТ – 27,4 кг/м2); 2 группа – 394 пациента, средний возраст 51,5 год, ИТМ от 30,0-34,9 кг/м2 (средний ИМТ – 32,2 кг/м2); 3 группа – 168 пациентов, средний возраст 53,8 лет, ИМТ от 35,0-39,9 кг/м2, (средний ИМТ – 36,7 кг/м2), 4 группа – 47 пациентов, средний возраст 53,5 года, ИМТ более 40,0 кг/м2, (средний ИМТ – 44,9 кг/м2). Группа сравнения 231 пациент, средний возраст 52,8 года, с нормальным ИМТ 18,5-24,9 кг/м2 (средний ИМТ – 22,6кг/м2). Важнейшая функция почек – фильтрация крови через клубочковый фильтр, которую напрямую определить нельзя, а можно с достаточной точностью оценить по уровню креатинина в крови и расчета по формулам Cockcroft – Gould: СКФ=(140-возраст). Вес/ (креатинин крови в моль/л) х 814, для женщин х (умножить) на 0,85; или по формуле MDRD: СКФ = 11,33 х Pcr-1,154 х (возраст) – 0,203 х 0,742 (для женщин) Pcr-креатинин сыворотки крови (в моль/л). При расчете СКФ по формуле Cockcroft – Gould получены следующие результаты. I стадия ХБП (СКФ≥90 мл/мин) выявлена: в 1 группе у 52,7% пациентов, во 2 группе у 70,6%, в 3 группе у 71,0% и в 4 группе у 91,5%, в контрольной группе у 34,4%. II стадия ХБП (60-89 мл/мин) выявлена: у 42,8%, 27,6%, 26,0%, 4,3% соответственно, в контрольной группе у 54,4%. III стадия ХБП (умеренное поражение – 30-59 мл/мин) выявлена у 67 пациентов: у 4,3%, 1,8%, 2,4%, 4,3%, в контрольной группе у 11,3%. IV стадия ХБП (тяжелое поражение – 15-29 мл/мин): в 1 группе у 0,3% и в 3 группе у 0,6%, в контрольной группе не выявлено ($p<0,05$). При расчете СКФ (мл/мин/1.73m2) по формуле MDRD I стадия ХБП выявлена: в 1 группе у 14,7%, во 2 группе у 17,0%, 3 группе у 14,3%, 4 группе у 14,9%, в контрольной группе у 26,4%. II стадия ХБП выявлена: в у 72,8%, 65,7%, 57,7% и 59,6% соответственно, в контрольной группе у 69,3%. III стадия ХБП выявлена у 214 пациентов: у 11,98%, 17,3%, 27,4% 23,4% соответственно, в контрольной группе у 4,3%. IV стадия ХБП в 1 группе у 0,46%, в 3 группе у 0,6% и 4 группе у 2,13%, в контрольной группе IV стадия ХБП не выявлено ($p<0,05$). При расчете СКФ по формуле Cockcroft – Gould отмечается тенденция завышения почечной функции (СКФ ≥90мл/мин у 70,0% – 91,5% в 4 группе), при расчете по формуле MDRD у 17,0% – 14,9%. Расчет СКФ по формуле MDRD позволил выявить больший процент больных с умеренным и тяжелым поражением почек у 17,3%-27,4% и у 0,6%-2,1% соответственно, при расчете по формуле Cockcroft – Gould у 1,8% – 4,3% и 0,3%.

Выводы. Анализ полученных данных свидетельствует, что с увеличением ИМТ СКФ снижается, у 17-27% пациентов с ожирением выявлено умеренное поражение, а у 0,6-2% тяжелое поражение почек.

600 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ КОМБИНАЦИИ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ И КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

Поповкина О.Е., Каплан М.А.

ФГБУ МРНЦ Минздравсоцразвития России, Обнинск, Россия

Цель. Исследование отдаленных результатов (2-5 лет) комбинированного метода лечения ХСН с использованием низкоинтенсивной лазерной и клеточной терапии аутологичными кардиомиобластами, полученными из мезенхимальных стволовых клеток костного мозга.

Материал и методы. Лечение проведено 69 пациентам с ХСН II-IV ФК (NYHA). Низкоинтенсивная лазерная терапия проводилась на область сердца и сосудистого пучка на аппарате “Улан БЛ-20” с длиной волны 0,89 мкм и частотой импульсного излучения 80-150 Гц в течение 10 сеансов. Трансплантацию культуры аутологичных кардиомиобластов, полученных из костного мозга, проводили путем внутривенной инфузии. Проведение повторных курсов – 1 раз в год по показаниям. Для оценки состояния кровоснабжения и функциональной активности миокарда использовались: ЭКГ в покое, ЭхоКГ, перфузионная сцинтиграфия миокарда с Tc 99m MIBI. Контрольные исследования проводились через 6 месяцев, 12 месяцев, далее 1 раз в год. В группе контроля – 20 пациентов с ХСН II-III ФК проводилась адекватная медикаментозная терапия.

Результаты. После проведения первого курса лечения у 89% больных по данным ЭхоКГ отмечено увеличение ФВ левого желудочка на 17% ($p<0,01$). По данным перфузионной сцинтиграфии миокарда уменьшились площади дефектов перфузии на 14% ($p<0,025$), улучшилась сократительная функция миокарда. Уменьшились или исчезли признаки ишемии миокарда по данным ЭКГ у 92% пациентов. Через год эти показатели сохранялись у 78% пациентов, у остальных отмечалась некоторая отрицательная динамика в виде снижения перфузии миокарда на 7%. После повторного курса лечения было отмечено повышение ФВ на 22% и перфузии миокарда – на 16%. Клинически это проявлялось в увеличении толерантности к физическим нагрузкам и отсутствии приступов стенокардии, уменьшении одышки, отеков. Пациенты не нуждались в госпитализации и увеличении лекарственной терапии. При появлении отрицательной динамики по данным контрольных исследований проводился повторный курс лечения. В контрольной группе за время наблюдения отмечено прогрессирование ХСН, снижение сократительной функции миокарда, увеличение ишемических изменений по данным перфузионной сцинтиграфии, ЭКГ. Пациентам требовались ежегодные госпитализации, увеличение количества лекарственных средств.

Выводы. Отдаленные результаты низкоинтенсивной лазерной терапии в комбинации с клеточной терапией больных с ХСН показали отсутствие каких-либо осложнений, хорошую переносимость, эффективность данной методики в течение 5 лет наблюдения.

601 КАК ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Попонина Т.М., Чернявская Г. М., Подоксенова Н. В., Денисова О.А.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Областное государственное учреждение здравоохранения Томская областная клиническая больница, Томск, Россия

Цель исследования: изучение частоты выявляемости нарушений ритма сердца у больных с саркоидозом органов дыхания.

Методы исследования: в открытое проспективное исследо¬вание включены 25 больных с саркоидозом органов дыхания обоего пола (12 женщин и 13 мужчин), в возрасте от 20 до 40 лет. У 16 больных (64%) диагностирована 2 стадия саркоидоза, у 8 (32%) пациентов – 1 стадия, генерализация процесса (без учета поражения сердца) отмечена у 1 пациента (4%). Саркоидоз был впервые диагностирован у 18 пациентов (72%). Всем пациентам были проведены клинико-рентгенологическое обследование, а также спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, эхокардиография с тканевой допплерографией, суточное мониторирование ЭКГ. У части пациентов (12%) была проведена однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда.

Результаты. Клинические проявления поражения миокарда были выявлены у 7 пациентов (28%) в виде предъявления жалоб на ощущения перебоев в работе сердца у 2 пациентов (33%), учащенные сердцебиения – у 2 пациентов (30%), кардиалгии – у 3 пациентов (37%). Жалоб не предъявляли 18 пациентов (72%). У всех обследуемых отсутствовали изменения при регистрации электрокардиограммы (ЭКГ). При про-

ведении суточного мониторирования ЭКГ изменения были выявлены у 23 (92%) пациентов. Сочетание желудочковых аритмий и нарушений проводимости (желудочковая экстрасистолия и блокада правой ножки п. Гиса разной степени) выявлено у 40% пациентов, тахикардиальный синдром (средняя дневная частота сердечных сокращений более 90 уд/мин. на фоне синусовой аритмии) – у 8 больных, сочетание наджелудочковой аритмии и нарушений проводимости (наджелудочковая экстрасистолия и блокада правой ножки п. Гиса разной степени) – у 52%. Из 18 пациентов, не предъявлявших жалоб, изменения при суточном мониторировании ЭКГ найдены у 17 человек. У 3 (17%) пациентов зарегистрированы желудочковые экстрасистолы IV класса (Lown B., Wolf M.); у 13 пациентов (77,5%) – желудочковая экстрасистолия I класса (Lown B., Wolf M.). У 1 пациента (5,5%) зарегистрирован эпизод безболевой горизонтальной депрессии сегмента ST в отведении V5 до 2 мм длительностью 2 мин., не связанный с физической или эмоциональной нагрузкой. Из 7 пациентов, предъявлявших кардиальные жалобы, у двух не были выявлены нарушения ритма сердца при суточном мониторировании ЭКГ, у 5 пациентов регистрировались редкие наджелудочковые экстрасистолы в сочетании с неполной блокадой правой ножки п. Гиса.

Выводы: 1. В диагностике нарушений ритма сердца и проводимости у пациентов с саркоидозом органов дыхания ведущую роль играет суточное мониторирование ЭКГ. 2. Суточное мониторирование ЭКГ должно быть включено в стандарт обследования пациентов с саркоидозом органов дыхания независимо от наличия или отсутствия кардиальных жалоб.

602 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Попонина Т.М., Попонина Ю.С., Гундерина К. И., Глушко Т.В., Марков В.А.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, У НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности назначения Тенотена у больных с острым инфарктом миокарда, ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами.

Методы: в открытое, сравнительное, проспективное исследование включены 19 больных с острым инфарктом миокарда, ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами. Средний возраст больных составил 49,8±1,7 лет. На фоне общепринятой терапии инфаркта миокарда (противотромботической, антиангинальной, гиполипидемической терапии) пациентам I группы (n=9) был назначен Тенотен – препарат, содержащий сверхмалые дозы антител к мозгоспецифическому белку S–100 (6 табл/сут), пациентам II группы (n=10) – плацебо. Оценка эффективности лечения больных осуществлялась исходно и через 1 мес. по динамике клинического состояния, качества жизни. Было проведено анкетирование пациентов с помощью применения анкеты депрессии и тревоги (HADS), шкалы Бека. Всем пациентам было проведено суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты. По клинико-демографическим показателям пациенты обеих групп были сопоставимы. Пациенты обеих групп имели не менее 3-х факторов риска ишемической болезни сердца (артериальную гипертензию, дислипидемию, курение), а также высокий риск острого тромбоза коронарных артерий. У 70% пациентов обеих групп было проведено чрезкожное коронарное вмешательство: стентирование в области критических стенозов коронарных артерий. Динамика показателей шкалы оценки клинического состояния отражала статистически значимое улучшение клинического состояния только в группе Тенотена. Сумма баллов по шкале тревоги и депрессии у пациентов группы плацебо оставалась практически на том же уровне до конца исследования, а в группе Тенотена статистически значимо уменьшалась по сравнению с исходом: с 8,1±1,2 балла до 6,1±1,1 баллов. По результатам шкалы Бека исходная сумма баллов составляла 12,3±1,3 балла в группе лечения Тенотеном, в последующем она статистически значимо уменьшилась до 9,8±1,1 балла. В группе плацебо этот показатель значимо не изменился. По результатам суточного мониторирования АД в группе Тенотена удалось быстрее достичь целевых значений АД. По данным суточного мониторирования ЭКГ статистически значимого уменьшения частоты и/или продолжительности эпизодов депрессии сегмента ST в обеих лечебных группах не было выявлено.

Следует отметить отличную переносимость препарата: ни у одного из пациентов, принимавшего Тенотен, не было выявлено побочного эффекта.

Выводы. Добавление Тенотена к стандартной терапии инфаркта миокарда приводит к улучшению клинического состояния, психологического статуса и улучшению оценки качества жизни.

603 ИЗМЕНЕНИЕ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ВЕСА СЕРДЦА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СТРУКТУР ОРГАНА НА РАННИХ ЭТАПАХ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА

Поправко Е.М.[1], Лебединский В.Ю.[2], Бородина Г.Н.[3], Халиулина О.В.[1]

[1]ГОУ ДПО "Иркутский ГИУВ Россздрава", Иркутск, Россия; [2]Национальный исследовательский Иркутский государственный технический университет, Иркутск, Россия; [3]ГОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет" Россздрава, Барнаул, Россия

Цель исследования. Углубление представления об изменчивости сердца при формировании его структур на ранних этапах постнатального онтогенеза с использованием современных методов статистической обработки данных.

Методы. Для изучения формообразовательных процессов в сердце был использован материал от 276 трупов людей обоего пола ранних этапов постнатального онтогенеза, причина смерти которых не была связана с патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Проводились органометрия и регистрация веса после вскрытия органа и освобождения его от сгустков. Весь полученный материал был обработан современными методами математической статистики с использованием кластерного анализа. Для визуализации структуры распределения групп в многомерном пространстве признаков использовался метод главных компонент с расчетом канонических переменных.

Полученные результаты. По совокупности исследуемых параметров методом к-средних сформировано 8 групп. По F- критерию Фишера были выделены наиболее информативные признаки, отличающие эти группы между собой. Такими критериями являются масса сердца (R=0,92), его ширина (R=0,62) и переднезадний размер (R=0,47). Благодаря проведенному анализу, возрастные изменения сердца могут быть сгруппированы в три фазы, каждая из которых характеризуется своими закономерностями развития, формирования структур органа и изменениями их биомеханических свойств.

Так, первая фаза постнатального онтогенеза включает первые три возрастные группы: новорожденность, грудной возраст и раннее детство. Данная фаза характеризуется интенсивным приростом всех показателей макроразмеров сердца. Раннее детство, первый и второй периоды детства, подростковый возраст образуют вторую фазу формирования структур сердца, где также продолжается достоверное ($p<0,05$) увеличение всех макроразмеров органа. В то же время, темпы относительного прироста менее интенсивны по сравнению с первой фазой. Последняя, третья фаза постнатального онтогенеза, объединяет юношеский воз-

раст и первый период зрелого возраста. В начале данной фазы возобновляются темпы увеличения веса и макроразмеров сердца и происходит формирование половых различий. Однако в дальнейшем выявляются иволютивные изменения, которые характеризуются уменьшением интенсивности наращивания этих величин у лиц первого периода зрелого возраста, по сравнению с юношами.

Выводы. Таким образом, ранний этап постнатального онтогенеза сердца, состоит из трех фаз: первой, второй и третьей. Выделение этих фаз не противоречит общепринятой возрастной периодизации, а позволяет дать более точную оценку интенсивности формирования структур органа.

604 К ВОПРОСУ О ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Попушой А.А.
ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Цель исследования: определить распространенность ХСН, выявить основные причины развития сердечной недостаточности и изучить полиморфизмы генов, кодирующих ренин-ангиотензин-альдостероновую систему и эндотелиальную NO-синтазу, у коренного населения Крайнего Севера.

Материалы и методы. Проведено одномоментное скрининговое обследование кочующего коренного населения Крайнего Севера. У исследуемых проводилось анкетирование с помощью скрининговых карт. В карту были включены вопросы, касающиеся анамнеза заболеваний, клинического состояния (наличие одышки, слабости, тахикардии, отеков), принимаемых препаратов и образа жизни. Диагноз ХСН устанавливался при наличии симптомов сердечной недостаточности и какого-либо заболевания сердечно-сосудистой системы. У пациентов устанавливался функциональный класс (ФК) ХСН по NYHA (выраженность симптомов ХСН при физической нагрузке), измерялся уровень артериального давления, подсчитывалась частота сердечных сокращений.

Из лабораторных показателей у всех пациентов с признаками заболеваний сердечно-сосудистой системы определялись полиморфизмы генов, кодирующих ренин-ангиотензин-альдостероновую систему и NO-синтазу.

Результаты исследования. В настоящее время обследовано 148 респондентов старше 18 лет. Симптомы сердечной недостаточности на фоне заболевания сердечно-сосудистой системы зарегистрированы у 14 человек (9,5%). Из них мужское население составило 6 (42,9%), а женское 8 (57,1%) человек.

При анализе нозологий, явившихся причиной ХСН, артериальная гипертония (АГ) выявлена в 85,7% случаев, ишемический генез установлен у 14,3% лиц с ХСН, сочетание АГ и ИБС имелось у 14,3%. Все пациенты относятся к 1-2 ФК.

При изучении полиморфизмов генов выявлено: отсутствие в популяции полиморфизма гена NO-синтазы (c.582+353-379del); у всех исследуемых обнаружен T/T генотип M235T-полиморфизма гена ангиотензиногена (замена треонина на метионин); генотип D/D полиморфизма Alu I/D ангиотензин-превращающего фермента встречается у 66,7% страдающих ХСН и у 58,3% пациентов из группы контроля; генотип C/C A1166C-полиморфизма гена рецептора 1го типа ангиотензина II (замена аденина на цитозин) встречается у 41,7% пациентов исследуемой группы и у 50% пациентов группы контроля.

Выводы.

1. При обследовании кочующего коренного населения Крайнего Севера распространённость ХСН составила 9,5%, что не превышает данных исследования ЭПОХА-ХСН.

2. У всех пациентов определяется низкий ФК (1-2).

3. Среди причин развития ХСН основными являются АГ (85,7%), на втором месте ИБС в 14,3% случаев. Сочетание АГ и ИБС выявлено в 14,3% данные соответствует данным эпидемиологических исследований.

4. T/T генотип M235T-полиморфизма выявлен у 100% исследуемых.

605 К ВОПРОСУ О НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Порунова Л. П.
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, Саранск, Россия

Цель исследования: Выявление возможной связи сердечно-сосудистой наследственности у пациентов с вариантами острого коронарного синдрома в городских и сельских больницах РМ.

Материал и методы: История болезни и протокол исследования получены из Европейского общества кардиологов и адаптированы в соответствие с методическими рекомендациями ВНОК и стандартами Минздравсоцразвития РФ. Получено положительное заключение локального этического комитета. Обследовано более 500 человек, госпитализированных в городские и сельские больницы РМ. Наследственность фиксировали со слов пациента, учитывалось близкое кровное родство. Статистическую обработку проводили с применением вариационных статистических методов, а силу влияния исследуемого показателя с помощью факторного дисперсионного анализа.

Результаты. В обзор включены 238 больных ОКС, имевших или не имевших кардиологические наследственные характеристики. С отягощённой наследственностью пациентов было в 2 раза больше (“да” 158 человек – 66%, “нет” 49 человек – 34%, P<0,001). Частота развития ОКС без подъёма ST у лиц, имевших наследственную отягощенность достоверно преобладала по сравнению с лицами без наследственной предрасположенности (72% против 28% у мужчин, 69% против 31% у женщин, P<0,001). Разница в группе больных ОКС с подъёмом ST с отягощённой наследственностью и без неё мала по абсолютной величине и недостоверна (P>0,6).

Далее было изучено влияние кардиологической наследственности у лиц разной национальной принадлежности, проживающей в одном регионе. В группе ОКС с подъёмом ST чёткого преобладания наследственной отягощённости не выявлено. У лиц с ОКС без подъёма ST влияние кардиологической наследственности достоверно значимо у русских (71%> 29%, P<0,001) и мордвы (74%> 26%, P<0,005), недостоверно у татар (62%> 38%, P>0,5).

Выводы. 1. Влияние кардиологической наследственности на развитие ОКС без подъёма ST достоверно больше чем на ОКС с подъёмом ST.

2. Из полученных данных вытекает гипотеза, что влияние факторов риска определяется их сочетанным взаимодействием, а индивидуальная сила отдельного фактора, возможно, реализуется лишь при выходе его величины за доверительные интервалы.

3. Необходимо дальнейшее изучение влияния наследственности на большем количестве больных.

606 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРВОЛЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Поселюгина О.Б., Аль Гальбан Н.М.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития, Тверь, Россия

Цель. Выявить у больных артериальной гипертонией (АГ) клинико-функциональные признаки, которые могли бы рассматриваться как проявление гиперволемии.

Материал и методы. Обследовано 440 больных АГ 1-2 степени. У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), суточная экскреция натрия с мочой, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиография (ЭхоКГ). Психологический статус изучался с помощью теста СМОЛ, качество жизни определялось с помощью опросника MOS SF – 36.

Результаты. Установлено, что 50,5% больных АГ в течение суток принимают (экскретируют с мочой) 16,8 г и более ПС,

что происходит непроизвольно как вследствие привычки досаливать пищу, так и снижения ПВЧПС. С нарастанием потребления ПС у больных АГ усугубляются все клинико-функциональные проявления заболевания, а именно: возрастает количество невротических жалоб, чаще выявляется отягощенная наследственность, заболевание у них развивается на 7 лет раньше, течение болезни в 4 раза чаще осложняется гипертоническими кризами (все p<0,05), у них был выше психологический профиль личности по шкале СМОЛ (повышение профиля по 1-й, 3-й и 9-й шкалам, p<0,05-0,02), все показатели качества жизни у них были снижены, особенно показатели физического здоровья.

При поступлении в стационар у больных АГ с высоким потреблением ПС цифры артериального давления были выше соответственно 200±4,5 и 110±3,5; 213±3,5 и 123±3,0; p<0,05). Кроме того была выявлена положительная корреляционная связь между уровнем АД и ПВЧПС (соответственно r=0,2 и 0,22; p<0,05). Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем САД и повышенной экскрецией ионов натрия с мочой (r=0,4, p<0,01). Циркадный ритм АГ у них был нарушен в 30% случаев (p<0,05). Показатели Эхо-КГ свидетельствовали, что наибольшие изменения миокарда наблюдались у больных с высоким потреблением ПС. В частности, у них имелось увеличение конечного диастолического объема (соответственно 147 и 107 мл), была больше масса миокарда левого желудочка (соответственно 190 и 283 г/м2 г/м2), чаще выявлялась диастолическая дисфункция (все p<0,05-0,01), была снижена фракция выброса (соответственно 52 и 55%; p<0,01). Для достижения у них гипотензивного эффекта им требовалось в 2 раза больше лекарственных средств (p<0,05). Следовательно, косвенными признаками гиперволемии у больных АГ, помимо большого потребления ПС, является слабый эффект обычной гипотензивной терапии, нарушение циркадного ритма АД с недостаточным его снижением в ночное время и эхокардиографические признаки перегрузки объемом левого желудочка.

Выводы. Комплексное обследование больных АГ позволяет выявить среди них лиц с клинико-функциональными признаками гиперволемии.

607 ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД И СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И КАНДЕСАРТАНОМ

Потешкина Н.Г., Селиванова Г.Б., Жалсараев Т.Ж.
ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Минздравсоцразвития России, кафедра общей терапии, Москва, Россия

Цель исследования: оценка взаимосвязи показателей суточного профиля артериального давления (АД) и уровня оксида азота (NO) при терапии лозартаном и кандесартаном больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: в исследование включено 60 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией 1-2 степени: мужчин – 25 (41,6%), женщин – 35 (58,4%), средний возраст – 52,4±6,5 лет, длительность АГ – 7,2±3,3 лет. Первую группу составили 28 больных, средний возраст – 49,6±5,4 лет, длительность АГ 6,9±4,4 лет, которым проводилась антигипертензивная терапия лозартаном в дозе 50-100 мг/сут. Вторую группу составили 32 больных, средний возраст – 53,1±6,3 лет, длительность АГ – 7,4±3,8 лет, получавшие кандесартан в дозе 8-16 мг/сут. Всем больным по стандартной методике проводилось СМАД аппаратом фирмы "BPLab" МнСДП-2. Для оценки эндотелиальной функции исследовался уровень оксида азота (NO) периферической крови – при поступлении больного в стационар и через 4 недели после приема препаратов (амбулаторно). Обработка результатов исследования проводилась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты: при сравнительном анализе результатов суточного профиля АД и уровня NO в сыворотке крови выявлена обратная корреляционная связь между исходным уровнем NO в обеих группах и такими исходными показателями СМАД, как: вариабельностью ДАД в дневное время (r=-0,87, p<0,001), так и в ночное время (r=-0,94, p<0,001); индексом времени гипертензии ДАД днем (r=-0,84, p<0,001) и индексом времени гипертензии ДАД ночью (r=-0,76, p<0,001); суточным индексом ДАД (r=-0,58, p<0,001). Выявлена умеренная обратная корреляционная связь между уровнем NO (в среднем по группе: исходно – 37,19±2,43 мкМ/л, на фоне лечения – 59,32±7,03 мкМ/л, p<0,001) и аналогичными показателями СМАД на фоне лечения лозартаном: вариабельность ДАД днем (r=-0,51, p<0,001), ночью (r=-0,45, p<0,001); индекс времени гипертензии ДАД днем (r=-0,62, p<0,001), ночью (r=-0,43, p<0,001); суточный индекс ДАД (r=-0,53, p<0,001). Однако, на фоне лечения кандесартаном (в среднем по группе NO в сыворотке крови: исходно – 38,56±2,68 мкМ/л, на фоне лечения – 89,17±10,5 мкМ/л, p<0,0001) была выявлена сильная обратная корреляционная связь: вариабельность ДАД днем (r=-0,94, p<0,001), ночью (r=-0,93, p<0,001); индекс времени гипертензии ДАД днем (r=-0,95, p<0,001), ночью (r=-0,81, p<0,001); суточный индекс ДАД (r=-0,78, p<0,001).

Выводы: выявлена достоверная зависимость между увеличением концентрации NO в крови, т. е. повышением активности эндотелиальной функции и нормализацией показателей суточного профиля АД, причем более эффективной при лечении кандесартаном.

608 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И КАНДЕСАРТАНОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Потешкина Н.Г., Селиванова Г.Б., Жалсараев Т.Ж.
ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Минздравсоцразвития России, кафедра общей терапии, Москва, Россия

Цель исследования: определение и сравнительная оценка влияния антигипертензивной терапии лозартаном и кандесартаном на качество жизни пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией.

Материалы и методы: в исследование включено 60 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией 1-2 степени: мужчин – 25 (41,6%), женщин – 35 (58,4%), средний возраст – 52,4±6,5 лет, длительность АГ – 7,2±3,3 лет. Первую группу составили 28 больных, средний возраст – 49,6±5,4 лет, длительность АГ – 6,9±4,4 лет, которым проводилась антигипертензивная терапия лозартаном в дозе 50-100 мг/сут. Вторую группу составили 32 больных, средний возраст – 53,1±6,3 лет, длительность АГ – 7,4±3,8 лет, которым проводилась терапия кандесартаном в дозе 8-16 мг/сут. Проводилось СМАД аппаратом "BPLab" МнСДП-2 при поступлении больного в стационар и через 4 недели на фоне терапии. Проводилось анкетирование Опросником качества жизни Марбургского университета (GWBQ) и Опросником качества жизни SF-36. Обработка результатов исследования осуществлялась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты: при сравнительной оценке результатов исследования в группе лозартана исходно и на фоне лечения была достоверно выявлена умеренная прямая корреляционная связь между показателями шкал опросника SF-36, опросника GWBQ и такими показателями СМАД, как: вариабельность ДАД в начале лечения днем (r=0,69, p<0,001), ночью (r = 0,54, p<0,001); среднее ДАД днем (r=0,65, p<0,001), ночью (r=0,60, p<0,001); индекс времени гипертензии ДАД днем (r=0,58, p<0,001) и ночью (r=0,67, p<0,001). А в группе кандесартана по аналогичным показателям выявлена сильная корреляционная связь: вариабельность ДАД в начале лечения днем (r=0,89, p<0,001), ночью (r=0,91, p<0,001); среднее ДАД днем (r=0,87, p<0,001), ночью (r=0,94, p<0,001); индекс времени гипертензии ДАД днем (r=0,90, p<0,001) и ночью (r=0,85, p<0,001). Таким же образом была выявлена обратная корреля-

ционная связь с показателями таких шкал SF-36, как: социальное функционирование (r=-0,89, p<0,001), эмоционально-ролевое функционирование (r=-0,84, p<0,001) и показателями шкал GWBQ: физическое самочувствие (r=-0,77, p<0,001), отрицательное психологическое самочувствие (r=-0,69, p<0,001).

Выводы: нормализация суточного профиля АД на фоне терапии лозартаном и кандесартаном способствует значительному улучшению качества жизни пациентов с артериальной гипертензией. Кроме того, полученные результаты свидетельствуют, что кандесартан, по сравнению с лозартаном, достоверно эффективнее влияет на показатели суточного профиля АД и улучшение качества жизни.

609 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА АПФ ПЕРИНДОПРИЛА НА СИСТЕМНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Правдивцева Е.В., Сванадзе А. М., Рыльский Д.С., Потешкина Н.Г.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Кафедра общей терапии ФУВ, Москва, Россия

Цель: оценить влияние ингибитора АПФ Периндоприла на показатели системной и почечной гемодинамики у больных лимфопролиферативными заболеваниями на фоне терапии антрациклиновыми антибиотиками.

Методы исследования: обследовано 26 пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями (неходжкинские лимфомы, лимфогранулематоз), средний возраст 52,35±17,59 лет, из них 10 мужчин. Все пациенты получали курс полихимиотерапии с антрациклиновыми антибиотиками (средняя курсовая доза доксорубицина 34,65±12,85 мг/м^2) и обследованы до начала и в первые сутки после завершения курса полихимиотерапии. Случайным образом пациенты были разделены на 2 группы. I группа (n=14, 53,85%) – больные, получавшие только курс полихимиотерапии, II группа (n=12, 46,15%) – пациенты, которым в течение курса полихимиотерапии добавлен Периндоприла аргинин в дозе 10 мг/сут. Группы сопоставимы по полу и возрасту (p_{I-II}=0,27), средней курсовой дозе доксорубицина (p_{I-II}=0,74). Ультразвуковая доплерография почечных артерий проводились неинформированным исследователем. Показатели гемодинамики оценивались при помощи КАП ЦГосм-"Глобус".

Результаты: Во II группе отмечалось достоверное снижение общего периферического сосудистого сопротивления ($p_{II-Плечение}$=0,005). В I группе этот показатель достоверно не изменялся ($p_{I-Плечение}$=0,42, p_{I-II}=0,049). Податливость сосудистой стенки и удельное периферическое сосудистое сопротивление в динамике в обеих группах достоверно не изменялись ($p_{I-Плечение}$=0,22, $p_{II-Плечение}$=0,41 и $p_{I-Плечение}$=0,36, $p_{II-Плечение}$=0,07 соответственно). При оценке почечной гемодинамики в I группе отмечалось увеличение пульсационного ($p_{I-Плечение}$=0,014 для правой и $p_{I-Плечение}$=0,12 для левой почки) и резистивного индексов ($p_{I-Плечение}$=0,11 для правой и $p_{I-Плечение}$=0,047 для левой почки). Во II группе эти индексы достоверно не изменялись ($p_{II-Плечение}$=0,61, $p_{II-Плечение}$=0,46 для правой и $p_{II-Плечение}$=0,35, $p_{II-Плечение}$=0,14 для левой почки). Также в I группе наблюдалось снижение средней ($p_{I-Плечение}$=0,48 для правой и $p_{I-Плечение}$=0,01 для левой почки) и конечной диастолической скорости кровотока ($p_{I-Плечение}$=0,24 для правой и $p_{I-Плечение}$=0,047 для левой почки), снизилось ускорение систолического кровотока ($p_{I-Плечение}$=0,002 для правой и $p_{I-Плечение}$=0,23 для левой почки), возросло время ускорения систолического кровотока в почечных артериях ($p_{I-Плечение}$=0,02 для правой и $p_{I-Плечение}$=0,23 для левой почки). Во II группе достоверных изменений этих показателей не выявлено ($p_{СрС}$=0,42, $p_{КДС}$=0,87, $p_{УСК}$=0,74, $p_{ВУСК}$=0,8 для правой и $p_{СрС}$=0,15, $p_{КДС}$=0,74, $p_{УСК}$=0,31, $p_{ВУСК}$=0,31 для левой почки).

Выводы: у пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями в первые сутки после курса химиотерапии с доксорубицином (средняя курсовая доза 34,65±12,85 мг/м^2) отмечается возрастание пульсационного и резистивного индексов, снижение средней и конечной диастолической скорости кровотока, ускорение систолического кровотока и увеличение времени ускорения систолического кровотока в почечных артериях. Добавление к терапии Периндоприла в дозе 10мг в сутки достоверно снижает общее периферическое сосудистое сопротивление и профилактирует нарушение почечной гемодинамики.

610 ПАРАМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛАСТИЧНОСТИ АРТЕРИЙ

Пристром А.М., Гайшун Е.И.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

Хорошо известно, что нарушение эластичности крупных артерий является независимым предиктором сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Поэтому важное значение придается оценкам жесткости сосудистой стенки, которые обычно получают с помощью различных показателей. Однако большинство из них достаточно сильно зависит от артериального давления (АД), что существенно снижает их надежность.

Цель исследования. Получить показатели эластичности артерий, включающие числовой параметр, позволяющий учесть морфофункциональное состояние сосудистой стенки и тем самым уменьшить зависимость от АД. Определить их значение для общей сонной артерии (ОСА) практически здоровых людей разного возраста и оценить степень влияния на них толщины комплекса интима-медиа (КИМ) у здоровых людей и у больных ИБС.

Материалы и методы. Проведен компьютерный анализ кривых диаметр – давление для артерий различной жесткости. Обследованы три группы практически здоровых лиц по 50 человек в возрасте 18-30 лет, 31-50 лет и 51-60 лет, а также 20 больных ИБС. У каждого из них было измерено АД на плечевой артерии, были определены диаметры ОСА в систолу и диастолу и толщина КИМ при ультразвуковом (дуплексном) сканировании.

Полученные результаты. Установлено, что часто коэффициент растяжимости артерий пропорционален величине Pm (P- давление, m≥0 некоторое число). На основании этого наблюдения обоснованы новые показатели $\gamma m = [(1-m)(Ds-Dd)] / [Dd(Ps1-m-Pd1-m)]$ и $Гm = h\,\gamma m$, где Ps и Pd – систолическое и диастолическое АД, Ds и Dd внутренние диаметры артерии в систолу и диастолу, h – толщина КИМ. Число m является параметром; его следует увеличивать при возрастании жесткости сосудистой стенки. Показано, что для молодых людей 18-30 лет m=1,1, для возрастных групп 31-50 лет и 51-60 лет m=1,2 и m=1,4 соответственно, для больных с атеросклеротическим поражением артерий m=1,7. На основании проведенных исследований ОСА установлено, что среднее значение γm для молодых людей 18-30 лет равно 0,55±0,02 мм рт.ст.0,1, для лиц 31-50 лет – 0,70±0,04 мм рт. ст.0,2, для лиц 51-60 лет 1,36±0,07 мм рт.ст.0,4. Соответствующие значения показателя Гm составляет 0,36±0,02 мм рт.ст.0,1, 0,55±0,03 мм рт.ст.0,2 и 1,23±0,06 мм рт. ст.0,4. Доказано, что показатели γm и Гm могут приводить к противоречивым заключениям о жесткости ОСА. Частота таких заключений достаточно велика; в группе 18-30 лет она составляет 0,21±0,02, в группе 31-50 лет – 0,15±0,02, в группе 51-60 лет – 0,13±0,02 и в группе больных ИБС – 0,18±0,03.

Выводы. Предложенные показатели эластичности позволяют более точно, чем существующие показатели, учесть морфофункциональные особенности артерий различных групп лиц и тем самым уменьшить зависимость их от АД. Установленные средние значения дают возможность оценить степень жесткости артерий как одного из факторов риска развития ССЗ. Противоречия в выводах об упругих свойствах ОСА объясняются тем, что показатели γm и Гm ориентированы на оценку различных свойств артерий – растяжимости и эластичности сосудистой стенки.

611 ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО КУРСЫ АДАПТАЦИИ К ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Пристром М.С., Байда А.В., Семененков И.И.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

Заболевания, связанные с нарушениями процессов транспорта кислорода в организме, занимают ведущее место среди всех внутренних болезней человека, в частности сердечно-сосудистые заболевания. Одной из перспективных немедикаментозных методик лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы является гипобаротерапия, цель применения которой состоит в повышении устойчивости клеток и тканей к гипоксии, "отодвигании" порога развития тканевой гипоксии, повышении общей, в том числе и неспецифической, резистентности организма. В настоящее время в литературе недостаточно освещено влияние гипобарической гипоксии на изучение процессов ПОЛ и сопряженного с ним состояния АОЗ организма.

Целью данной работы явилось исследование процессов ПОЛ и сопряженного с ним состояния АОЗ организма у пациентов с АГ различной степени тяжести под влиянием курсов гипобаротерапии.

Материал и методы. Нами обследовано 143 пациента с артериальной гипертензией II-III ст. Средний возраст больных основной группы составлял 69,2±2,8 года, средняя длительность заболевания 15,6±1,4 года; средний возраст пациентов контрольной группы 68,3±2,3 года, средняя длительность заболевания 15,9±1,1 года.

Всем пациентам основной (медикаментозное лечение+курсы гипобаротерапии) и контрольной (только медикаментохное лечение) групп до и после лечения проводилось исследование процессов ПОЛ и АОЗ организма.

Результаты. При исследовании перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты организма у пациентов с АГ II ст. основной группы в процессе лечения выявлено достоверное снижение таких показателей, как: $ДК_{233}$ с 2,10±0,20 до 1,20±0,10 усл. ед./л; МДА с 8,60±1,20 до 6,70±0,90 мкмоль/л; ретинол с 1,00±0,30 до 1,80±0,40 мкмоль/л; α-токоферол с 1,10±0,30 до 2,50±0,50 мкмоль/л. У пациентов с АГ II ст. в группе контроля в процессе лечения выявлено достоверное снижение $ДК_{233}$ с 2,00±0,40 до 1,40±0,40 усл.ед./л и ШО с 0,60±0,20 до 0,40±0,10 усл.ед./л.

При исследовании перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты организма у пациентов с АГ III ст. основной группы в процессе лечения выявлено достоверное снижение таких показателей, как: $ДК_{233}$ с 2,10±0,40 до 1,20±0,20 усл.ед./л; $ДК_{278}$ с 0,40±0,02 до 0,20±0,03 усл.ед./л; МДА с 8,70±1,20 до 6,70±0,80 мкмоль/л; ШО с 0,60±0,20 до 0,30±0,03 у.е./л; ретинол с 0,70±0,04 до 1,70±0,60 мкмоль/л; α-токоферол с 1,40±0,30 до 3,20±0,70 мкмоль/л.. У пациентов с АГ III ст. в группе контроля в процессе лечения выявлено достоверное снижение МДА с 8,70±1,10 до 7,40±1,40 мкмоль/л. и ШО с 0,60±0,20 до 0,40±0,10 усл.ед./л.

Выводы. Таким образом, из полученных данных можно заключить, что комплексное лечение более эффективно у больных АГ, чем традиционная медикаментозная терапия.

612 СОДЕРЖАНИЕ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЧАСТОТОЙ ПАРОКСИЗМОВ

Пристром М.С., Олихвер Ю.А., Семененков И.И., Артющик В.В.

ГУО "Белорусская медицинская академия последипломного образования", Минск, Республика Беларусь

Цель исследования – изучение жирнокислотного спектра сыворотки крови у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и персистирующей формой ФП, а также выявление взаимосвязи между уровнем жирных кислот и частотой пароксизмов ФП.

Материал и методы. В исследование было включено 54 человека: 64 больных ИБС с персистирующей формой ФП в возрасте от 53 до 82 лет, средний возраст составил 62±7,5 лет; в контрольную группу вошли 20 пациентов с ИБС без ФП, средний возраст составил 64±8,1 лет. Всем пациентам выполнялось эхокардиографическое исследование (Эхо-КГ) по стандартному протоколу в М- и В- режиме. Концентрацию жирных кислот определяли методом газовой хроматографии. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета статистических программ "STATISTICA 6.0" (StatSoft, США). Сравнение непараметрических данных проводилось с помощью критерия Вилкоксона. Для оценки степени взаимосвязи использовали метод линейной корреляции с расчетом коэффициента (R) корреляции Спирмена. Различия считались статистически значимыми при уровне $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. После проведения Эхо-КГ было сформировано 2 группы пациентов с ФП: 1-я группа – 34 человек с дилатацией левого предсердия (ЛП более 40 мм), 2-я группа – 30 человек без дилатации ЛП (до 40 мм). При изучении содержания ЖК в группах с ФП по сравнению с контрольной был выявлен достоверно более высокий уровень насыщенных ЖК (C14:0, C15:0, C16:0, C17:0, C18:0) и более низкое содержание омега-3 ПНЖК (C20:5n3, C22:6n3). При этом в группе больных с персистирующей формой ФП без дилатации ЛП содержание омега-3 ПНЖК достоверно ($p<0,05$) ниже, чем с дилатацией ЛП.

Нами проводился анализ частоты возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий у пациентов с дилатацией и без дилатации ЛП за трехмесячный период. Было выявлено, что в группе с дилатацией ЛП частота возникновения пароксизмов составила 1,27 случая, в то время как без дилатации – 1,34. При изучении полученных данных была установлена отрицательная корреляционная связь между уровнем омега-3 ПНЖК (ЭПК, ДГК) и частотой возникновения пароксизмов ФП: в группе с дилатацией ЛП и ЭПК $R=-0,51$, $p<0,05$; в группе с дилатацией ЛП и ДГК $R=-0,43$, $p<0,05$; в группе без дилатации ЛП и ЭПК $R=-0,41$, $p<0,05$.

Заключение. Таким образом, на основании полученных данных можно предположить, что более низкое содержание омега-3 ПНЖК в сыворотке крови больных ИБС с персистирующей формой ФП является предрасполагающим фактором для возникновения пароксизмов ФП.

613 СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН С ПРИОБРЕТЁННЫМ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ

Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Семенова Е.А.

ГОУ ВПО "Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко" Минздравсоцразвития РФ, Воронеж, Россия

Цель: исследовать сократительную функцию левого желудочка у пациентов мужского пола, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ).

Методы исследования: обследовано 32 мужчины, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН), в возрасте от 34 до 60 лет (средний возраст 51±6,5 лет). ХСН возникла вследствие ИБС, стабильной стенокардии напряжения, ФК II-III, перенесенного инфаркта миокарда, ХОБЛ. Больные, включённые в исследование, страдали ХСН II-III ФК по NYHA, ХОБЛ II-III стадии. Диагноз ХОБЛ соответствовал критериям GOLD (2007). Функция внешнего дыхания исследовалась прибором Vitalograph. Эхокардиографическое

исследование проводилось на аппарате Sonoline G50. Массу миокарда левого желудочка рассчитывали по формуле R. Devereux и N.Reichek (1977). Концентрацию общего тестостерона определяли на анализаторе ПИКОН (Россия). Андрогенный дефицит диагностировали согласно биохимическим критериям, приведённым в международных рекомендациях ISA, ISSAM и EAU (2006). Статистическая обработка данных производилась по программе STATISTICA version 6.0.

Полученные результаты. У 13 больных (40,6%) содержание общего тестостерона было менее 8 нмоль/л. Ещё у 8 (25%) пациентов концентрация тестостерона была в диапазоне от 8 до 12 нмоль/л. Лишь у 11 мужчин (34,4%) отсутствовали биохимические признаки андрогенодефицита. Таким образом, у большинства мужчин (65,6%) мужчин с ХСН имелся андрогенный дефицит. Как один из фенотипических признаков дефицита тестостерона, абдоминальное ожирение (окружность талии 102 и больше см), наблюдалось у 19 больных, что составило 60%. Выявлена тесная взаимосвязь низкого уровня тестостерона с окружностью талии и абдоминальным ожирением (R=0,44, p=0,014). При корреляционном анализе было установлено наличие прямой связи уровня общего тестостерона с фракцией выброса левого желудочка (R=0,42, p=0,016). Уровень тестостерона при этом обратно коррелировал с ИММЛЖ (R=-0,29, p=0,02). Исследование функции внешнего дыхания выявило прямую взаимосвязь между значениями ОФВ1 и уровнем тестостерона (R=0,36, p=0,02).

Выводы: 1. У 65,6% мужчин, страдающих хронической ИБС и ХОБЛ, наблюдается приобретённый андрогенодефицит.

2. Выявленная связь между снижением систолической функции левого желудочка и уменьшением уровня тестостерона может служить основанием для использования заместительной гормональной терапии в лечении сердечной недостаточности у мужчин.

614 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Провоторов В.М., Гречушкина И.В., Гречкин В.И., Кретинина Т.И, Сергеева Н.И., Кутюрин Г.В.

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

Сердечно-сосудистые заболевания довольно часто сопутствуют ХОБЛ и являются одной из основных причин смерти пациентов. Самой распространённой среди них является ИБС (67%).

Прогрессирование ХОБЛ не только увеличивает летальность от сердечно-сосудистых заболеваний, но и изменяет клиническую картину ИБС.

Цель. Определить распространённость ИБС у больных ХОБЛ и выявить влияние тяжести ХОБЛ на течение ИБС.

Материалы: обследованы 70 больных с ХОБЛ II-III ст. с сопутствующей ИБС (стабильная стенокардия 2-3 ФК, аритмический вариант).

Методы: всем больным проводились клинико-лабораторные методы исследования, спирометрия с определением ОФВ1, УЗИ сердца, холтеровское мониторирование, ЭКГ.

Результаты. При исследовании структуры сердечно-сосудистых заболеваний групп больных с ХОБЛ II и III стадий было выявлено, что у пациентов с ХОБЛ III чаще встречаются: стабильная стенокардия (65%), нарушения ритма (70%), инфаркт миокарда (50%). У пациентов с ХОБЛ II распространённость их соответственно ниже: стабильная стенокардия (48%), нарушения ритма (40%), инфаркт миокарда (32%). Возможно снижение ОФВ1 является фактором, влияющим на частоту сердечно-сосудистых заболеваний.

Выявлена высокая встречаемость аритмий у больных ХОБЛ, среди которых желудочковые нарушения ритма превалировали (71%), что возможно связано с приёмом в2 агонистов и теофеллина.

При исследовании группы больных ХОБЛ с инфарктом миокарда в анамнезе установлено, что в 70% случаев инфаркт миокарда предшествовал появлению стабильной стенокардии напряжения.

У пациентов с ХОБЛ III ст. с сопутствующей ИБС в сравнении с ХОБЛ II чаще наблюдаются боли в области сердца, потребность в нитратах соответственно выше, в 1,5-2 раза больше количества госпитализаций с прогрессирующей стенокардией.

Заключение. Таким образом, частая встречаемость ИБС и более тяжёлое течение у больных с тяжёлой бронхообструкцией возможно связано с суммированием воспалительных процессов, лежащих в основе как ХОБЛ, так и атеросклероза при ИБС.

615 ДИНАМИКА АЛЬБУМИНУРИИ И ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА

Протасов К.В., Дзизинский А.А., Федоришина О.В.

ГОУ ДПО “Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Росздрава”, Иркутск, Россия

Цель: изучить нефропротективный, гипотензивный и сосудистый эффекты фиксированной комбинации лизиноприла и амлодипина у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа и артериальной гипертензией (АГ) с микроальбуминурией (МАУ).

Методы исследования. В исследование включено 27 больных СД 2 типа в сочетании с АГ и МАУ, из них 15 женщин и 12 мужчин в возрасте от 46 до 69 лет. Диагноз МАУ устанавливали при содержании альбумина в утренней разовой порции мочи в пределах 20-199 мг/л. Пациентам назначали фиксированную комбинацию лизиноприла 10 мг и амлодипина 5 мг (Экватор®, “Гедеон Рихтер”, Венгрия) в стартовой дозе 1 табл. в сут. При недостижении целевого уровня АД<130/80 мм рт. ст. дозу препарата удваивали, а затем, при отсутствии эффекта, добавляли гидрохлоротиазид в дозе 12,5 мг. Длительность лечения составила 24 недели. Оценивали влияние терапии на уровень альбуминурии по концентрации альбумина и отношению альбумин/креатинин в утренней порции мочи, скорость клубочковой фильтрации, офисное и среднесуточное АД, степень эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) и результаты активной ортостатической пробы, которые определяли исходно, на 12 и 24 неделе исследования.

Результаты. Исследование по протоколу завершили 24 пациента (88,9%). Средняя суточная доза экватора составила 1,53 табл. Отмечено достоверное снижение альбуминурии на 47,0% (с 38,9 (34-61) до 23,4 (4-59) мг/л; p<0,02), отношения альбумин/креатинин мочи – на 51,8% (с 6,6(4-11) до 2,9 (1-8) мг/ммоль; p<0,02), офисного АД на 18,7/15,7 мм рт.ст., среднесуточного АД на 9,9/7,5 мм рт.ст. Нормоальбуминурия достигнута у 10 человек (41,7%), целевой уровень АД<130/80 мм рт.ст. – у 15 (62,5%). У пяти пациентов (20,8%) степень альбуминурии увеличилась, из них у одного (4,2%) развилась протеинурия. Скорость клубочковой фильтрации не уменьшалась (80,5 (66-105) – 84,0 (72-95) мл/мин; p=0,7). Отмечена тенденция к увеличению ЭЗВД на 3,4% (с -0,3(-5+4) до +4,0 (-1+8); p=0,05). При этом не нарастала ортостатическая гипотензия. Медиана гликированного гемоглобина достоверно уменьшилась с 8,6 (6,6-10,0) до 8,2 (6,8-9,0)%; p<0,02). Побочные эффекты на фоне приема препарата выявлялись со следующей частотой: сухой кашель – у двух человек (7,4%), крапивница и кожный зуд – у одного (4,2%).

Выводы. У больных диабетической и гипертензивной нефропатией терапия фиксированной комбинацией лизиноприла и амлодипина (Экватор®) в течение 24 недель эффективно уменьшала экскрецию альбумина с мочой, уровни офисного и среднесуточного АД, а также улучшала функцию

эндотелия. Отмечена хорошая переносимость и метаболическая нейтральность препарата. На фоне лечения не зафиксировано усиления ортостатической гипотензивной реакции, что указывает на гемодинамическую безопасность препарата у данной категории больных.

616 КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТРАНЗИТОРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Протасов К.В., Боронова В.Б., Дзизинский А.А., Федоришина О.В.

ГОУ ДПО "Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Росздрава", Иркутск, Россия

Цель: изучить клинические проявления кратковременных эпизодов артериальной гипотензии у больных гипертонической болезнью (ГБ) пожилого и старческого возраста в зависимости от выраженности сдвигов гемодинамики и времени их возникновения.

Методы исследования. У 260 пожилых больных ГБ (средний возраст 73,2±7,3 года) проводили суточное мониторирование АД. На суточных кривых АД выделяли экстремальные снижения систолического АД, меньшие индивидуального среднедневного или средненочного АД на 2 и более стандартных отклонения и уровня АД 90/70 мм рт.ст. днем и 80/60 мм рт.ст. – ночью. По дневниковым записям оценивали соответствующие эпизодам события и субъективные ощущения. Анализировали клинические проявления транзиторной гипотензии в зависимости от пола, возраста, степени снижения АД и времени ее регистрации.

Результаты. Выявлено 63 эпизода артериальной гипотензии (в среднем, 0,9 за сутки) у 48 больных ГБ (18,5%). Медиана систолического АД на высоте эпизода составила 84,0(80-88), диастолического АД, соответствующего минимальному систолическому – 51,0 (46-56) мм рт.ст. По дневникам пациента удалось проанализировать 56 случаев гипотензии (88,9%). Больше половины эпизодов развивались в период бодрствования (32, 57,1%) и, как правило, протекали бессимптомно (22 из 32, 68,8%). 17 случаев артериальной гипотензии (53,1%) возникали в условиях физического и психоэмоционального покоя, 7(21,9%) – во время физической нагрузки, 4(12,5%) – при пробуждении и переходе в ортостаз, 2 – во время приема пищи, по одному – во время внутривенной инфузии и психоэмоционального стресса. Среди клинических проявлений (10 случаев из 32, 31,2%) отмечены, по мере убывания частоты обнаружения, тяжесть в голове и головная боль, слабость и чувство дурноты, кардиалгия, одышка. 24 эпизода гипотензии зарегистрированы во время ночного (16, 66,7%) и послеобеденного сна (8, 33,3%). Установлены два временных интервала, когда вероятность кратковременного снижения АД наиболее высока: с 6:00 до 8:00 (16, 25,4%) и с 14:00 до 16:00 часов (19, 30,2%). Условия и время возникновения, а также субъективная симптоматика преходящей гипотензии не зависели от пола, возраста, среднесуточного АД и АД на высоте эпизода. Симптомная гипотензия, в отличие от бессимптомной, сопровождалась более выраженным снижением диастолического АД (на 23,4 (17-29) и 15,8 (-11-23) мм рт.ст., соответственно; p=0,034). 90% (9 из 10) всех случаев симптомной гипотензии и 45,5% бессимптомной (10 из 22) приходились на период с 13:00 до 17:00 часов ($p\chi^2$=0,02).

Выводы. Выявлены следующие особенности клинической симптоматики гипотензивных эпизодов: бессимптомное течение в большинстве случаев, частое возникновение во время ночного и послеобеденного сна и относительно редкое – при переходе в ортостаз, преобладание среди симптомов тяжести в голове и головокружения, большая степень снижения диастолического АД при симптомной гипотензии. Субъективные ощущения чаще сопровождают постпрандиальную гипотензию.

617 ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Пулатов О.Я., Камилова У.К., Абдуллаев С.П., Авезов Д.К., Алиева Т.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить показатели окислительного стресса у больных инфарктом миокарда молодого возраста.

Материал и методы: Обследованы 74 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ). Больные были разделены на 2 группы: 38 больных ОИМ молодого возраста составили 1 группу и 36 больных ОИМ в возрасте старше 60 лет составили 2 группу. Оценивали показатели перекисного окисления липидов – малоновый диальдегид (МДА), о состоянии антиокислительной ферментативной системы судили по активности ферментов каталазы и супероксидисмутазы (СОД). Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц ECXEL 6.0 Windows-95. Параметры описывались в виде: среднее арифметическое ± стандартное отклонение (M±SD).

Полученные результаты: Результаты исследования показали, что у больных ОИМ молодого возраста увеличение уровня показателя МДА был на 32,4% выше по сравнению с показателями группы больных ОИМ в возрасте старше 60 лет. Высокое содержание $ONOO^-$ в результате усиления процессов перекисного окисления липидов способствует задержке в тканевых структурах многих ферментных систем, в том числе ферментов антиоксидантной системы – СОД и каталазы. Показатель СОД у больных с ОИМ молодого возраста был снижен на 33,5% по сравнению с группой больных ОИМ в возрасте старше 60 лет. Наблюдалось также снижение уровня каталазы на 29,8% по сравнению с группой больных ОИМ в возрасте старше 60 лет, что свидетельствует о снижении активности АОС и возможно связано с участием СОД и каталазы для подавления гиперэкскреции O_2^-, который используется в тканях для реакции с NO и образования $ONOO^-$.

Выводы: У больных ОИМ молодого возраста отмечается более выраженное усиление процессов окислительного стресса, характеризующиеся увеличением содержания МДА и снижением активности антиоксидантной системы.

618 РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Пустотина З.М.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель работы: изучить патогенетические особенности микроциркуляции и её влияние на формирование артериальной гипертензии и структурно-функциональные изменения левого желудочка у женщин с хирургическим климаксом и постгистерэктомическим синдромом.

Материалы и методы. Обследованы 70 женщин (средний возраст 45±5,3 года), 1-ю группу составили 25 женщин с полной резекцией яичников, имеющие клинические и лабораторные (уровень фолликулостимулирующего гормона в крови более 20 МЕ/л) признаки эстрогенового дефицита. 2-ю группу составили 45 женщин с постгистерэктомическим синдромом. В группе контроля обследовано 20 здоровых женщин в возрасте 44±5лет с сохраненной менструальной функцией. Суточное мониторирование АД (СМАД) осуществляли с помощью аппарата "Cardiotens-01" фирмы "Meditech" (Венгрия) с использованием программного обеспечения Medibase. Эхокардиографическое исследование проводилось по методике американской ассоциации эхокардиографии на аппарате "Logic 5". Исследование микроциркуляции про-

водилось методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП "Лазма", Россия). Агрегацию тромбоцитов исследовали в обогащенной тромбоцитами плазме с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов НПФ "Биола" (Москва). В качестве индуктора агрегации тромбоцитов применяли растворы АДФ (5 и 10 мкг/мл), коллагена (1мг/мл) и адреналина (2,5 мкг/мл) ООО "Технология-стандарт". Определение показателя лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) осуществляли по методу Ю.А.Витковского и соавт.(1999г.) Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Biostat с применением критерия Манна-Уитни, Фишера и критерия соответствия.

Результаты. У оперированных женщин был ниже показатель микроциркуляции, повышены показатели нейрогенного и миогенного сосудистого тонуса по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). В группе контроля преобладал нормоциркуляторный ГТМ (65%), в группах оперированных женщин преобладали патологические ГТМ, и чаще всего встречался застойно-стазический ГТМ. У женщин с хирургическим климаксом отмечалась активация спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов, увеличивался показатель лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии. У 64% женщин с хирургическим климаксом выявлена артериальная гипертензия, в этой группе выявлены более выраженные нарушения микроциркуляции, чаще встречались патологические ГТМ. У пациенток, имеющих нарушения микроциркуляции достоверно чаще отмечалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, а у женщин с нормоциркуляторным типом микроциркуляции – нормальная геометрия ЛЖ.

Выводы. У женщин с хирургической менопаузой имеют место значительные нарушения микроциркуляции, что наряду с другими факторами обусловливает формирование артериальной гипертензии и оказывает влияние на ремоделирование левого желудочка.

619 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ И РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Пучиньян Н.Ф., Долотовская П.В., Каткова Л.А., Довгалевский Я.П., Фурман Н.В.

ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель. Оценить приверженность рекомендованной антиагрегантной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), рассмотреть возможные причины низкой приверженности предписанной терапии и оценить риск развития сердечно-сосудистых осложнений в течение 12 месяцев после госпитализации.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 492 пациента с разными формами ИБС (271 пациент с ОКС, 221 пациент со стабильной стенокардией напряжения, последовательно поступавшие в отделение неотложной кардиологии и кардиологическое отделение СарНИИК. Всем пациентам, согласно клиническим рекомендациям, проводилось комплексная терапия, включавшая антиагреганты (АСК), антикоагулянты, β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины. Анализировались частоты назначения препаратов, потенциально улучшающих прогноз течения ИБС.

В течение 12 месяцев отслеживалось развитие сердечно-сосудистых осложнений (смерть, инфаркт миокарда, инсульт, эпизоды нестабильной стенокардии, декомпенсация сердечной недостаточности). Оценивалась приверженность пациентов рекомендованной терапии.

Результаты. При выписке из стационара терапия АСК была рекомендована 98% пациентам, β-адреноблокаторы – 95%, иАПФ – 97%, статины – 63%. Двойная антиагрегантная терапия (АСК+клопидогрель) была рекомендована 26,6% пациентов. Через 12 месяцев только 88% пациентов продолжили терапию АСК, 66% – β-адреноблокаторы, 74% – иАПФ, 44% – статины.

У 19,4% пациентов, не соблюдавших рекомендованную терапию АСК, по сравнению с 5,9% больных, придерживавшихся терапии, развились атеротромботические события (ОР=3.24 [95% ДИ 1,75–6,00 p=0.05]).

У 30 пациентов, прекративших приём клопидогреля, в течение первых 12 месяцев, отмечали тромбоз стентов (ОР=2,82 [95% ДИ 1,95–4,09 p<0.05]).

Анализ причин прекращения терапии АСК выявил, что обострение язвенной болезни, подтвержденное ФГДС, являлось причиной отмены антиагрегантной терапии в 10% случаев, боязнь "обострения"/ "формирования" язвы – 32%, забывчивость – 11%. Из-за высокой стоимости препаратов клопидогреля были вынуждены прервать терапию 33,5% пациентов.

Заключение. Значимая часть пациентов (около 1/3) прекращает рекомендованную терапию в течение 12 месяцев после развития ОКС. Основными причинами несоблюдения режима приёма антиагрегантных препаратов являются "страх осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта" при применении АСК и высокая стоимость препаратов клопидогреля. Низкая приверженность терапии, чаще всего обусловленная субъективными причинами, ассоциируется с 3-х кратным риском развития сердечно-сосудистых осложнений (ОР=3,27 [95% ДИ 2,49–4,30 p=0.05]).

620 МУТАЦИИ В ГЕНЕ HFE ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пушкарева А.Э.[1], Хусаинова Р.И.[2], Гибадуллина Э.А.[3], Хабибуллина А.С. [3], Хуснутдинова Э.К.[2]

ГОУ ВПО БГМУ [1], Институт биохимии и генетики человека УНЦ РАН[2], МО ГКБ №13[3], Уфа, Россия

В ряде исследований определена взаимосвязь между мутациями в некоторых генах, ассоциированных с развитием гемохроматоза и развитием сердечной недостаточности и ИБС. К настоящему времени известны две мутации в гене HFE, бесспорно ассоциированные с гемохроматозом. Первая – замена цистеина в положении 282 на тирозин (C282Y) – выявляется у 90-95% больных с типичным НГХ. Вторая – замена гистидина в положении 63 на аспарагин (H63D).

Целью исследования было изучить наличие ассоциаций между HFE мутациями и развитием различных типов ремоделирования миокарда при сердечной недостаточности. Забор крови больных осуществляли на базе ГКБ №13 г. Уфы. Критериями включения были: ХСН на фоне ИБС, дилатационной кардиомиопатии, артериальной гипертонии (II–III стадии согласно Российским рекомендациям, 2004), гипертрофической кардиомиопатии без признаков обструкции выносящего тракта ЛЖ и их сочетания; четкие клинические признаки II–IV ФК ХСН; возраст моложе 60 лет. Больные ХСН были подразделены на три группы по данным эхокардиографии – эксцентрическая гипертрофия, концентрическая гипертрофия (умеренная) и выраженная концентрическая гипертрофия. Контрольная группа состояла из клинически осмотренных лиц обоего пола в возрасте 35-50 лет, им проведена электрокардиография, эхокардиография и УЗДС сосудов головного мозга с целью исключения наличия признаков патологии сердечной мышцы. Геномную ДНК выделяли методом последовательной фенольно-хлороформной экстракции из лейкоцитов цельной венозной крови. Генотипирование C282Y и H63D мутаций проводилось при помощи ПЦР синтеза ДНК с последующим ферментативным гидролизом с использованием праймеров и ферментов рестрикции, электрофорезом фрагментов в полиакриламидном гене и детекцией с использованием окрашивания бромистым этидием и визуализацией в ультрафиолетовом свете.

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета программ Genepop v.1.2 и Statistica v.5.5. Результаты исследования выявили высокую частоту мутации C282Y у больных с эксцентрической гипетрофией (0.094) в сравнении с группой контроля (0.033) и больных с концентрической гипертрофией (0.034). Гетерозиготные носители мутации H63D встречались чаще при эксцентрической гипертрофии (0.333) и выраженной концентрической гипертрофии (0.233) в сравнении с контролем (0.115), а гомозиготные носители H63D выявлены с очень высокой частотой при выраженной концентрической (0.35), в сравнении с эксцентрической гипертрофией (0.013) и у больных в целом (0.020). Таким образом, результаты изучения C282Y и H63D мутаций демонстрируют возможную функциональную значимость данных мутаций для процессов ремоделирования миокарда при сердечной патологии.

621 СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН

Пушкарев Г.С.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр” Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Тюмень, Россия

Целью работы явилось изучение влияния социального градиента на относительный риск (ОР) смерти от кардиоваскулярных заболеваний в мужской популяции Тюмени.

Материал и 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 (ССЗ) 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 ССЗ. На ОР смерти от сердечно-сосудистых заболеваний оценивалось влияние уровня образования (начальное, среднее, высшее). Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки ОР сердечно-сосудистой смерти (СССм). ОР кардиоваскулярной смерти оценивался в два этапа. На первом этапе оценивалось влияние социального градиента, без учета традиционных факторов риска. На втором этапе в регрессионную модель Кокса были включены, помимо факторов социального градиента, САД, ДАД, индекс массы тела, а также статус курения

Результаты. ОР сердечно-сосудистой смерти у мужчин с начальным образованием в многофакторной модели снизился по сравнению с первой моделью с 2,44 до 1,90 (95% ДИ 0,87-4,15). У мужчин со средним уровнем образования ОР кардиоваскулярной смерти существенно не изменился. ОР составил 0,99 (95% ДИ 0,55-1,78). У лиц, занятых тяжелым физическим трудом, ОР сердечно-сосудистой смерти во второй модели, составил 2,56 (95% ДИ 1,02-6,43). ОР сердечно-сосудистой смерти в группе пенсионеров уменьшился с 1,27 до 0,79 (95% ДИ 0,3-2,10). В группах лиц, занятых легким и средним физическим трудом, а также специалистов и ИТР, ОР сердечно-сосудистой смерти сравнительно с первой моделью существенно не изменился, ОР составил 1,15 (95% ДИ 0,43-3,06), 0,93 (95% ДИ 0,43-2,04), и 0,91 (95% ДИ 0,37-2,25) соответственно. Сохранилась отчетливая связь брачного статуса с риском СССм во второй модели. ОР сердечно-сосудистой смерти в группе одиноких мужчин, увеличился с 2,62 до 4,62 (95% ДИ 2,57-8,31). В группе мужчин, состоящих в разводе, ОР увеличился с 2,9 до 3,25 (95% ДИ 1,92-5,52). В группе вдовых мужчин произошло снижение ОР кардиоваскулярной смерти с 5,67 до 3,67 (95% ДИ 1,4-9,59).

Выводы. Таким образом, наиболее высокий риск СССм в мужской популяции встречался у лиц с низким уровнем образования. При оценке риска СССм в многофакторной модели наиболее высокий риск сердечно-сосудистой смерти отмечался у мужчин, занятых тяжелым физическим трудом по сравнению с руководителями, а так же у одиноких, вдовых и разведенных мужчин по сравнению с женатыми мужчинами.

622 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У МУЖЧИН СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ

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

НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО “РЖД”, Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет*, Барнаул, Россия

Цель: оценить особенности психологического статуса у мужчин трудоспособного возраста стрессовой профессии.

Материалы и методы: Обследовано 96 мужчин, средний возраст 36,3±4,6 лет, по профессии машинисты и помощники машинистов ст. Барнаул. Проводилось анкетирование с использованием опросника Ридера (определение уровня стресса), теста оценки реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера-Ханина, шкалы HADS для выявления тревоги и депрессии. Для изучения особенностей личности использовался метод цветовых выборов Люшера (в адаптации Собчик Л.Н., 1990), который является одним из базовых при профессиональном психофизиологическом отборе машинистов.

Результаты. По шкале психологического стресса Ридера высокий и средний уровень стресса имели 59,4% обследованных, низкий уровень стресса – 40,6%. При этом большая часть опрошенных (68,8%) были очень обеспокоены своей работой, в то время как треть машинистов и их помощников (31,2%) не выразили такой обеспокоенности. По шкале Ридера частые напряженные отношения в семье возникают у 13,5% мужчин, 86,5% не отметили этот фактор как значимый. При оценке РТ Спилбергера-Ханина установлено, что умеренная РТ имела место у 57,3%, низкая РТ – у 42,7% работников локомотивных бригад. Умеренная и низкая ЛТ по Спилбергеру-Ханину у машинистов и их помощников встречалась одинаково часто (52,1% и 47,9% соответственно). При этом среди обследованных с умеренной ЛТ, по сравнению с группой с низкой ЛТ, в 4 раза ($p<0,001$) было больше мужчин с умеренной РТ (80,0 и 19,6% соответственно). По шкале HADS 5,2% опрошенных имели клиническую тревогу, 25,0% – субклиническую тревогу, нормальные показатели выявлены у 69,8% мужчин. Анализ депрессии по шкале HADS показал распространенность субклинической депрессии на уровне 10,4%, нормальные показатели имели 89,6% мужчин. По результатам метода цветовых выборов Люшера преобладали (62,5%) работники с низкой энергетической активностью, с ориентацией на покой и отдых, неготовностью к успешной деятельности в стрессовых условиях. Оптимальный уровень энергетической мобилизованности организма и высокая вероятность успешной деятельности в стрессовых условиях встречался в 21,9% случаев, повышенная мобилизованность организма, потребность в расходе энергии была характерна для 15,6% человек. Среди всех обследованных мужчин с удовлетворительным нервно-психическим состоянием было 78,1%, доля лиц с неудовлетворительным нервно-психическим состоянием – 21,9%.

Таким образом, у работников локомотивных бригад выявлена широкая распространенность психологического стресса, связанного с работой, повышенные уровни РТ и ЛТ; треть обследованных имели субклиническую или клиническую тревогу, около 10% – субклиническую депрессию. Для полной и всесторонней оценки психологического статуса у работников стрессовой профессии целесообразно комплексное использование шкал Ридера, Спилбергера-Ханина, HADS и метода Люшера.

623 ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рагель А.С., Рямзина И.Н., Корягина Н.А., Шапошникова А.И., Авдееев А.В.

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

Актуальность. На сегодняшний день функциональные резервы молодых людей, в том числе физическая работоспособность, не только снижают успешность обучения в Вузе, увеличивают риск отклонений, формируя условия для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель исследования. Оценить распространенность факторов риска (ФР) ССЗ у студентов медицинского ВУЗа.

Материалы и методы. Проведен анализ уровня здоровья 110 студентов (50 юношей и 60 девушек), обучающихся в ПГМА по специальности "Лечебное дело", в 2010 году, которые прошли обследование в Центре здоровья Свердловского и Ленинского районов г. Перми на базе ГКП №5 в рамках национальной программы "Здоровье". Обследование включало: выявление основных факторов ССЗ, измерение АД, экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы в крови, а также метод дисперсионного картирования ЭКГ (Кардиовизор).

Результаты. Возраст респондентов в выборке был 24,44±9,1 лет, при этом 45% мужчин и 65% женщин. Мужчины предъявляли жалобы на утомляемость (20%) и снижение работоспособности (7,8%); а девушки в большей степени отмечали снижение работоспособности (13,7%) и лабильность настроения (50%). Показатель ИМТ находился в пределах нормы – 21,87±9,55, при этом 10,2% – избыточную массу тела и 2% – ожирение, следует отметить, что ожирение было выявлено у мужского пола. Средний уровень систолического давления (САД) составлял 115, 92 мм рт.ст.±0,78 мм рт.ст., диастолического – 68 мм рт.ст±10,9 мм рт.ст. При этом 7% обследуемых имели повышенное нормальное САД – 130,63±5,1 мм рт.ст., также 4% студентов – артериальную гипертензию с уровнем САД – 145,61±8,2 мм рт.ст. Средняя ЧСС (срЧСС) составила 68,81±10,9 уд/мин, обращает на себя внимание, что срЧСС выше у группы с повышенным нормальным САД 137,2±14,2 мм рт.ст. ($p<0,05$). Глюкоза крови натощак – 5,1±0,67 ммоль/л, холестерина – 3,98±1,07 ммоль/л, но у 20% студентов уровень глюкозы >5,5 ммоль/л и у 9% – холестерин более 5,0 ммоль/л. 30% студентов употребляют никотин, из них 45% юношей и 55% девушек, уровень холестерина в этой подгруппе составил 4,2±0,99 ммоль/л. По данным дисперсионного картирования ЭКГ у более 50% респондентов выявлены изменения миокарда желудочков. Ежедневно работают на компьютере 60% юношей и 40% девушек, в т.ч. периодически по ночам – 35% юношей и 21% девушек. Отсутствие физических нагрузок отметили 76% студентов, из них 45% -мужчин и 55%-девушек.

Выводы. В настоящий момент в связи с урбанизацией и загруженность студентов, низкий уровень двигательной активности является одним из факторов, лимитирующих функциональные резервы, в том числе сердечно-сосудистой системы. Фактором, негативно влияющим на уровень адаптации студентов, является информационная перегрузка (компьютерные игры, мобильные телефоны с выходом в Интернет). А также лидируют артериальная гипертензия и курение.

624 РОЛЬ НАРУШЕНИЙ НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Радаева Е.В., Говорин А.В., Терешков П.П., Перевалова Е.Б., Муха Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

По данным ВОЗ более 500 млн. человек в мире хронически инфицированы вирусами гепатитов В или С. Лишь 5-20% инфицированных погибают от специфических её осложнений – цирроза печени и/или гепатоцеллюлярной карциномы. Большая часть пациентов до них не доживают, а пополняют статистику смертей от сердечно-сосудистых событий. Известно, что дисфункция эндотелия вносит существенный вклад в патогенез атеросклероза.

Цель исследования: изучить уровень метаболитов оксида азота в крови больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

Материалы и методы. Обследовано 19 больных хроническим вирусным гепатитом (13 мужчин и 6 женщин) средний возраст которых составил 36,1±8,1 лет, стаж заболевания 8±3 лет. Большинство пациентов были инфицированы вирусом гепатита С – 16 человек, 3 – вирусом гепатита В. Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 50 лет, эссенциальная и симптоматические артериальные гипертензии, заболевания сердца (стенокардия; инфаркт миокарда; реваскуляризация коронарных артерий), хронический алкоголизм и тяжелая сопутствующая патология. Контрольную группу составили 13 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Нитроксидпродуцирующую функцию эндотелия определяли по методу Голикова П.П. (2000 г.). Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи электронных таблиц EXCEL 2003 for Windows (Microsoft, USA) и программы "Biostat".

Результаты. У больных ХВГ уровень нитритов составил 17,2±4,8 мкмоль/л, что оказалось почти наполовину ниже чем в контрольной группе (27,39±2,35, $p<0,05$). Уровень суммарных метаболитов азота также был снижен и составил 20,5±3,8 мкмоль/л (33,7±2,6 в контроле, $p<0,05$). Количество нитрата в исследуемой группе и у здоровых достоверно не отличалось (4,5±1,2 мкмоль/л в группе больных ХВГ и 5,2±1,3 в группе здоровых лиц).

Выводы. У больных ХВГ установлено снижение нитроксидпродуцирующей функции эндотелия, что может вносить свой вклад в развитие атеросклероза у данной категории пациентов.

625 МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В КОРРЕКЦИИ ГИПОДИНАМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Разборова И.Б., Котельникова Е.В., Носенко А.Н., Карпова Э.С., Лямина Н.П.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Гиподинамия является одним из важных корригируемых факторов риска развития ИБС.

Цель исследования: изучение влияния различных методов физической тренировки (ФТ) на степень выраженности гиподинамии на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения у больных ИБС.

В исследование включено 48 больных ИБС мужского пола в возрасте от 45 до 64 лет, из них 34 перенесли инфаркт миокарда и 30 выполнено эндоваскулярное вмешательство (ЧКВ). Больные не имели противопоказаний к назначению длительных ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты были рандомизированы в 4 группы, сопоставимые по клиническому статусу и результатам ЧКВ. В I группе ФТ умеренной интенсивности проводились на тредмиле не менее 3-х раз в неделю, во II группе – тренировочная ходьба в заданном темпе не менее 2-х часов ежедневно, в III группе – ходьба с утяжелением в произвольном темпе не менее 1 часа ежедневно (масса тренирующего груза рассчитывалась индивидуально, приоритет № 2010136208 от 27.08.2010), IV группа – группа контроля, не выполняющая ФТ. Исходно и через 6 месяцев выполнения ФТ всем пациентам проводилось клиническое обследование, суточное мониторирование ЭКГ, СМАД, тредмил-тест, оценка степени выраженности гиподинамии (шагомеры Walking

Style II, модель OMRON HJ – 113 – E и опросник "Физическая активность "ГНИЦ профилактической медицины Росздрава).

Результаты. При исходном определении уровня физической активности (ФА) с помощью шагомера большинство обследованных пациентов во всех группах (70%) имели низкий уровень ФА, который соответствовал менее 7,5 тыс. шагов, проходимых ежедневно. При самостоятельной оценке пациентами повседневной ФА с помощью опросника: у 80% пациентов ФА в рабочее время составила не более 30 мин., а в свободное время 61% пациентов проходили расстояние менее 2 км ежедневно. Через 6 мес. регулярных физических тренировок в III группе 72% пациентов повысили свой уровень ФА: 47% совершали более 10 тыс. шагов и 25% от 7,5 до 10 тыс. шагов ежедневно. В группе I и II уровень ФА повысили 17% и 15% соответственно. В IV группе отмечена тенденция к снижению повседневной ФА у 82% пациентов. Прекращения ФТ в связи с развитием осложнений и нежелательных событий у больных не было. Повышение уровня ФА способствовало улучшению клинического статуса пациентов и увеличению толерантности к физической нагрузке.

Таким образом, применение ФТ – ходьбы с утяжелением, в качестве тренирующего фактора на амбулаторном этапе способствует повышению уровня физической активности и уменьшению выраженности гиподинамии у больных ИБС.

626 ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕНЗА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ, АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Расулова З.Д., Камилова У.К., Туляганова Д.К.

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский Центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель работы – изучение влияния агониста имидазолиновых рецепторов – физиотенза (моксонидин Solvay-Pharma) на структурно-функциональное состояние мембран эритроцитов, агрегационную активность тромбоцитов у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов с АГ II-III степени с МС с избыточной массой тела (индекс Кетле = 34,3±0,8 кг/м2), в возрасте 54,4±1,1 года и продолжительностью заболевания 12,5±1,5 лет. Больные разделены на 2 группы: I (основная) группа – 32 человека в течение 6 месяцев принимала физиотенз в дозе 0,2-0, 4 мг/сут., II группа (сравнения) – 29 человек принимала лизиноприл в дозе 5-10 мг. Структурно-функциональное состояние мембран эритроцитов изучалось путем определения фракций фосфолипидов (ФЛ). Методом Born на лазерном агрегометре изучалась агрегационная активность тромбоцитов.

Результаты исследования. В динамике лечения физиотензом через 3 и 6 месяцев после лечения установлено достоверное понижение агрегационной активности тромбоцитов, так степень агрегации понизилась до 1,72±0,24%, через три месяца лечения и до 2,03±0,18% через 6 месяцев лечения, тогда как в группе сравнения выявлены положительные, но недостоверные изменения.

До лечения группы больных достоверно не различались по средним значениям концентраций ФЛ в сыворотке крови. Сочетанная терапия вызвала изменение процентного содержания ФЛ во всех группах больных: повышение доли фосфатидилхолина и снижение – сфингомиелина, и это было сопряжено с повышением отношения фосфатидилхолин/сфингомиелин (с 5,97±2,76 до 7,20±2,73 (P<0,05), и с 5,32±2,67 до 7,51±3,63 (P<0,05) в первой и во второй группах соответственно). Обнаруженные изменения содержания индивидуальных ФЛ, вызванные комплексной терапией, а именно повышение доли фосфатидилхолина и снижение доли сфингомиелина, можно рассматривать как усиление функциональных свойств ФЛ.

Заключение. Шестимесячной терапией физиотензом достигался достоверный гипотензивный эффект с улучшением агрегационных свойств тромбоцитов и фосфолипидного спектра мембран эритроцитов, что сопровождается интенсификацией метаболических процессов в организме. Выявлена хорошая переносимость физиотенза без побочных эффектов, положительный клинический эффект при лечении с применением моксинодина (физиотенз) отмечался в 81,3% случаев.

627 ЗАВИСИМОСТЬ ВЕРОЯТНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 ОТ АКТИВНОСТИ ФИБРИНОЛИЗА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОТ 55 ЛЕТ И СТАРШЕ

Ратникова Л.А., Метельская В.А., Деев А.Д.

ФГУ "ГНИЦПМ" Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь между активностью фибринолиза в плазме крови и рядом клинических состояний в случайной выборке из популяции москвичей от 55 лет и старше в зависимости от пола.

Материал и методы. В исследование включены мужчины и женщины (52%), всего 1862 человек от 55 лет и старше. Мужчины и женщины были разделены на 3 группы в зависимости от активности фибринолиза, измеряемой по времени лизиса сгустка эуглобулиновой фракции плазмы крови (ВЛЭС): группы с нормофибринолизом (ВЛЭС=180-260 мин), гипофибринолизом (ВЛЭС>260мин) и гиперфибринолизом (ВЛЭС<180мин). Для выявления связи активности фибринолиза с рядом клинических состояний был применен метод логистической регрессии с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% – доверительных интервалов (ДИ).

Результаты. У мужчин (n=318) с гипофибринолизом по сравнению с мужчинами из группы нормы (n=388) достоверно чаще встречалась артериальная гипертония (АГ): ОШ (95% ДИ) = 1,49 (1,04-2,16); p=0,03), сахарный диабет 2 типа (СД-2): ОШ (95% ДИ) = 1,94 (1,22-2,08; p=0,005), инфаркт миокарда: ОШ (95% ДИ) = 1,53 (0,99-2,34; p=0,05). В то же время у мужчин с гиперфибринолизом (n=183) достоверно реже выявляли АГ: ОШ (95% ДИ) = 0,52 (0,35-0,77; p=0,001, и СД-2: ОШ (95% ДИ) = 0,31 (0,13-0,77 p=0,009). У женщин не обнаружено связи гипофибринолиза (n=496) с ССЗ и СД-2 по сравнению с женщинами из группы нормы (n=373), тогда как при гиперфибринолизе (n=104) у них достоверно реже выявляли АГ: ОШ (95% ДИ) = 0,43 (0,27-0,68; p=0,0004), ИБС ОШ (95% ДИ) = 0,61 (0,38-0,97; p=0,037) и стенокардию (тенденция): ОШ (95% ДИ) = 0,65 (0,41-1,03; p=0,067).

Заключение. Таким образом, только у мужчин низкая активность фибринолиза ассоциируется с повышенными шансами наличия СД-2 и ССЗ, в то время как при гиперфибринолизе шансы наличия ССЗ и у мужчин и у женщин, а у мужчин и СД-2 снижены.

Настоящее исследование выполнено в рамках гранта Национальных Институтов Здоровья США (грант № R 01 AG 026786).

628 ВЛИЯНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Рахматуллова А.Ф., Пчелинцева С.А., Захарова О.В., Рахматуллов А.Ф., Грачева Ю.Н., Зиновьева Е.Г., Рахматуллов Ф.К.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель. Оценить влияние субклинического гипотиреоза (СГ) на липидный обмен у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) на фоне стенокардии напряжения.

Материал и методы. Обследованы 22 больных со стенокардией напряжения (1-я группа), 25 – с сочетанием стенокардии напряжения с дислипидемией и 21 – с сочетанием стенокардии напряжения с дислипидемией и СГ. В контрольную группу вошли 18 человек без аритмии сердца, стенокардии напряжения и дисфункции щитовидной железы. Средний возраст в группах составил от 42 до 58 лет (в среднем 46,3±5,6 года). Всем больным, включенным в исследование, регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ), проводились эхокардиография (ЭхоКГ), ультразвуковое исследование ЩЖ (УЗИ ЩЖ), определение уровня липидов и тиреоидных гормонов в крови.

Результаты. У больных со стенокардией напряжения (1-я группа) показатели липидного обмена были в пределах нормы. В то же время, по сравнению с контрольной группой, уровень холестерина был выше на 19,4% ($p<0,05$), ХС-ЛПОНП – на 17,2% ($p<0,05$), тогда как значение триглицеридов, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПОНП, КА (ЛПНП/ЛПВП) достоверно не отличались ($p>0,05$). У больных со стенокардией напряжения и дислипидемией (2-я группа) показатели липидного спектра превышали нормальные значения. По сравнению с больными со стенокардией напряжения (1-я группа) выявлено увеличение уровня холестерина на 18,6% ($p<0,05$), ХС-ЛПОНП – на 20,6% ($p<0,01$), КА – на 21,6% ($p<0,05$), уменьшение ХС-ЛПВП на 17,9%, а значения триглицеридов и ХС-ЛПНП достоверно не отличались ($p>0,05$). Проведенный нами анализ позволил выяснить, что у больных с ПФП на фоне стенокардии напряжения, дислипидемии и субклинического гипотиреоза (3-я группа), по сравнению с группой больных с ПФП на фоне стенокардии напряжения и дислипидемии (2-я группа), значение холестерина превышает на 13,7% ($p<0,05$), триглицеридов – на 22,5% ($p<0,05$), ХС-ЛПНП – на 14,0% ($p<0,05$), ХС-ЛПОНП – на 19,5% ($p<0,05$), КА – на 16,2% ($p<0,05$), а значение ХС ЛПВП ниже на 17,2% ($p<0,05$). Проведенный анализ показал, что существует прямая корреляционная зависимость между уровнем ТТГ и значением холестерина ($r=0,57$, $p<0,02$), триглицеридов ($r=0,55$, $p<0,05$), ХС-ЛПНП ($r=0,54$, $p<0,02$), ХС-ЛПОНП ($r=0,51$, $p<0,02$) и КА ($r=0,57$, $p<0,01$). Обратная корреляционная зависимость выявлена между уровнем ТТГ и ХС-ЛПВП ($r=-0,57$, $p<0,02$). Также установлена прямая корреляционная зависимость между объемом щитовидной железы и значением холестерина ($r=0,48$, $p<0,05$), триглицеридов ($r=0,52$, $p<0,02$), ХС-ЛПНП ($r=0,46$, $p<0,05$), ХС-ЛПОНП ($r=0,42$, $p<0,05$) и КА ($r=0,49$, $p<0,02$). Обратная корреляционная зависимость выявлена между объемом щитовидной железы и ХС-ЛПВП ($r=-0,48$, $p<0,01$).

Выводы. Между липидным обменом и тиреоидными гормонами существует тесная связь. Сочетание стенокардии напряжения с субклиническим гипотиреозом сопровождается увеличением уровня холестерина, триглицеридов, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП и уменьшением уровня ХС-ЛПВП.

629 ПАРАТИРЕОИДНЫЙ ГОРМОН, МИОКАРД И КОСТНАЯ ТКАНЬ НА ПРИМЕРЕ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Рашид М.А., Карпова Н.Ю., Казакова Т.В., Шапилов А.В., Шостак Н.А.

ГКБ № 55, ГОУ ВПУ РГМУ, Москва, Россия

Цель. Выявить связь паратиреоидного гормона с параметрами внутрисердечной гемодинамики и костного гомеостаза при кальцинированном аортальном стенозе (КАС).

Методы. Наряду с проведением эхокардиографического исследования (2ДЭхоКГ) у 76 больных КАС проведено изучение основных показателей костно-минерального гомеостаза и минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Результаты. Исследование концентрации паратиреоидного гормона (ПТГ) выявило повышенные значения (гиперпаратиреоз; более 65 пг/мл) у 35,5% больных. Также, для больных КАС оказалось характерным достоверное повышение активности общей щелочной фосфатазы (ЩФ; $p=0,04$) и снижение содержания общего кальция ($p=0,001$) с наличием умеренной гипокальциемии (1,72-1,78 ммоль/л) в 75% случаях. Показатели ПТГ не обладали гендерными различиями и не зависели от состояния экскреторной функции почек, что отличает пациентов с КАС от больных хронической почечной недостаточностью. В группе с гиперпаратиреозом отмечены достоверно более высокие значения маркера остеосинтеза остеокальцина ($p=0,001$). В то же время средние значения щелочной фосфатазы, общего кальция, С-телопептидов не зависели от концентрации ПТГ ($p>0,05$). Связь ПТГ и витамина Д оказалась нелинейной – при снижении витамина Д менее 50 нмоль/л (Д-дефицит) большая часть значений ПТГ соответствовала нормальным. В ходе исследования МПКТ у 71% обследованных пациентов выявлены нарушения, представленные в 39,5% случаях остеопенией и в 31,5% случаях – остеопорозом. Значения ПТГ не оказывали собственного влияния на состояние костной ткани при КАС. При анализе 2ДЭхоКГ-данных было установлено, что повышение концентрации ПТГ в отличие от его нормальных значений сопровождалось увеличением конечного систолического объема левого желудочка сердца (88 и 74 мл; $p=0,02$), смещением показателя митрального кровотока E/A в сторону нарушения релаксации (0,86 и 1,23; $p=0,001$), учащением частоты встречаемости митральной (77,8 и 53,1%; $p=0,03$) и аортальной регургитаций (85,2 и 42,9%; $p=0,003$), а также расширением полости левого предсердия (54 и 45 мм; $p=0,0003$) и снижением значений фракции выброса (52 и 55%; $p=0,03$), не зависевших от частоты случаев нарушений локальной сократимости ($p=0,29$) и систолической дисфункции миокарда левого желудочка ($p=0,27$). Кальциноз митрального клапана встречался в обеих группах со сходной частотой (40,7 и 53,1%; $p=0,22$). Пациенты с гиперпаратиреозом отличались достоверно старшим возрастом (77 и 73 лет; $p=0,02$) и имели большую массу миокарда (297 и 346 г; $p=0,033$). Нарастание выраженности кальциноза клапана аорты сопровождалось достоверным снижением уровней маркера остеосинтеза остеокальцина ($r = -0,31$; $p=0,004$) и повышением значений ПТГ с 16,8 до 130,9 пг/мл.

Выводы. Полученные данные позволяют полагать кальцификацию клапана аорты среди причин повышения ПТГ у больных КАС в пожилом возрасте.

630 КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Гущина В.М., Сторожаков Г.И.

Российский Государственный Медицинский Университет, Москва, Россия

Цель. Аномалии костного метаболизма описаны у больных, перенесших трансплантацию сердца. Однако состояние костного обмена и его взаимосвязь с наличием и степенью выраженности остеопороза, кардиоренальной дисфункции, кальций-фосфорного гомеостаза, недостаточностью витамина D и вторичным гиперпаратиреозом у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) мало изучено. Это стало целью нашей работы.

Методы исследования. У 67 стабильных больных с ХСН I-IV ФК (NYHA) без первичной почечной, костной, аутоиммунной, эндокринной, онкологической патологии (82% мужчин) были определены концентрации маркеров остеосинтеза (интактного остеокальцина – ОК) и костной резорбции (С-концевого телопептида коллагена I типа – СТП, остеопротегерина – ОПГ), кальцитонина, интактного паратгормона (ИПГ), 25-ОН-витамина D, уровень фосфора и кальция в сыворотке крови (с коррекцией по альбумину), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, экскреция альбумина с мочой (ЭАМ) и минеральная плотность костной ткани (МПК) с помощью DXA поясничного отдела позвоночника на уровне L1-4, бедренной кости (Total) и ее шейки (Neck). Медиана (интерквартильный разброс) возраста составила 64,0 (56,0;70,0) лет, фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ, метод Симпсона) – 34,0

(26,6;39,0)%, СКФ – 59,3 (52,4;75,6) мл/мин/1,73м^2, ЭАМ – 15,4 (7,8-29) мг/сут, ИПГ – 74,9 (21,3;122,3) пг/мл, 25-ОН-витамина D – 47,8 (40,0;55,0) нмоль/л, кальцитонина – 4,67 (3,99;8,39) пг/мл. Остеопения (Т-критерий от -1,0 до -2,5 SD) была выявлена у 44,4 (95% ДИ 25,4-63,4)%, остеопороз (Т-критерий ≤-2,5 SD) – у 27,8 (95% ДИ 10,4-45,2)%, вторичный гиперпаратиреоз – у 66,7 (95% ДИ 48,5-84,9)%, недостаточность витамина D – у 38,1 (95% ДИ 19,5-56,7)%.

Результаты. Концентрация ОК составила 19,1 (16,4;25,5) нг/мл; СТП – 0,36 (0,26;0,59) нг/мл; ОПГ – 43,3 (33,7;56,9) пг/мл. Уровень ОК коррелировал с ИПГ (r=0,39, p=0,001), Т-критерием в области L2 и L4 (r=-0,35, p=0,049 и r=-0,41, p=0,019); СТП коррелировал с концентрацией мочевины (r=0,77, p<0,001), креатинина (r=0,85, p<0,001), СКФ (r=-0,76, p<0,001), кальция (r=-0,43, p=0,045), фосфора (r=0,40, p=0,046); ОПГ коррелировал с ИПГ (r=0,34, p=0,014), кальцитонином (r=0,28, p=0,046), МПК (r=0,42, p=0,039 для Neck, r=0,47, p=0,017 для Total), максимальными цифрами систолического АД в анамнезе (r=0,32, p=0,022), скоростью трансмитрального потока в фазу систолы предсердий (волны А: r=0,45, p=0,007), объемом правого предсердия (r=0,46, p=0,034). Концентрации ОК, СТП, ОПГ не зависели от возраста, курения и злоупотребления алкоголем в анамнезе, ФК, ФВ ЛЖ и уровня витамина D.

Выводы. У больных ХСН маркеры остеосинтеза взаимосвязаны с концентрацией паратгормона и степенью выраженности остеопороза, маркеры костной резорбции – с этими же показателями, а также с показателями кальций-фосфорного обмена, выраженностью кардиоренальной дисфункции и АГ в анамнезе. На основании этого можно предположить, что своевременная диагностика и адекватная терапия основного заболевания, а также нефропротекция могут способствовать нормализации костного метаболизма и уменьшению распространенности остеопороза при ХСН. Работа выполнена при поддержке грантами Президента РФ МК-5070.2011.7 и РГНФ 10-06-00112а.

631 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БЕТАКСОЛОЛА (ЛОКРЕНА) В ЛЕЧЕНИИ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

Решина И.В., Костенко Н.Ф., Квактун И.В.
МУЗ г. Иркутска “Городская поликлиника № 11”, Иркутск, Россия

Цель работы: оценить эффективность и безопасность использования бетаксолола (Локрена) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с симптомной синусовой тахикардией (СТ).

Материалы и методы: в амбулаторных условиях обследовано 2 группы больных с диагнозом ХОБЛ легкой и средней степени тяжести, с симптомной СТ. 1 гр. 30 человек (73,3% мужчины, 26,7% женщин): для лечения СТ применялся препарат Бетаксолол (Локрен) в дозе 10 мг/сутки, 2-я гр., 35 человек (74,3% мужчин, 25,7% женщин), принимали верапамил 160 мг/сутки. Всем пациентам проводилась адекватная базисная терапия ХОБЛ. Наблюдение в течение 3 месяцев, 2 визита к врачу, на которых оценивались жалобы (одышка, сердцебиение), физикальные данные: ЧДД, ЧСС, АД, инструментальные данные: SpO2 методом пульсоксиметрии, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ методом спирографии без использования бронходилататоров, ЭКГ, трансторакальное ЭхоКГ. Статистическая обработка проведена в программном пакете “Primer of Biostatisticus”, критический уровень значимости в данном исследовании p < 0,05.

Результаты. Средняя длительность заболевания с момента установления диагноза в 1-ой гр. составила 6,2±1,5 лет, во 2-ой гр. 6,6±1,7 лет. Средний возраст пациентов 1-ой гр. 55,43±1,25, 2-ой гр. 56,09±1,49. Одышка встречалась у 90% пациентов 1-ой гр. и 85,7% пациентов 2-ой гр. Сердцебиение беспокоило всех пациентов обеих групп. Средняя ЧДД в 1-ой гр. 17,4±0,5 в мин., во 2-ой гр. 17,1±0,4. Средняя ЧСС в 1-ой гр. 100,6±3,97, во 2-ой гр. 99,4±4,23 уд. в мин. Среднее SpO2 в 1-ой гр. составила 86,96±2,1%, во 2-ой гр. 88,5±2,3%. Среднее ОФВ1 в 1-ой гр. составила 70,97±3,3%, во 2-ой гр. 72,51±3,1%. Среднее ОФВ1/ФЖЕЛ в 1-ой гр. 67,73±3,5%, во 2-ой гр.68,74±2,9%. P-pulmonale выявлен у 21 чел. (70%) 1-ой гр. и у 22 (62,8%) чел. 2-ой гр. По данным ЭХОКГ среднее давление в ЛА (СДЛА) в 1-ой гр. составило 20,97±2,9 мм рт ст, во 2-ой гр. 20,09 ±2,51 мм рт ст.

В результате проведенного лечения жалобы на одышку у пациентов 1-ой гр. уменьшились на 34%, 2-ой гр. на 11,5% (t =1,3, p = 0,06). Сердцебиение в 1-ой гр. уменьшилось на 80%, во 2-ой гр. на 31,4% (t=4,2, p=0,001). Средняя ЧДД в 1-ой гр. уменьшилась на 1,6 в мин, во 2-ой гр. на 0,4 в мин (t=3,3, p=0,05). Средняя ЧСС в 1-ой гр. уменьшилась на 27,17 уд. в мин., 2-ой гр. на 16,75 уд. в мин. (t=5,2, p=0,001). Средняя SpO2 в 1-ой гр. увеличилась на 7,34%, во 2-ой гр. на 4,2% (t=2,3, p=0,057). ОФВ1 в 1-ой гр. составила 70,95%, уменьшение на 0,2%, во 2-ой гр. 70,91%, уменьшение на 1,6%, (t=0,3, p=0,65). Среднее ОФВ1/ФЖЕЛ в 1-ой гр. 69,73%, увеличение 2%, во 2-ой гр. 67,9%, уменьшение на 0,84% (t=1,2, p =0,6). СДЛА в 1-ой гр. составило 19,07 мм рт ст, уменьшилось на 1,9, 2-ой гр. 19,8 мм рт ст, уменьшилось на 0,29 (t=1,3, p=0,05). P-pulmonale в 1-ой гр. уменьшилось на 26,7%, во 2-ой гр. на 14,53% (t=1,0, p=0,5).

Выводы. Достоверных различий по данным ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ и SpO2 в исследуемых группах не выявлено. Применение бетаксолола (Локрена) 10 мг/сутки достоверно более снижает ЧДД, ЧСС, СДЛА, а так же достоверно уменьшаются жалобы больных на сердцебиение и одышку.

632 НАРУШЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА И КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГБ И КОРРЕКЦИЯ ЭПРОСАРТАНОМ

Рипп Т.М., Мордовин В.Ф.
У НИИ Кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

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 и следовательно, возможного медикаментозного предотвращения развития когнитивных расстройств и деменции. До настоящего момента остается очень мало работ по влиянию на ауторегуляторные процессы головного мозга медикаментозной антигипертензивной терапии.

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 66 пациентов с ГБ 2ст., 1-2 степени, ранее не получавших регулярно антигипертензивную терапию, без признаков неврологического дефицита в возрасте 18-56 лет и лечение 28 больных в течение 12недель эпросартаном 600мг/сут. 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, расчетных 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 CO_2) 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 O_2 4,9±2,3% p=0,00 гипокапнической реакций по сравнению со здоровы-

ми -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 у 68%, степени концентрации и переключения внимания у 62% от общего числа пациентов.

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.

633 ГРИПП У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: ГЕМОДИНАМИКА ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ И В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Роганова И.В.

ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Цель исследования. Проанализировать состояние гемодинамики при гриппе у больных старшего возраста во время болезни и в отдаленном периоде.

Методы исследования. Под наблюдением было 44 больных гриппом А (HINI) и А (H3N2) в период вспышек со среднетяжелым неосложненным течением в клинике инфекционных болезней СамГМУ от 51 до 65 лет. Контрольную группу составили 14 человек такого же возраста. Определяли основные параметры гемодинамики методом тетраполярной реографии: объемную скорость кровотока или выброса (ОСВ, мл/мин), ударный объем (УО, мл), минутный объем крови (МО, л/мин), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС, дин×с×см-5). Исследования проводили в динамике заболевания и при диспансеризации пациентов через 1, 3 и 6 месяцев от начала заболевания.

Полученные результаты. ОСВ характеризует пропульсивную функцию сердца, силу сердечных сокращений. Ее значение было низким во время болезни (p<0,05), в периоде реконвалесценции (p<0,001), через месяц (p<0,001) и в отдаленном периоде – через 3 месяца от начала заболевания (p<0,01). УО и МО представляют собой гемодинамические итоги сердечной деятельности. Величина УО у больных, как и ОСВ, была снижена до 3 месяцев от начала заболевания (p<0,05). Во время болезни появляется тенденция к снижению МО. В остром периоде адекватный кровоток поддерживается за счет тахикардии (p<0,05), однако в периоде реконвалесценции МО снижается (p<0,05), не смотря на учащение пульса (p<0,05). Через месяц средние значения МО соответствуют контрольным показателям, хотя сохраняется тенденция к его снижению. ОПСС представляет сопротивление сосудистых сетей большого круга кровообращения и определяет нагрузку на сердце. ОПСС у больных было повышено во время болезни (p<0,05), в периоде реконвалесценции (p<0,01) и сохранялось высоким до месяца (p<0,05) от начала заболевания с последующим восстановлением.

Выводы. 1. Снижение основных параметров системной гемодинамики ОСВ, УО и МО при гриппе у больных старшего возраста свидетельствует об уменьшении силы сердечных сокращений, пропульсивной функции сердца, развитии синдрома малого выброса. Повышение ОПСС у них указывает на затруднение кровотока.

2. Нарушения гемодинамики при гриппе у больных старшего возраста сохраняются длительно: до месяца от начала заболевания – ОПСС, до 3-х месяцев – ОСВ и УО. Во время болезни МО поддерживается за счет тахикардии со снижением МО в периоде реконвалесценции.

3. Выявленные сдвиги со стороны гемодинамики у больных старшего возраста являются патогенетическим фактором риска присоединения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе и в отдаленном периоде после перенесенного заболевания и обосновывают необходимость проведения диспансеризации и реабилитации переболевших.

634 СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И БЕЗ ТАКОВОГО

Родичева О. А., Левашов С. Ю., Волкова Э. Г.

ГОУ ВПО "Челябинская государственная медицинская академия Росздрава", Челябинск, Россия

Цель: провести сравнительный анализ лабораторных показателей липидного обмена у больных ИБС с аортальным стенозом и без него.

Материалы и методы. В исследование включено 143 пациента с аортальным стенозом в сочетании с ИБС, стабильной стенокардией I-IV функционального класса (ФК) в возрасте старше 60 лет: 91 женщина (63,6%) и 52 мужчины (36,4%). Средний возраст пациентов 73,2±6,8 лет. Диагноз стеноза аортального клапана (АК) и оценку его тяжести устанавливали на основе рекомендаций ACC/AHA (2006) и C.Otto (2002) на эхокардиографе фирмы General Electrics Vivid 7 (США). Диагноз ИБС выставлялся согласно критериям ВОЗ. Критерии исключения: ревматическая лихорадка в анамнезе, ревматическая болезнь сердца, системные заболевания соединительной ткани, заболевания крови, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, онкологическая патология, заболевания печени. Контрольная группа – 40 пациентов с ИБС и интактными створками АК: женщин 19 (47,5%), мужчин 21 (52,5%). Средний возраст 69±6,2 лет. Концентрации общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) определяли энзиматическим колориметрическим методом. Индекс атерогенности и холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по стандартным формулам.

Результаты: Установлено, что липидные показатели в группах не различались. Однако у мужчин с аортальным стенозом уровень ОХС был достоверно меньше 4,7±1,4, чем у мужчин без стеноза АК- 5,8±1,6 ммоль/л (p=0,009). При этом, у женщин основной группы показатели ЛПВП были выше, чем в контрольной группе 1,54±0,3 ммоль/л и 1,12±0,3 ммоль/л (p=0,001), а индекс атерогенности ниже 2,86±1,1 и 4,18±1,5 ммоль/л (p=0,0019), соответственно. При сравнении показателей липидного спектра и степени тяжести стеноза АК установлено, что уровень ОХС более 4,5 ммоль/л наблюдался у 70 (78,7%) пациентов с 1 степенью (ст.), у 10 (11,2%) со 2 ст. и у 3 (10,1%) с 3 ст. стеноза АК, а менее 4,5 ммоль/л у 36 человек (66,7%) с 1ст., у 5 (9,3%) со 2 ст., у 13 (24,1%) с 3 ст. (p=0,081). Показатели ТГ выше 1,7 ммоль/л обнаружены у 30 (88,2%) больных с 1 ст. и у 4 (11,8%) с 3 ст., со 2 ст. не выявлены; менее 1,7 ммоль/л у 76 (69,7%) с 1ст., 15 (13,8%) со 2 ст. и 18 (16,5%) с 3 ст. стеноза (p=0,04). ЛПНП более 2,5 ммоль/л выявлены у 15 (78,9%) с 1 ст., у 1 (5,3%) со 2 ст. и у 3 (15,8%) с 3 ст., менее 2,5 ммоль/л у 3 (37,5%), 2 (25%) и 3 (37,5%) пациентов соответственно (p=0,09). При проведении корреляционного анализа выявлена обратная связь ОХС и ТГ с уровнем градиента давления на АК (r=-0,16, p=0,043 и r=-0,17, p=0,029) и ЛПНП со степенью стеноза АК (r=-0,43, p=0,026), а между степенью стеноза АК и градиентом давления на АК сильная положительная связь (r=0,756, p<0,000).

Вывод. У больных ИБС с аортальным стенозоматерогенность сыворотки крови меньше, чем у больных без стеноза аортального клапана. Между проатерогенными липопротеидами и степенью стеноза АК установлена обратная связь: увеличение степени аортального стеноза ассоциируется со снижением уровня проатерогенных липопротеидов – ОХС, ТГ, ЛПНП.

635 МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Рождественская Т.В., Кром И.Л., Байтуров О.Р., Николаева Л.Ю.

Центр медико-социологических исследований, МУЗ "Городская поликлиника №14", Саратов, Россия

Исследование качества жизни (КЖ) пациентов с заболеваниями различных систем организма стало неотъемлемой чертой современных научных междисциплинарных исследований. Болезни системы кровообращения (БСК) приводят к изменению качества жизни больных, степень снижения которой в определенной мере связана с представлением больного о тяжести заболевания и его последствиях.

Определение качества жизни, связанного со здоровьем, проводится в Центре медико-социологических исследований г. Саратова у больных, страдающих различными БСК, осложненными хронической сердечной недостаточностью (ХСН), в течение нескольких лет. За эти годы в исследование были включены лица мужского и женского пола трудоспособного возраста, с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца с ХСН различной степени тяжести, имеющим II и III группу инвалидности. Выборочная совокупность составила более 1,5 тысяч единиц, что обеспечило её репрезентативность. Для исследования качества жизни был использован Миннесотский опросник, разработанный в 1987 г. T. Rector и J. Cohn для больных с ХСН.

Все респонденты являлись лицами трудоспособного возраста, из них 43% были в возрасте до 50 лет. Выявлены существенные гендерные различия: 87% инвалидов были мужчинами. Высшее образование – у 19%, 81% респондентов, имеющих среднее и неполное среднее образование, обладали наименьшим профессиональным и квалификационным трудовым потенциалом. Большинство респондентов, как было установлено, жили за чертой бедности.

Большинство больных были лица мужского пола, имеющие среднее образование. Обнаружено влияние на суммарный показатель качества жизни таких факторов, как возраст, уровень образования и гендерные различия. Отмечено относительное снижение суммарного показателя качества жизни у больных старше 50 лет. Данное обстоятельство (по исследованиям Петровой с соавт.) объясняется тем, что инвалидность в возрасте 50-59 лет воспринимается больными как катастрофа, в то время как больные в возрасте до 50 лет настроены более оптимистично. Наиболее высокие показатели качества жизни соответствовали в основном больным с высшим образованием, самые низкие – лицам с неполным средним образованием. Для большинства больных, имевших среднее или неполное среднее образование, перенесенный инфаркт миокарда и установление инвалидности предполагают потерю профессии, а пациенты с низким уровнем образования склонны преувеличивать угрозу болезни, реже возвращаются к труду. Качество жизни женщин оказалось, по нашим данным, заметно более низким, чем у мужчин.

Выявлена существенная зависимость качества жизни от способности больного к самообслуживанию и трудовой деятельности ($P \leq 0,05$), что позволяет объективизировать процесс установление группы инвалидности. Была доказана чёткая прогностическая значимость показателя качества жизни, как критерия реабилитации и социализации данной категории больных.

636 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ ST

Романова Г.Р., Макарьянц Б.Л., Назихин К.П.

ФГУЗ КБ № 50 ФМБА России, Саров, Россия

Выделение понятия "острый коронарный синдром" связано с появлением возможности прервать развитие некроза миокарда путём прямой реваскуляризации ишемизированного миокарда в ранние сроки. Лечебная тактика при острых расстройствах коронарного кровообращения (ОРКК или ОКС) пересмотрена в пользу активной реваскуляризации миокарда с применением тромболитических агентов и миниинвазивных технологий. В практике апробированы системная тромболитическая терапия (СТЛ), интракоронарный тромболизис инфаркт-связанной артерии, прямая ангиопластика симптомосвязанных артерий, стентирование резидуального стеноза.

В условиях компактного города с развитой службой СМП, но расположенного в значительном удалении от областного центра (200км), единственным доступным методом экстренной реваскуляризации является СТЛ-терапия. С целью внедрения метода системного тромболизиса нами были разработаны карты СТЛ для применения в условиях КБ № 50.

До 2007г тромболизис не проводился ввиду ограниченности средств, выделяемых на медикаменты, но в рамках бюджета того года удалось закупить стрептокиназу и начать проводить СТЛ. Первый опыт применения стрептокиназы (производство завода "Белмедпрепараты") в условиях ОАРИТ КБ-50 объединяет 9 эпизодов. Следует отметить, что ускоренная динамика ОИМ по ЭКГ, как признак реваскуляризации миокарда, была отмечена во всех 9 эпизодах. С другой стороны, необходимо признать значительный удельный вес осложнений при проведении СТЛ стрептокиназой: артериальная гипотония (2), реперфузионные фатальные желудочковые аритмии (2), разрыв миокарда в области некроза с тампонадой сердца (2), что свидетельствует о проблемном качестве тромболитического агента (стрептокиназы) и необходимости детализации ближайшего анамнеза (для активного исключения рецидивирующего течения ОИМ).

Со 2 квартала 2008 г. были выделены целенаправленно средства на приобретение современных тромболитических средств: альтеплазе и метализе для проведения СТЛ у больных с ОКС с подъемом с. ST. Так, в 2008г проведено 14 СТЛ альтеплазой в условиях реанимационного отделения. С 2009г тромболизис начали проводить и на догоспитальном этапе по СМП (метализе) – всего проведено 25 больным, из них 6 по СМП. В течение 2010г СТЛ проведен 54 больным, 25 из них на догоспитальном этапе по СМП метализе. Умерло всего 6 пациентов, из них 2 – на догоспитальном этапе, 2- разрыв миокарда с тампонадой в РО у лиц весьма преклонного возраста (79 л. и 87л). Тем не менее, следует отметить, что при применении альтеплазе и метализе в качестве тромболитического агента, осложнения практически у 90% встречаются лишь в виде реперфузионных нарушений ритма, но как правило не фатальных, которые купируются без дополнительных назначений. Практически во всех случаях отмечается ускоренная динамика ОИМ по ЭКГ, имеются ЭКГ-признаки ограничения зоны повреждения, однако создается впечатление, что всем больным после СТЛ показано в ближайшие сроки интервенционное вмешательство.

637 РОЛЬ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЮНОШЕЙ

Романова Н.П.

Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Изучить порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) у молодых людей мужского пола с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 126 юношей (средний возраст 17.2 года) с АГ 1 степени. У них исследовались вкусовая чувствительность к поваренной соли, частота досаливания пищи, показатели АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), центральная гемодинамика методом тетраполярной реографии, реакция сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс. Контрольную группу составили 90 юношей (16,9 года) с нормальным АД.

Результаты. У юношей контроля средний ПВЧПС составил $0,14 \pm 0,01$% раствора хлорида натрия и был значительно ниже, чем

у больных с АГ – 0,21±0,013% (P<0,001). В контроле высокий и средний ПВЧПС выявлялся в 58.9%, тогда как низкий – в 41,1% (P>0,05). У больных АГ низкий ПВЧПС реже выявлялся, чем средний и высокий (соответственно 13,5%; 86,6%, P<0,001). У пациентов с АГ в 1,5 раза чаще наблюдалось досаливание пищи лицами с высоким ПВЧПС по сравнению со средним и низким ПВЧПС (соответственно в 72,7%, 51,9% и 53,6%; все P<0,05-0,01). Жалобы на головные боли у юношей с АГ при высоком ПВЧПС встретились в 4 раза чаще, а при среднем – в 3 раза чаще по сравнению с низким (соответственно в 49,1%, 38,2% и 12,7%; все P<0,01-0,001). У пациентов с АГ при среднем и высоком ПВЧПС индекс массы тела (ИМТ) был достоверно выше контроля (P<0,01-0,001). Уровень диастолического АД у больных с АГ и высоким и средним ПВЧПС был выше, чем у пациентов с низким ПВЧПС (соответственно 82,7±1,4; 82,9±1,2 и 73,2±2,5 мм рт.ст.; P<0,01-0,001). При корреляционном анализе ПВЧПС и уровня диастолического АД совместно у лиц контрольной группы и с мягкой АГ между указанными показателями выявлена положительная связь: r=0,19 (P<0,01). Между минутным объемом сердца и ПВЧПС выявлена положительная корреляционная связь – r=0,14 (P<0,01).У лиц с нормальным АД и высоким ПВЧПС наблюдалась "предстартовая" реакция – уровень диастолического АД в процессе подготовки к пробе повысился и превысил аналогичный таковой у юношей с низким ПВЧПС (соответственно 76,1±1,6 и 71,6±1,4 мм рт.ст.; P<0,05). У лиц с АГ и высоким ПВЧПС перед стресс-пробой абсолютные значения диастолического АД были достоверно выше, чем у лиц со средним и низким ПВЧПС (соответственно 81,6±1,3 мм рт.ст. и 77,6±1,4 мм рт.ст. и 73,4±2,6 мм рт.ст.; все P<0,01).У юношей с АГ абсолютные значения диастолического АД на 5-й и 10-й минутах стресс-нагрузки были достоверно больше у юношей с высоким ПВЧПС, чем с низким (соответственно 88,0±1,2 и 81,7±2,6 мм рт.ст.; 89,2±1,5 и 80,2±5,4 мм рт.ст.; все P<0,01). Однако у первых прирост диастолического АД был в 2 раза меньше, чем у вторых (соответственно 12,73±1,40% и 22,59±4,62%; P<0,01).

Выводы. У юношей с АГ в 43,7% случаев имеется повышение ПВЧПС, что в 2,3 раза чаще, чем у здоровых лиц. Юноши с АГ и высоким ПВЧПС нередко непроизвольно досаливают пищу, предъявляют больше жалоб на головные боли, у них отмечается наклонность к повышению массы тела, выше диастолическое АД и наблюдается неадекватная реакция сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс.

638 РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

*Романчук Н.П., Крюков Н.Н., *Романчук П.И., **Малышев В.К.*

ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития РФ, *Центр артериальной гипертонии, **Самарское предприятие "Новые пищевые технологии "СОЗВЕЗДИЕ", Самара, Россия

В работе показана роль немедикаментозного метода – функционального продукта питания (ФПП) "Самарский здоровяк" – в повышении эффективности профилактики и комбинированного лечения больных с артериальной гипертонией (АГ) и наличием метаболического синдрома (МС).

Биотехнологические аспекты. Результаты исследования по содержанию жизненно важных пищевых веществ в ФПП "Самарский здоровяк" (Протокол испытаний г. Москва, №320/933 от 17 ноября 2009 г.): в 100 г продукта ФПП "Самарский здоровяк" содержится 800 мкг фолиевой кислоты, что в 2 раза больше суточной потребности; железа 26,26 мг (потребность 18 мг), селена 50 мг (потребность 55мг), что приближается к суточной потребности.

Клинические аспекты. Под наблюдением находился 41 больной с Гипертонической болезнью (ГБ) II-III стадии, АГ 1-3 степени, с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ВОЗ и ВНОК, 2010). Из них 85% составили женщины, 15% – мужчины, средний возраст пациентов 56,8±3,95 лет. ГБ II стадии имела место у 54% больных, III стадии – у 46% больных; 1 степень АГ зафиксирована – у 15% больных, 2 степень – у 62%, 3 степень – у 23% больных. Средний риск отмечен у 8% пациентов, высокий риск – у 46%, очень высокий – у 46% больных. Длительность заболевания от 3 до 18 лет. Среди сопутствующих заболеваний у 30% больных зафиксирована ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения II ФК, у 38% больных – цереброваскулярные болезни (ЦВБ), у 8% – СД 2 тип.

Результаты. Уровень холестерина и коэффициент атерогенности достоверно снизились с 6,4±0,22 ммоль/л до 5,0±0,28 ммоль/л (p<0,05) и с 4,41±0,19 до 3,76±0,1 (p<0,05) соответственно. В I группе индекс массы тела (ИМТ) уменьшился с 31,5± 0,62 до 27,44±0,26 (p<0,01). Объем талии уменьшился в 1 основной группе – со 105,0±1,41 до 101,7±1,42 (на 3,3см). Зарегистрировано повышение: систолического артериального давления (САД) у 92% больных до 163,64±2,99 (у здоровых – 126,11±4,2 мм рт.ст., p<0,01) и диастолического (ДАД) у 82% – до 93,3±1,19 мм рт.ст. (у здоровых 82,72±1,77 мм рт.ст., p<0,01). В исходе у 50% больных была повышена частота сердечных сокращений (ЧСС) до 89,0±0,55 уд/мин. (у здоровых 69,0±2,1 уд/мин, p<0,01), что свидетельствовало о повышении активности симпато-адреналовой системы. В I группе больных САД снизилось на 21%, диастолическое ДАД – на 27%.

Выводы. 1. Профилактический эффект ФПП "Самарский здоровяк" реализуется через гепатопротекторную функцию печени, путем снижения гиперлипидемии, стимуляции расщепления жиров, повышения антиоксидантной функции, уменьшения абдоминального ожирения, нормализации артериального давления. 2. В 100 г. ФПП "Самарский здоровяк" содержится суточная потребность в фолиевой кислоте и селене, микро- и макроэлементах, витаминах и клетчатке.

639 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕНТАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

Ротарь О.П., Коростовцева Л.С., Киталаева К.Т., Иваненко В.В., Конради А.О., Шляхто Е.В.

ФГУ "Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова" Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия

Целью нашего исследования было оценить в популяции банковских служащих, которые имеют преимущественно малоподвижный образ жизни и интеллектуальное напряжение во время работы.

Материалы и методы. В различных офисах Санкт-Петербурга на рабочих местах скрининговыми бригадами было обследовано 1600 работников банка в возрасте от 20 до 65 лет. Все обследуемые были опрошены по утвержденному вопроснику, который включал личные данные, сведения относительно курения, потребления алкоголя, физической активности и сопутствующей патологии и терапии. Артериальное давление (АД) измерялось в положении сидя с упором после 10 минутного отдыха на правой руке. Измерения осуществлялись три раза с интервалом в 1 минуту. Далее рассчитывалось среднее АД из двух последних измерений. Все участники подписали информированное согласие.

Результаты. 1561 анкет содержали полную информацию и были подвергнуты статистическому анализу (338 мужчин и 1223 женщин). Артериальная гипертензия (АГ) диагностировалась в случае повышения АД более 130 мм рт.ст. для систолического АД и ≥85 мм рт.ст. для диастолического или в случае регулярного приема антигипертензивной терапии. АГ была зарегистрирована у 519 пациентов (33,3%), из них 208 (61,5%) мужчины и 311 (25,4%) женщины. Из них только 122 пациента получали антигипертензивную терапию (23,8%), при этом только 29 (1,9%) пациентов имели целевое АД < 130/85 мм рт.ст. Обращала внимание неплохая осведомленность пациентов о повышенном АД – 353 (22,6%).

В качестве монотерапии пациенты принимали: ингибиторы АПФ 44,2% (54 пациента), бета-блокаторы 36,8% (45), диуретики 12,3% (15), блокаторы кальциевых каналов 6,55% (8), блокаторы АТII рецепторов 1,63 (2). Наиболее часто используемым ингибитором АПФ остается эналаприл (принимали 35 (65%) пациентов из 54), а в группе бета-блокаторов бисопролол. Наиболее часто используемой комбинированной терапией было сочетание инги-

битора АПФ с диуретиком – 18,8% (23), среди них лидировали комбинации периндоприл/индапамид и эналаприл/гипотиазид. Мужчины имели более низкий комплайнс – принимали антигипертензивную терапию в 14,5% случаев (30 из 208 субъектов), чем у женщин – 29,5% (92 из 311 пациентов с АГ).

Выводы: Результаты продемонстрировали высокую распространенность АГ, особенно у мужчин, несмотря на преобладание женского пола в выборке. Стоит отметить более низкую комплаентность мужчин в приеме антигипертензивной терапии. Наиболее часто в качестве монотерапии наблюдался прием ингибиторов АПФ, а в комбинации ингибитор АПФ с диуретиков. Стоит отметить невысокий уровень применения блокаторов кальциевых каналов и блокаторов АТII рецепторов.

640 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ АКТИВИРОВАННОГО ТРОМБИНОМ ИНГИБИТОРА ФИБРИНОЛИЗИНА И СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко А.О., Щукин Ю.В., Березин И.И.

ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь между уровнем активируемого тромбином ингибитора фибринолиза (АТИФ) и функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Методы исследования. В исследование включено 100 больных ИБС с постоянной формой фибрилляции предсердий, средний возраст которых составил 61,3±7,4 лет. Всем пациентам выполнялась трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография, проводилось исследование показателей системы гемостаза (международное нормализованное отношение, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, АДФ – индуцированная агрегация тромбоцитов (АДФ – ИАТ), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), антитромбин III, АТИФ). Больные были разделены на две группы: 1 группу составили пациенты с I и II ФК, 2 группу – с III и IV ФК ХСН. Для оценки достоверности различий между исследуемыми показателями использовали критерий U Манна – Уитни, при проведении корреляционного анализа применяли R – корреляцию Спирмена. Для оценки чувствительно и специфичности показателей, включенных в исследование, проводился ROC – анализ.

Полученные результаты. У пациентов 2 группы средний уровень АТИФ был на 24% выше, а время начала АДФ – индуцированной агрегации тромбоцитов – на 9% меньше, по сравнению с 1 группой ($p<0,05$). Средний уровень РФМК превышал нормальные значения у пациентов обеих групп, однако во 2 группе он был на 15% выше, по сравнению с 1 группой ($p=0,04$). Среди других показателей гемостаза достоверных различий выявлено не было. В ходе исследования были обнаружены корреляционные взаимосвязи между уровнем АТИФ ($R=0,45$, $p=0,02$), РФМК ($R=0,14$, $p=0,04$) и ФК ХСН, в то время как для АДФ – ИАТ вышеуказанная взаимосвязь оказалась статистически недостоверной. Чувствительность уровня АТИФ более 218% в выявлении пациентов с выраженной ХСН составила 95%, специфичность – 60%, уровня РФМК более 14 мг% – 48% и 84%, соответственно.

Таким образом, у больных с III и IV ФК ХСН и постоянной формой фибрилляции предсердий наблюдается активация каскада коагуляции с увеличением уровня РФМК и уменьшение активности системы фибринолиза, что сопровождается увеличением уровня АТИФ. По нашим данным, уровень АТИФ является высокочувствительным тестом в выявлении пациентов с выраженной ХСН.

Выводы. У больных ИБС с постоянной формой фибрилляции предсердий уровень АТИФ более 218% ассоциируется с увеличением выраженности клинических проявлений ХСН. Ингибирование фибринолиза, отмечающееся у больных с III и IV ФК ХСН, может способствовать повышению риска тромбообразования в ушке левого предсердия и развитию тромбоэмболических осложнений.

641 ЖЕСТКОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АГ ЖЕНЩИН С КОНЦЕНТРИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЖ

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Губская П.М., Бондаренко В.С.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования. Исследовать частоту органической диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) женщин с концентрической перестройкой и концентрической гипертрофией левого желудочка.

Материал и методы исследования. Обследованы 56 женщин (средний возраст 50,1±1,2 лет) и 30 мужчин (средний возраст 49,7±1,4 лет) больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007). После определения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) по данным эхо-кардиографии (Devereux R. et al., 1984) из общей группы были выделены больные с концентрической перестройкой и концентрической гипертрофией левого желудочка (за нормальные принимались значения ИММЛЖ менее 134 г/м² для мужчин и менее 110 г/м² для женщин). Диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ) исследовалась методом допплерэхокардиографии, 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. Если показатель Е/А в покое был меньше 1,0, но под влиянием ХП увеличивался до 1,2 и более, то такие изменения показателя расценивались как функциональные. При органической ДДЛЖ показатель Е/А под влиянием ХП за счет функционального компонента мог уменьшаться или увеличиваться, но при этом показатель Е/А оставался всегда меньше 1,0. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы “Statistica 6,0”.

Результаты исследования показали, что из общего числа обследованных больных АГ женщин концентрический вариант ремоделирования левого желудочка (концентрическая перестройка и концентрическая гипертрофия) был выявлен в 51,8% случаев. Органическая диастолическая дисфункция левого желудочка (Е/А меньше 1,0 в покое и при холодовой пробе) встречалась в 93,1% случаев, а функциональная ДДЛЖ была обнаружена лишь у 6,9% больных АГ женщин с концентрическим вариантом ремоделирования левого желудочка.

Таким образом, концентрический вариант ремоделирования левого желудочка встречается у половины больных АГ женщин и в 93,1% случаев этот вариант ремоделирования сопровождался органической диастолической дисфункцией левого желудочка, в основе которой лежит фиброз миокарда, что значительно повышает риск внезапной смерти у больных АГ с концентрической гипертрофией левого желудочка.

642 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ВЕГЕТАТИВНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ХОЛОДОВОГО СТРЕССА

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Губская П.М., Бондаренко В.С., Виноградов А.И.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Цель исследования. Изучить частоту органической и функциональной диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с парасимпа-

тической и симпатической вегетативной реакцией на холодовой стресс.

Материал и методы исследования. Обследованы 56 женщин (средний возраст 50,1±1,2 лет) и 30 мужчин (средний возраст 49,7±1,4 лет) больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007). Обследование проводилось в покое и при холодовой пробе (ХП), которая проводилась путем погружения кисти правой руки в воду с кусочками льда на 1 мин. Исследование вегетативной нервной системы (ВНС) проводилось методом вариационной интервалометрии с определением показателя индекс напряжения (ИН), отражающего активность симпатического отдела ВНС и напряженность регуляторных механизмов. Диастолическая функция левого желудочка исследовалась методом допплерэхокардиографии, за основу взят показатель Е/А. Если показатель Е/А в покое был меньше 1,0, но под влиянием ХП увеличивался до 1,2 и более, то такие изменения показателя расценивались как функциональные. При органической ДДЛЖ показатель Е/А под влиянием ХП за счет функционального компонента мог уменьшаться или увеличиваться, но при этом показатель Е/А оставался всегда меньше 1,0. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы “Statistica 6,0”.

Результаты исследования показали, что у больных АГ женщин с парасимпатической реакцией на холодовую пробу (уменьшение ИН на 10% и более) органическая ДДЛЖ встречалась в 29,4% случаев, а функциональная ДДЛЖ – 5,9%. ($p<0,05$). У женщин больных АГ с симпатической реакцией на холодовой стресс органическая ДДЛЖ наблюдалась в 36,4% случаев, а функциональная ДДЛЖ была выявлена у 4,5% женщин. У мужчин с парасимпатической реакцией органическая ДДЛЖ обнаружена в 17,6% случаев, а функциональная – в 23,5% случаев, что чаще, чем в группе женщин ($\chi^2=4,995$; $p=0,025$).

У больных АГ мужчин с симпатическом вегетативным прохождением через холодовой стресс в 55,6% случаев наблюдалась органическая ДДЛЖ, тогда как функциональных изменений диастолической функции левого желудочка не было выявлено.

Таким образом, органическая ДДЛЖ достоверно чаще наблюдалась у больных АГ мужчин с симпатической вегетативной реакцией при ХП по сравнению с мужчинами, у которых развивалась парасимпатическая реакция на холодовой стресс (в 55,6% и в 17,6%случаев, соответственно, $\chi^2=12,832$; $p=0,001$). Кроме того, частота органической ДДЛЖ у больных АГ мужчин значительно больше, чем в группе женщин с активацией симпатической нервной системы при ХП (55,6% и 36,4% больных, соответственно, $\chi^2=8,197$; $p=0,004$).

643 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНГИОПЛАСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ КОРОНАРНЫХ ОККЛЮЗИЙ ПРИ ОДНОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И НИЗКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССАХ СТЕНОКАРДИИ

Рузанов И.С., Журавель М.С., Шитиков И.В., Санбаев А.К., Титков И.В., Гусев К.В., Олейник А.О.

ФГУ “СарНИИК” Минздравсоцразвития РФ, Саратов, Россия

Цель: оценить и сравнить непосредственную и отдаленную клиническую эффективность лечения пациентов с однососудистым поражением коронарного русла в виде хронической окклюзии при помощи различных тактик: консервативной и оперативной (интервенционное вмешательство).

Материалы и методы. В исследование включено 107 больных ИБС с однососудистым поражением коронарного русла в виде хронической окклюзии. Мужчин 85, женщин 22. Возраст 45-67 лет. Все имели в анамнезе перенесенный не Q-инфаркт миокарда в бассейне окклюзированной артерии. При клиническом и инструментальном обследовании была выявлена стенокардия напряжения 1-2 функционального класса. Имелась развитая система коллатералей из контрлатеральной артерии. Все пациенты получали консервативное антиишемическое лечение. Были выделены 2 группы: 1 – пациенты, которым продолжена консервативная терапия (40), 2 – пациенты, которым была выполнена коронарная ангиопластика хронической окклюзии (67). Оценивался клинический результат вмешательства в непосредственном и отдаленном периодах (через 6 месяцев) после операции. Проводилась сравнительная оценка клинических результатов разных стратегий лечения в отдаленном периоде. Оценка непосредственного клинического успеха коронарной ангиопластики проводилась по критериям: данные клинического обследования (полное отсутствие клинических признаков стенокардии), данные инструментального обследования (отсутствие признаков ишемии миокарда по данным нагрузочных ЭКГ-проб). Под отдаленным клиническим успехом подразумевалось сохранение достигнутого результата в течение 6 месяцев.

Результаты. В группе 1 у всех пациентов имелись клинические признаки стенокардии напряжения 1-2 функционального класса. Через 6 месяцев сохранение клинического результата (стенокардия 1-2 функционального класса) отмечено у 37 пациентов (92,5%). У 2 (5%) отмечено повышение функционального класса стенокардии. У одного – инфаркт миокарда (2,5%)

В группе 2 в ходе выполнения коронарной ангиопластики был достигнут непосредственный ангиографический и клинический успех (100%). В отдаленном периоде сохранение достигнутого результата отмечено у 48 больных из 67 (71,6%). У 16 пациентов (23,8%) отмечен возврат клиники стенокардии, у троих (4,4%) – инфаркт миокарда. Причиной клинического ухудшения был рестеноз, тромбоз в стенте.

Выводы. Реканализация и коронарная ангиопластика хронической окклюзии при низких функциональных классах стенокардии была клинически успешна у 100% пациентов в непосредственном периоде и у 71,6% пациентов в отдаленном периоде, позволяя купировать клинические и объективные признаки ишемии миокарда. Отдаленный период после коронарной ангиопластики характеризовался тенденцией к более высокому риску больших кардиальных событий (инфаркт миокарда).

644 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МОНОТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛОМ И КОРДАРОНОМ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рыбакова Т.А., Столярова В.В.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель: изучить влияние метопролола и кордарона на вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Пациенты разделены на 4 групп: I – здоровые (n=10); II (контроль) – ИБС: Стенокардия напряжения III ФК (n=10); III и IV группы – больные ИБС: Стенокардия напряжения III ФК с пароксизмами ФП, принимающие соответственно: метопролол (50мг×2р/д, n=8), кордарон (200мг×1р/д, n=8). Оценивались следующие показатели ВСР: SDNN, SDSD, ΔX, RMSSD, Mean, Mo, pNN50%, ВПР, ИВР, АМо (%), ИН, ПАПР.

Результаты. Наиболее чувствительными показателями вариабельности являются SDNN и SDSD. В группе больных получающих кордарон, регистрировалось повышение SDNN на 114% ($p<0,03$), в группе больных получающих метопролол – повышение SDSD на 84% (0,05) $p<0,05$, по сравнению с группой здоровых лиц. Повышение данных показателей характеризует увеличение ВСР, что благоприятно влияет на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний.

Повышение активности ПНС характеризуется увеличением: ΔX, Rmssd, Mean, Mo, Pnn50% и снижением ВПР и ИВР.

В группе больных, получающих метопролол, выявлено преобладание тонуса парасимпатической нервной системы (ПНС) по сравнению с группой здоровых лиц (увеличение: Mean на 10% (p<0,01) и Mo на 10% (p<0,02)); по сравнению с контрольной группой (увеличение Mean на 16% (p<0,0008) и Mo на 16% (p<0,0003)). В группе больных получающих кордарон, регистрировалось увеличение: ΔX на 177% (p<0,05), Mean на 19% (p<0,002), Mo на 17% (p<0,003) и снижение: ВПР на 47% (p<0,004), ИВР на 65% (p<0,0006)); по сравнению с контрольной группой (увеличение: Mean на 25% (p<0,0003), Mo на 24% (p<0,0002)).

При снижении тонуса симпатической нервной системы наблюдается уменьшение следующих показателей: АМО%, ИН, ПАПР. Данная динамика наблюдалась в группе больных, принимающих кордарон, о чем свидетельствовало уменьшение: АМО% на 31% (p<0,0001), ИН на 60% (p<0,0004), ПАПР на 40% (p<0,00005).

Выводы. Профилактическая монотерапия метопрололом и кордароном у больных с пароксизмами ФП увеличивает ВСР и повышает тонус ПНС. По совокупности исследуемых изменений на ВСР, вегетативный статус, наиболее эффективным является кордарон.

645 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Рыбакова Т.А.
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Медицинский институт, кафедра госпитальной терапии, Саранск, Россия

Цель: изучить влияние некоторых антиаритмических препаратов на вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. Пациенты разделены на 5 групп: I – здоровые (n=10); II (контроль) – ИБС: Стенокардия напряжения III ФК (n=10); III, IV и V группы – больные ИБС: Стенокардия напряжения III ФК с пароксизмами ФП, принимающие соответственно: аллапинин (12,5мг×3р/д, n=8), метопролол (25мг×2р/д, n=8), кордарон (200мг×1р/д, n=8). Оценивались следующие показатели ВСР: SDNN, SDSD, ΔX, RMSSD, Mean, Mo, pNN50%, ВПР, ИВР, AMo (%), ИН, ПАПР.

Результаты. В группе с аллапинином, регистрировалось увеличение ВСР: повышение SDSD на 480% и 434%, SDNN на 228% и 183% по сравнению с I и II группами соответственно. Выявлено преобладание тонуса парасимпатической нервной системы (ПНС) по сравнению с I группой (увеличение: ΔX на 365%, Rmssd на 78%, Mean на 23%, Mo на 24%, PNN50% на 1775% и снижение: ВПР на 80%, ИВР на 84%; по сравнению со II группой (увеличение: ΔX на 270%, Rmssd на 70%, Mean на 30%, Mo на 31%, PNN50% на 1775% и снижение: ВПР на 84%. А также снижение тонуса симпатической нервной системы (СНС) по сравнению с I группой, о чем свидетельствовало уменьшение: АМО% на 37%, ИН на 87%, ПАПР на 48%.

В группе больных получающих метопролол, регистрировалось увеличение ВСР по сравнению с I группой здоровых лиц: повышение SDSD на 84%. Выявлено преобладание тонуса ПНС по сравнению с I группой (увеличение: Mean на 10% и Mo на 10%; по сравнению со II группой (увеличение Mean на 16% и Mo на 16%).

На фоне кордарона, регистрировалось увеличение ВСР по сравнению с I группой: повышение SDNN на 114%. Выявлено преобладание тонуса ПНС по сравнению с I группой (увеличение: ΔX на 177%, Mean на 19%, Mo на 17% и снижение: ВПР на 47%, ИВР на 65%); по сравнению со II группой (увеличение: Mean на 25%, Mo на 24%). Снижение тонуса СНС по сравнению с I группой, о чем свидетельствовало уменьшение: АМО% на 31%, ИН на 60%, ПАПР на 40%.

Выводы. 1. В группе больных получающих метопролол, регистрировалось увеличение ВСР (повышение SDSD) и преобладание тонуса ПНС (увеличение Mean и Mo).

2. В группе больных получающих кордарон, регистрировалось увеличение ВСР (повышение SDNN), преобладание тонуса ПНС (увеличение ΔX, Mean, Mo и снижение: ВПР, ИВР) и снижение тонуса СНС (уменьшение АМО%, ИН, ПАПР).

3. Наиболее выраженные позитивные изменения наблюдались в группе больных получающих аллапинин, регистрировалось увеличение ВСР (повышение SDSD и SDNN). Повышение тонуса ПНС (увеличение ΔX, Rmssd, Mean, Mo, PNN50% и снижение: ВПР, ИВР), снижение тонуса СНС (уменьшение АМО%, ИН, ПАПР).

646 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Рыжова Т.А., Бичан Н.А.
ГОУ ДПО "Новокузнецкий ГИУВ", Новокузнецк, Россия

Пожилые люди составляют большинство больных ИБС. Почти 80% лиц, умерших от инфаркта миокарда, относятся к возрастной группе старше 65 лет. Особенность России в том, что старшая возрастная группа населения представлена в основном женской популяцией. Целью данного исследования было изучение особенностей течения инфаркта миокарда (ИМ) среди женщин старческого возраста.

В исследование включены 131 женщина, перенесшие Q-позитивный и Q-негативный инфаркт миокарда, первичный, а также повторный. Диагноз ИМ выставлялся согласно критериям ВОЗ. Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа включала в себя 79 пациенток в возрасте от 30 до 59 лет, средний возраст 51,6±5,99 лет. Вторая группа – 52 женщины от 75 до 89 лет, средний возраст 79±3,49. Дебютом ИБС во второй группе чаще встречалась стенокардия напряжения (90,4±4,08%), что было достоверно больше, чем в первой группе (38±5,5%, p>0,001). Тогда как ИМ в дебюте заболевания чаще встречался у женщин среднего возраста (62±5,5% против 9,6±4,08%). Первичный ИМ преобладал у пациенток первой группы (94,3±6,5% и 67,3±2,6%), а повторный у женщин второй группы (32,7±6,5% и 5,06±2,5%, p>0,001). По глубине поражения – трансмуральный ИМ чаще встречался у женщин старческого возраста (26,9±6,1% и 16,45±4,2% соответственно), а крупноочаговый ИМ гораздо чаще наблюдался у женщин среднего возраст (52,6±5,6% против 40,4±6,8%). Достоверных различий по мелкоочаговому ИМ не обнаружено (31,6±5,2% и 32,7±6,5% соответственно). По локализации поражения миокарда у пациенток второй группы чаще наблюдалось поражение переднеперегородочной области ЛЖ (21,2±5,6%), а также циркулярное поражение всех стенок (9,6±3,6%), что достоверно больше чем в первой группе (12,2±5,6% и 1,4±1,3% соответственно). У женщин среднего возраста преобладало поражение задней стенки ЛЖ (28,9±5,1% против 7,7±3,7%). Течение ИМ у женщин старческого возраста чаще осложнялось острой сердечной недостаточностью (ОСН) 3-4 ФК по Киллип, чем у пациенток среднего возраста (42,3±4,5% против 5,06±2,5% p>0,001). Ранняя постинфарктная стенокардия достоверно чаще отмечалась у женщин среднего возраста (43±5,6%), чем у пациенток старческого возраста (11,5±4,4% p>0,001). Нарушение ритма чаще регистрировалось у пациенток второй группы (23±5,8%), чем в первой группе женщин (7,6±2,9% p>0,001). Также у женщин старческого возраста достоверно чаще наблюдалось рецидивирующее течение ИМ (19,2±5,4% и 10,1±3,4% соответственно). Статистически значимых различий в группах по нарушениям проводимости (8,9±3,2% и 3,8±3,2%) и острой аневризме ЛЖ не наблюдалось (13,5±4,7% и 7,6±2,9%). В первой группе течение ИМ осложнялось развитием синдрома Дресслера в 3,8±2,1% случаев, что не зарегистрировано во второй группе. Тогда как во вто-

рой группе зарегистрировано 13,5±4,7% разрывов свободной стенки левого желудочка, ставших причиной смерти.

647 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Рычков А.Ю., Хорькова Н.Ю., Харац В.Е., Колунин Г.В., Хрущева О.А., Колычева О.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель работы. Оценить эффективность и безопасность катетерной абляции желудочковых нарушений ритма, в том числе с использованием навигационной системы картирования.

Материал и методы. С апреля 2003 по январь 2011 года в Тюменском кардиологическом центре было проведено 143 катетерных аблаций желудочковых аритмий у 138 пациентов, в 111 случаях (78%) с использованием навигационной системы картирования. Средний возраст больных составил 42,9±13,1 лет, из них – 70 женщин и 68 мужчины. По данным суточного мониторирования ЭКГ у 98 пациентов зарегистрирована частая (в среднем 19338 экстрасистол за сутки) мономорфная желудочковая экстрасистолия, у 40 – пароксизмы устойчивой желудочковой тахикардии. Оценка эффективности проводилась по протоколу операции (купирование желудочковой экстрасистолии на фоне радиочастотных воздействий) и результатам суточного мониторирования ЭКГ в ранний послеоперационный период.

Результаты. Подавляющее большинство (52%) желудочковых нарушений ритма сердца было ассоциировано с выводным трактом правого желудочка, в 18% случаев – с перегородочной областью правого желудочка, в 12% – с левым синусом Вальсальвы. Эффективность катетерной аблации желудочковых аритмий с 2003 по 2008гг составила 68% (из 53 пациентов радиочастотная аблация успешно выполнена в 36 случаях, за этот период – 4 повторные процедуры, 2 – эффективны). В 2009г положительный эффект отмечен в 71% случаев (из 38 пролеченных пациентов – 27 человек). В 2010г эффективность оперативного вмешательства достигла 89% (42 из 47, зарегистрирован 1 рецидив в течение 2 недель после операции с последующей повторной эффективной процедурой). Таким образом, общая эффективность интервенционного лечения пациентов с желудочковыми нарушениями ритма в нашем центре составила 76%. Повторные процедуры проведены 5 пациентам. В 3 случаях очаги желудочковой экстрасистолии удалось устранить при повторной радиочастотной аблации. Среди осложнений – у 3 пациентов развился интраоперационный гемоперикард (2,2%), в 1 случае – постпункционная пульсирующая гематома (0,7%).

Выводы. Катетерная аблация желудочковых нарушений ритма является высоко эффективным и относительно безопасным методом лечения аритмии. Эффективность интервенционного лечения желудочковых аритмий возрастает с количеством операций, выполняемых в лечебном центре.

648 ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Рябихин Е.А., Можейко М.Е., Назарова О.А., Капустина Т.Е.**

ГУЗ ЯОКГВВ – МЦ "Здоровое долголетие", Ярославль, Россия; * ГОУ ВПО "ИвГМА Росздрава", Иваново, Россия

Оценка эластических свойств сосудистой стенки является современным, неинвазивным и высокоинформативным способом выявления сосудистого ремоделирования, как возрастного, так и гипертензионного. Определены критерии нарушения эластичности сосудов, в частности по данным исследования скорости пульсовой волны (СПВ), а также клиническое значение этих изменений у лиц молодого и среднего возраста, в то время как ценность изучения СПВ у пациентов старших возрастных групп не определена.

Цель: изучить эластические свойства стенки крупных артерий у здоровых лиц пожилого и старческого возраста.

Обследовано 65 практически здоровых лиц (30 мужчин и 35 женщин) в возрасте 60-89 лет (средний возраст – 69,9±10,8 лет). При клинико-инструментальном обследовании включенных в исследование не было выявлено признаков поражения сердечно-сосудистой системы. Кроме рутинного клинического обследования пациентам выполнялась эхокардиография с оценкой индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), оценкой геометрии левого желудочка, а также допплеровское исследование сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа (КИМ). Исследование эластических свойств магистральных сосудов проводилось на артериографе TensioClinic (Венгрия). Определяли СПВ по сосудам эластического типа и индекс аугментации (ИА), более адекватно отражающий жесткость сосудов и в норме являющийся отрицательной величиной.

Результаты. Уровень АД составил в среднем 127/77 мм рт. ст. и не отличался в исследуемых группах. СПВ в возрастной группе 60-69 лет составила в среднем 7,9±0,90 м/с, у пациентов 70-79 лет – 8,38±0,84 м/с ($p>0,05$). Достоверно большие значения СПВ зафиксированы в группе старше 80 лет (9,49±1,44 м/с; $p<0,05$) по сравнению с лицами 60-79 лет. ИА в аорте у лиц в возрасте 60-69 лет и 70-79 лет достоверно не различался (-4,43 [-10,09;17,5]% и -1,88 [-15,55;19,72]% соответственно, $p>0,05$) и был достоверно ниже, чем у лиц старше 80 лет (11,2 [2,52;19,24]%, $p<0,05$). Поскольку первые две возрастные группы не имели достоверных различий по показателям СРПВ и ИА, при определении возрастных нормативных показателей эластических свойств артерий целесообразно выделение двух возрастных групп: 60-79 лет и старше 80 лет. У пациентов возрастной группы 60-79 лет СПВ составила 8,15±0,87 м/с, ИА – -4,43[-11,39;8,66]%, у здоровых лиц старше 80 лет СПВ – 9,49±1,44 м/с; ИА – 11,2[2,52;19,24]%. Различия указанных показателей в этих возрастных группах были достоверными. Как ИА, так и СПВ в аорте коррелировали с возрастом пациентов ($r = 0,47$ и 0,53 соответственно), с индексом массы миокарда левого желудочка ($r = 0,5$ и 0,66), с толщиной КИМ ($r = 0,5$ и 0,35). В то же время не выявлено корреляции СПВ и ИА с уровнем систолического и диастолического АД.

Выводы. Полученные данные характеризуют возрастные изменения эластичности сосудов эластического типа, что должно учитываться при оценке данного показателя у лиц старшего возраста с повышенным АД.

649 НАРУШЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Рябов А.Е.

ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет" Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Цель. Изучить особенности биомеханики магистральных артерий у больных с атеросклеротическим поражением различной степени выраженности.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов (средний возраст 68 лет) с атеросклерозом общих сонных артерий, имеющих стабильную ИБС (стенокардия II-III функциональных классов, без перенесенного инфаркта миокарда), умеренную или тяжелую артериальную гипертензию и хроническую сердечную недостаточность II функционального класса. В зависимости от степени атеросклеротического сужения сонных артерий по данным УЗДГ все больные были разделены на 2 группы по 10 человек в каждой: с некритическим (менее 70%) (группа 1) и критическим (70% и более, до субокклюзии) стенозом (группа 2). Помимо общеклинического обследования, каждому из них выполнены: сфигмография (СГ) магистральных артерий, ЭхоКГ. В качестве сравнения использовались показатели биомеханики 50 практически здо-

ровых лиц (группа 3). При анализе фазовой структуры СГ использовалась методика, предложенная профессором В.Н. Фатенковым.

Полученные результаты. В диастолические фазы многие показатели биомеханики были достоверно ниже нормы, обнаружены умеренные отличия между группами 1 и 2. Так, среднее ускорение в диастолическую фазу медленного притока в группе 1 оказалась меньше нормы на 7,6%, а в группе 2 – на 28,4%. Однако в систолические фазы различия оказались более существенными. Средняя мощность в фазу формирования дикротической волны в группе 1 была меньше нормы на 14,2%, а в группе 2 – на 70%. Средние показатели объемного кровотока по общим сонным артериям по данным УЗДГ в группе 2 были на 52% меньше, чем в группе 1, что более соответствовало изменениям показателей систолических фаз сосудистого цикла, связанных с активной работой сосудистой стенки.

Выводы. Ожидаемым оказалось снижение силовых параметров биомеханики магистральных артерий при их атеросклеротическом поражении, были обнаружены наибольшие изменения систолических показателей. По нашему мнению, компьютерная сфигмография может использоваться для скрининга больных с критическим поражением крупных артерий, а также для инструментального контроля лечения.

650 ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НА ФОНЕ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ И ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

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

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Пациенты с рефрактерной артериальной гипертонией (АГ) – группа максимального риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и развития ассоциированных клинических состояний (АКС). Данные проспективных наблюдений за этой категорией больных в настоящее время отсутствуют. Остается неизвестным также и тот факт, есть ли различия в динамике указанных показателей у пациентов с первичной и вторичной АГ.

Цель исследования: сравнение динамики клинических проявлений вазоренальной (ВРГ) и эссенциальной АГ (3 степени) за четыре года наблюдения. Проанализированы динамика клинических симптомов, АКС и ССО в обеих группах.

Материал и методы исследования. В исследование включены 44 пациента рефрактерной артериальной гипертонией: 16 пациентов с ВРГ (основная группа) средний возраст 49,2±3,4 лет, (мужчин-10; женщин-6); стаж АГ 16,3±2,4 лет; ИМТ 27,4±1,6 кг/м²; уровень “офисного” САД 179±7,07 мм рт.ст., ДАД 109±4,5 мм рт.ст. В группу сравнения включены 28 пациентов эссенциальной артериальной гипертонией (11 мужчин и 17 женщин), средний возраст составил 45,21±1,8 лет; стаж АГ 14,9±1,3 лет; ИМТ 28,9±1,6 кг/м²; уровень “офисного” САД 181,8±5,1, ДАД 115±52,5 мм рт.ст. (различия не имели статистической достоверности). Все пациенты обследованы в условиях специализированного отделения артериальной гипертонии Тюменского кардиологического центра. Диагноз ВРГ подтвержден селективной ангиографией почечных артерий. Критериями исключения были наличие вторичной артериальной гипертонии другой этиологии, наличие сахарного диабета и признаков хронической почечной недостаточности (ХПН).

Результаты и обсуждение. В клиническом течении АГ, уровне офисного АД, степени проявлений дисциркуляторной энцефалопатии в группе больных ВРГ исходно и через 4 года не было выявлено достоверных отличий по сравнению с группой сравнения. За время наблюдения достоверно увеличился ИМТ с 27,4±1,6 кг/м² исходно, до 28,9±1,6 кг/м² через 4 года. В группе сравнения – 28,9±1,6, кг/м² и 31,86±2,01, кг/м² соответственно (отличия недостоверны). Исходно, в исследуемой группе частота встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС) была достоверно выше, чем в группе сравнения (p=0,002): 73,3% (11 человек) и 25% (7 человек), соответственно. Через 4 года – 80% (8 человек) и 70,6% (20 человек) соответственно (отличия недостоверны). В анализируемой группе увеличился функциональный класс (ФК) ИБС (p<0,05): исходно I ФК составлял 91%, II – 0%, III – 9%, через 4 года 12,5%, 75% и 12,0% соответственно. По частоте встречаемости различных ФК ИБС группа ВРГ исходно и через 4 года не отличалась от группы сравнения. Исходно в основной группе у 3 человек (18,8%) в анамнезе были острые коронарные синдромы (ОКС), в группе контроля – ОКС отсутствовали (p=0,02). Частота встречаемости острых коронарных синдромов (ОКС) в исследуемой группе через 4 года была достоверно выше, чем в группе сравнения: в 27,3% (3 человека) и в 5,6% случаев (1 человек), соответственно (p=0,002).Исходно в группе ВРГ достоверно чаще, чем в группе сравнения встречались острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе: в 5 случаях (31,3%) и в 2 случаях (7,1%), соответственно (p=0,03); через 4 года – частота встречаемости ОНМК в 27,3% – 3 человека и 11% – 2 человека, соответственно (отличия недостоверны).Исходно в исследуемых группах отсутствовали признаки ХПН. Через 4 года в группе ВРГ ХПН была диагностирована у 4 человек (36,4%): из них I степень у 1 пациента (9,1%); II –я: у 1 пациента (9,1%) и III степень ХПН у 2-ух пациентов (18,2%); в группе сравнения I степень ХПН – у 1 пациента (5,6%); II–я: у 1 пациента (5,6%). Достоверных отличий в частоте встречаемости ХПН за 4 года наблюдения между группами не выявлено. Таким образом, через 4 года в группе ВРГ частота (ССО) (фатальные и нефатальные) составила 42,8% (7 случаев): у двух больных (18,2%) произошел фатальный инсульт и у одного человека (9,1%) – нефатальный инсульт; у одного пациента (9,1%) фатальный ОКС, у двух пациентов (18,2%) – нефатальный ОКС; у 1 пациента (9,1%) летальный исход от разрыва аневризмы аорты; в одном случае (9,1%) летальный исход по причине онкопатологии. В группе сравнения частота ССО через 4 года составила 20% (4 человека): 1 случай (5,6%) фатального инсульта, 1 (5,6%) – нефатального инсульта; еще у 1 пациента (5,6%) имел место фатальный инфаркт миокарда; и у 1 больного (5,6%) произошла отслойка сетчатки с потерей зрения. Частота ССО осложнений в исследуемых группах через 4 года достоверно не отличалась.

Выводы. Клиническое течение рефрактерной АГ за 4 года наблюдения не имело достоверных различий между группами по степени проявления клинической симптоматики (степень выраженности дисциркуляторной энцефалопатии, ФК ИБС) и присоединения ХПН. В анализируемой группе наблюдалось достоверно более частое развитие ОКС, хотя разница частоты ССО в целом не достигла достоверных значений.

651 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Савина Н.М., Байдина О.И., Сидоренко Б.А.

ФГУ Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: выявить особенности терапии ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ у больных различных возрастных групп.

Материал и методы: в исследование были включены 409 больных с ХСН II – IV ФК по NYHA и сохраненной систолической функцией ЛЖ, госпитализированных в кардиологические отделения Центральной клинической больницы УД Президента РФ. С помощью ЭхоКГ исследования определяли ФВ ЛЖ по методу Симпсона. Для разделения на группы

с сохраненной и сниженной ФВ ЛЖ был выбран критерий, равный 45%. Медиана возраста больных с сохраненной ФВ ЛЖ составила 77 лет. У женщин сохраненная ФВ ЛЖ выявлялась значительно чаще (60,9%; p<0,001). ИМ в анамнезе выявлялся в 32,8% случаев, АГ – в 91,0%. ХСН соответствовала III-IV ФК у 67,2% госпитализированных больных. Распределение больных по возрасту было представлено следующим образом: до 60 лет (n=14, 3,4%), 60-69 лет (n=60, 14,7%), 70-79 лет (n=185, 45,2%), 80 лет и старше (n=150, 36,7%). Тяжесть ХСН в старших возрастных группах увеличивалась (p<0,05). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного обеспечения SPSS 17.0.

Результаты: оценка частоты назначения основных средств лечения ХСН в возрастных группах показала, что назначение ингибиторов АПФ не снижалось с увеличением возраста. Ингибиторы АПФ наиболее часто назначали больным 60-69 лет (86,7%) и старше 80 лет (90,0%) в сравнении с группой 70-79 лет (79,5; p<0,05). Блокаторы рецепторов ангиотензина II назначались больным 60-69 лет в 5,0% случаев, больным 70-79 лет и старше 80 лет – в 8,6% и 8,0% случаев соответственно (p>0,05). Комбинации ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II больным не назначались. Вероятным объяснением может быть наличие противопоказаний и ожидаемый высокий риск побочных эффектов у больных старческого возраста, составляющих большинство в нашем исследовании. β-адреноблокаторы с максимальной частотой назначались больным 60-69 лет (81,7%) и их применение существенно снижалось в старших возрастных группах – до 54,7% (p=0,003). С увеличением возраста увеличивалась частота назначения антагонистов альдостерона – от 23,3% в группе 60-69 лет до 36,0% в группе старше 80 лет (p=0,016). В старших возрастных группах увеличивалось использование диуретиков, достигшее 94,7% у больных старше 80 лет (p<0,001). Частота назначения сердечных гликозидов также возрастала – от 14,6% до 27,3% (p<0,001).

Выводы: с увеличением возраста больных с сохраненной ФВ ЛЖ частота назначения основных лекарственных средств увеличивалась, за исключением терапии β-адреноблокаторами. Ведение больных старших возрастных групп требует как соответствия доказательно обоснованным принципам лечения, так и индивидуального подхода к определению лечебной тактики.

652 РАЗЛИЧИЯ ПО ПОЛУ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Савина Н.М., Байдина О.И., Бугримова М.А.
ФГУ Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования: оценить гендерные различия в терапии ингибиторами АПФ на госпитальном этапе лечения больных с ХСН.

Материал и методы: в исследование были включены 976 больных (мужчин 493, женщин 483) с ХСН II – IV ФК по NYHA, госпитализированных в кардиологические отделения Центральной клинической больницы УД Президента РФ. Медианы возраста мужчин и женщин не различались (78 лет). 53,0% мужчин с ХСН и 39,0% женщин перенесли ИМ (p<0,001). У женщин частота АГ оказалась выше в сравнении с мужчинами (89,2% и 85,0% соответственно; p=0,011). Тяжесть течения ХСН у мужчин и женщин не различалась. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного обеспечения SPSS 17.0.

Результаты: ингибиторы АПФ назначались мужчинам и женщинам с одинаковой частотой (81,9% и 83,6% соответственно; p=0,531). Наиболее часто назначался эналаприл, при этом у женщин частота его назначения оказалась значимо выше (43,1% в сравнении с 32,7%; p=0,002). Суточные дозы эналаприла у мужчин и женщин не различались (20,0 мг). В частоте назначения квинаприла также выявлены различия – мужчины лечились чаще, чем женщины (28,5% и 18,1% соответственно; p=0,001); различия суточных доз не обнаружены (10,0 мг). Периндоприл назначался с одинаковой частотой мужчинам и женщинам (22,3% и 23,0% соответственно; p=0,712) и в одинаковых дозах (4,0 мг/сут). Фозиноприл чаще назначался женщинам (12,9% в сравнении с 9,7%), однако различия не были значимыми. Суточная доза фозиноприла у женщин оказалась выше (20,0 мг; p=0,042). При анализе лечения ингибиторами АПФ мужчин и женщин различных возрастных групп у женщин до 60 лет выявлена наименьшая частота назначения (78,6%) препаратов этой группы, у мужчин – наибольшая (97,8%; p < 0,05). В возрастных группах 60-69 лет, 70-79 лет и старше 80 лет при назначении ингибиторов АПФ различия по полу не выявлены. У женщин с увеличением возраста частота назначения ингибиторов АПФ значимо увеличивалась (от 78,6% до 95,0%); у мужчин – снижалась (от 97,8% до 88,1%).

Выводы: ингибиторы АПФ назначались мужчинам и женщинам с одинаковой частотой и в достаточных терапевтических дозах, однако у женщин частота применения эналаприла, а у мужчин – квинаприла значительно превышала частоту использования других препаратов этой группы. Возрастные различия в терапевтических подходах к лечению мужчин и женщин с ХСН следует учитывать при определении индивидуальной лечебной тактики.

653 "ГИПЕРТОНИЯ БЕЛОГО ХАЛАТА" У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Савинова Е.Б., Соколова Л.А.
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт- Петербург, Россия

При обследовании беременных женщин с повышенным АД в ряде случаев выявляется феномен "гипертонии белого халата" (ГБХ) или изолированной клинической АГ, т. е. повышение офисного АД и нормальные значения АД при домашних измерениях и нормальные показатели суточного мониторирования АД (СМАД). Однако, вопросы распространенности и дальнейшей врачебной тактики у беременных женщин при этом синдроме остаются неуточненными.

Цель исследования: выявление частоты регистрации "гипертонии белого халата" и анализ факторов риска АГ у беременных женщин, проходящих обследование по поводу АГ.

Материалы и методы исследования: обследовано 112 беременных женщин с АГ в сроки беременности 12-36 недель. Средний возраст составил 26,1±1,7 года. Всем беременным проводили измерение офисного АД, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ЭКГ, эхокардиографию, исследование мочи на наличие микроальбуминурии, осмотр окулиста для оценки сосудов глазного дна, определение эндотелиальной дисфункции (ЭД) пробой с реактивной гиперемией.

Результаты исследования: синдром "гипертонии белого халата" выявлен у 38 женщин (34%) из 112 обследованных по поводу АГ беременных. По данным измерения офисного АД у этих пациенток зарегистрировано повышение САД до 147±11 мм рт.ст. и ДАД до 92±9 мм рт.ст. При этом показатели СМАД были в пределах нормы и составили: среднесуточное – 118±7,0/71±5,0 мм рт.ст., среднедневное -105,6±5,2/60±5,0 мм рт.ст., средненочное АД – 115±6,0/68±5,0 мм рт.ст. При анализе факторов риска АГ выявлена значительная их распространённость у исследуемых пациенток. Так, отягощенная наследственность по АГ определялась в 60% случаев, избыток потребления соли в 27%, а повышение индекса массы тела (ИМТ) в 27% случаев. В 45% случаев отмечалось сочетание двух и более факторов риска АГ. У 50% пациенток с ГБХ выявлено нарушение эндотелийзависимой вазодилатации. У 12% -определялась микроальбуминурия.

Выводы: синдром "гипертонии белого халата" встречается у 34% исследованных беременных женщин с АГ. Наиболее

распространенными факторами риска у этих пациенток были отягощенная наследственность по АГ, избыток потребления соли, избыточная масса тела. В 47% случаев отмечалось сочетание двух и более факторов риска АГ. У 12% беременных женщин с ГБХ выявляется микроальбуминурия и у 50% – дисфункция эндотелия. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего диспансерного наблюдения за исследованными женщинами с АГ.

654 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Савинова Е.Б., Соколова Л.А.
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) у беременных – актуальная медицинская проблема, поскольку она не только определяет прогноз течения беременности и родов, но и является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в будущем. В этой связи, чрезвычайно актуальна ранняя диагностика поражения органов мишеней, в частности, выявление гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), как проявления гипертонической болезни у беременных женщин.

Цель работы: выявление частоты регистрации и степени выраженности гипертонического ремоделирования миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у беременных с АГ.

Методы исследования: обследовано 45 беременных женщин с АГ в сроки беременности 12-36 недель; их средний возраст составил 26,1±1,7 года. Вид АГ в соответствии с Рекомендациями ВНОК 2010г. уточнялся через 12 недель после родов. У 27 из них выявлена хроническая АГ, (ХАГ) у 18 – гестационная АГ (ГАГ). Всем беременным помимо общеклинического обследования с целью исключения симптоматической АГ, двукратного измерения офисного АД, проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование на аппарате SIEMENS G 50.

Полученные результаты: средние значения офисного систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) у пациенток с ХАГ составили 157,0±4,7 мм рт.ст. и 91,8±2,1 мм рт.ст., с ГАГ – 144,0±5,6 мм рт.ст. и 86±4,1 мм рт.ст., соответственно ($p<0,05$). Среднесуточное САД и ДАД у беременных с ХАГ по данным СМАД составили 136±6,7 мм рт.ст. и 88±3,2 мм рт.ст., с ГАГ – 130,0±7,1 мм рт.ст. и 83±5,1 мм рт. ст. соответственно ($p<0,05$). Повышение индекса времени АГ более 25% отмечено у 46% пациенток с ХАГ и у 20% с ГАГ ($p<0,05$). У 12% пациенток с ХАГ диагностирована ГЛЖ: индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у них составил 113±3,0 г/м². У беременных женщин с ГАГ признаков гипертрофии ЛЖ не выявлено не было.

Заключение: у обследованных беременных женщин с ХАГ, судя по показателям офисного АД и СМАД, отмечена более высокая степень АГ по сравнению с пациентками с ГАГ. При этом у 12% из них выявлены ЭхоКГ признаки ГЛЖ (ИММЛЖ 113±3,0 г/м²). Полученные данные позволяют диагностировать у этой группы пациенток гипертоническую болезнь II стадии, что диктует необходимость динамического диспансерного наблюдения за ними с включением постоянной медикаментозной терапии АГ.

655 БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ СОСУДОВ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Саджая Л.А., Малинова Л.И., Тихонова Л.А.
ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Введение. Старение в человеческом организме является гетерохромным, гетеротопным, гетерокинетичным и гетерокатефтенным процессом. Соотношение вклада инволюционных и патогенетических факторов в формирование и течение артериальной гипертензии и при определении общего кардиоваскулярного риска остается не вполне изученным.

Цель. Оценить соответствие биологического возраста сосудов и состояние церебрального кровотока у пожилых пациентов с артериальной гипертензией.

Методы. Обследовано 179 пациентов (100 – женщины) пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией. Исследование функционального состояния цереброваскулярной системы проводилось на ультразвуковой системе Philips Envisor HD (USA), с использованием линейного (5-12 МГц) и секторного (2-4 МГц) датчиков, в стандартизованных условиях после 15-ти минутного отдыха пациента. Измерялись следующие параметры: пиковая систолическая скорость (Vs), резистивный индекс (RI), диаметр сосуда, толщина комплекса интима-медиа (общая сонная артерия, ТИМ) с соблюдением всех требований экспертного соглашения Американского эхокардиографического общества к оценке субклинического сосудистого поражения и кардиоваскулярного риска. Для интракраниальных сосудов – средней мозговой артерии, передней мозговой, задней мозговой артерии, проводилось измерение пиковой систолической скорости (Vs), и резистивный индекс (RI). Биологический сосудистый возраст оценивался с помощью линейной регрессионной модели с использованием опубликованных номограмм ARIC и результатов исследования S. Homma и соавторов о величине ТИМ у лиц в возрастном диапазоне от молодого до столетнего.

Полученные результаты. Диапазон паспортного возраста исследуемых составил 60-84 года. Биологический сосудистый возраст превышал паспортный в 69,8% случаев. Увеличение биологического сосудистого возраста на 10 лет и более отмечалось у 12 пациентов (6,7%). В 27,3% случаев отмечалось соответствие паспортного и биологического возраста. При сравнении распространенности основных кардиальных факторов риска в группе пациентов, чей биологический сосудистый возраст превышал паспортный (группа 1), и больных, чей биологический сосудистый возраст соответствовал или оказывался меньше паспортного (группа 2), выявлено преобладание курильщиков ($p=0,000$), лиц, не достигших целевых показателей артериального давления ($p=0,041$), мужчин ($p=0,048$) в группе 1. В указанных группах не было выявлено статистически достоверных различий по параметрам липидного спектра, индексу массы тела, отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, гендерных характеристикам. Пациенты 1 группы отличались снижением Vs практически во всех исследованных бассейнах.

Выводы. Превышение биологического сосудистого возраста над паспортным у пациентов поздновозрастной группы с артериальной гипертензией ассоциировано с мужским полом, табакокурением, недостижением целевых значений артериального давления, модификацией состояния церебрального кровотока.

656 СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И ПАТТЕРН КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Саджая Л.А., Малинова Л.И., Тихонова Л.А.
ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Введение. Измерение толщины комплекса интима-медиа является наиболее доступным неинвазивным методом диагностики клинически латентных стадий сосудистого ремоделирования. Единой точки зрения о месте инволюционных процессов в сосудистом ремоделировании, его возраст-зависимой динамике к настоящему времени не сформировано.

Цель. Оценить динамику толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) в поздновозрастной группе пациентов с артериальной гипертензией и сопоставить ее с типом структуры кровотока.

Методы. Обследовано 179 пациентов (100 – женщины) пожилого и старческого возраста с артериальной гипертен-

зией. Возрастной диапазон составил 60-84 года. Оценка ТКИМ проводилось на ультразвуковой системе Philips Envisor HD (USA), с соблюдением всех требований экспертного соглашения Американского эхокардиографического общества к оценке субклинического сосудистого поражения и кардиоваскулярного риска у пациентов без клинических признаков атеросклеротического поражения артерий. Исследование гемокинетических параметров кровотока проводилось в условиях in vitro. Оценивались степень агрегации и деформируемости эритроцитов, ориентация и распределение клеточных элементов крови в потоке, систолический и диастолический типы кровотока, динамическая устойчивость кластеров кровотока, линейные скорости отдельных зон кровотока.

Полученные результаты. Изменение ТКИМ с возрастом носило нелинейный характер, оставаясь сравнительно стабильным до 74 лет. Затем происходило отчетливое нарастание ТКИМ со средней скоростью 0,157 мм/год. Частота выявления атеросклеротических бляшек статистически достоверно возрастала, начиная с 7-ой декады жизни. Значимой корреляции ТКИМ с уровнями систолического, диастолического пульсового, среднего артериального давления, спектром медикаментозной терапии установлено не было. С возрастом отмечалось достоверное повышение динамической устойчивости кластеров кровотока ($p = 0,027$), жесткости эритроцитов в потоке (форм-фактор центральной зоны: 0,68 vs 0,81; $p = 0,003$), "размывались" различия паттенообразования систолического и диастолического типов кровотока.

Обсуждение и выводы. Полученные данные могут рассматриваться как свидетельство преимущественного влияния процесса старения на увеличение толщины комплекса интима-медиа. С точки зрения биомеханики в процессе ремоделирования сосудистая стенка подвергается трем основным видам механического напряжения (поток-зависимое напряжение сдвига, окружное и осевое напряжения сосудистой стенки), количественные величины которых опосредуются упруго-вязкостными свойствами артериальной стенки, потоковыми характеристиками текущей крови. Результаты исследования паттерна кровотока иллюстрируют значение поток-зависимого напряжения сдвига в процессе сосудистого ремоделирования у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией.

657 РОЛЬ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ОКАЗАНИИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Садреева Д.С., Крюков Н.Н., Назаркина И.М.

ГОУ ВПО "СамГМУ Минсоцздрав России", ММУ Городская клиническая поликлиника № 15, Самара, Россия

Артериальная гипертония (АГ) является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией XX века, которая, продолжается и в XXI веке и представляет собой важную проблему современного здравоохранения вследствие высокой значимости медико-социальных последствий – основной причиной инвалидизации и смертности лиц различных возрастных групп. Поиск наиболее эффективных и доступных мер по совершенствованию системы профилактики заболевания, раннему выявлению больных с факторами риска (ФР) и начальными признаками АГ, повышению качества медицинской помощи больным АГ, усилению лечебно-оздоровительной работы среди населения, является важной задачей современного здравоохранения. В связи с этим в целях улучшения качества медицинской помощи больным АГ, внедрения в практику современных методов диагностики, профилактики и лечения, а также оптимизации работы с лицами, имеющими ФР развития данного заболевания, приказом Департамента здравоохранения администрации г.о. Самара № 82 от 18.02.2011 года на базе ММУ ГКП № 15 был открыт Городской амбулаторный центр "Профилактика и лечение артериальной гипертензии". Одна из важных задач центра – осуществление консультативной деятельности для пациентов с АГ различных лечебных учреждений г.о. Самара врачами-кардиологами ММУ ГКБ № 15 с привлечением преподавателей СамГМУ.

С начало 2011 года было осуществлено 326 консультаций больным с АГ. Консультация включает: сбор анамнеза, измерение АД, физикальное обследование, проведение лабораторно-инструментальных методов исследования. В связи с этим центр активно взаимодействует с отделением функциональной диагностики поликлиники, где используются современные диагностические методы – ЭКГ, ЭхоКГ, кардиовизор, кардиоритмография, тридмилтест, ДС БЦС, СМАД. Это позволяет не только констатировать факт наличия гипертонии, но дополнительно проводить оценку функции эндотелия, динамику его изменения на фоне проводимой АГП и немедикаментозного лечения, в том числе и физиотерапевтических процедур.

Проведя анализ 50 амбулаторных карточек пациентов АГ, мы выявили, что у 92% пациентов с АГ сформировался комплаенс к лечению, у 78% достигнут целевой уровень АД, который поддерживается при регулярном использовании современных АГП – блокаторов ангиотензиновых рецепторов, ИАПФ, b-адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов, тиазидных диуретиков и их комбинаций.

В целях повышения эффективности лечения особое значение в центре придается формированию у пациентов с АГ мотивации на обеспечение непрерывное терапевтического процесса; стабилизацию заболевания; приверженность к лечению; новые психологические установки, ведущие к изменению поведения, стиля и образа жизни; отказу от вредных привычек; освоению навыков измерения и самоконтроля АД; оказанию самопомощи при резких колебаниях АД.

658 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ОБОЗНАЧЕННЫХ В МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОМ СТАНДАРТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Садреева Д.С., Труханова И.Г.

ГОУ ВПО "СамГМУ Минсоцздрав России", ММУ Станция скорой медицинской помощи г.о., Самара, Россия

Сосудистые катастрофы – остаются на первом месте, одна из ключевых ролей, в развитии которых играет дестабилизация артериального давления – гипертонический криз (ГК). По данным статистических отчетов ММУ Станции скорой медицинской помощи г.о. Самары (ССМП), установлено, что число вызовов по поводу неосложненного ГК (НГК) стабильно возрастает и составляет значительную часть в структуре вызовов, так в 2008г это 35506 (42,4%) случаев, в 2009г – 41105 (45,9%), в 2010г – 45177 (48,52%).

Цель работы – оценка оказания медицинской помощи врачами станции скорой медицинской помощи в соответствии с Российскими, Европейскими рекомендациями и стандартами СМП.

Проведен анализ 3487 карт вызовов ССМП (форма 110у) больных с НГК трудоспособного возраста, которым была оказана экстренная медицинская помощь бригадами ССМП в июне месяце 2008 – 2010гг. Из них: I группа – 1086 карт 2008 г, средний возраст пациентов – 46,2±8,47 лет, 36,56% мужчин и 63,44% женщин, II группа – 1132 карт в 2009г, со средним возрастом 47,1±8,01 лет, мужчин – 35,51%, женщин – 64,49% и III группа, представлена 1269 картами пациентов 2010 г., 48,6 ± 9,5 лет среднего возраста, 33,73% и 66,27%, соответственно мужчин и женщин. Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе в условиях СМП проводилась с учетом разработанных клинических рекомендаций, использовались таблетированные лекарственные формы: β-блокаторы (эгилок 100 мг) – в I группе (61,1%), беталок ЗОК 100 мг (7,3%), во II группе (49,5%) беталок ЗОК 100 мг (3,6%), в III группе

(44,8%); ИАПФ (эналаприл 10 мг) – 2,2%, 8,4% и 5,0% соответственно; блокаторы Са каналов (кордафлекс ретард 20 мг) – I (17,0%), II (14,6%) и III (12,1%). Из других групп лекарственных средств пациентам назначались инъекционные формы: β-блокаторы (беталок 1мг/мл 5 мл) – не пользовались в I группе, во II и III группе соответственно 4,2% и 5,4%; ИАПФ (энап Р 0,1% – 1 мл) – в I группе 12,2%, во II группе 9,5%, в III группе 5,0%, α-блокаторы центрального действия (клофелин 1 мл) – 7,8%, 6,5%, 4,3%, диуретики (фуросемид 2 мл) – 13,9%, 4,7%, 3,0%, препараты магния (магния сульфат 25% – 10 мл) – 58,3%, 62,0%, 61,0%; нитровазодилататоры (нитроспрей) – 2,4%, 4,1%, 3,1%, соответственно. С 2010 года при ГК в/в используют α –адреноблокатор (урапидил (эбрантил) 25 мг – 5 мл. Показатели госпитализации НГК: 2008г – 5331 (26,98%), 2009г – 5943 (28,66%), 2010г – 1733 (21,11%).

Таким образом, по данным статистических отчетов ММУ Станции скорой медицинской помощи г.о. Самары, установлено, что при лечение неосложненного гипертонического криза на догоспитальном этапе стали больше применять современные инъекционные препараты – ИАПФ (энап Р) и β-блокаторы (беталок), α–адреноблокатор (эбрантил), что привело к уменьшению показатели госпитализации в 2010 г и свидетельствует об их эффективности.

659 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Садыкова А.Р., Шамкина А.Р., Есин А.П.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования: изучить распределение электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭхоКГ) признаков ГЛЖ у женщин репродуктивного возраста в зависимости от степени выраженности непропорционально высокой массы миокарда левого желудочка (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 22 пациентки с высоким нормальным АД (ВНАД) и 66 пациенток с АГ по классификации ВНОК (2008) с давностью АГ 0,5–24 года. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими АГ. Обследуемым проводились ЭКГ, Эхо-КГ. Фактическую ММЛЖ рассчитывали по формуле R.B.Devereux et al. (1977), должную ММЛЖ – по формуле G.Simone et al. (1998). По отношению фактической ММЛЖ к должной рассчитывался коэффициент диспропорциональности (КД). Непропорционально низкую ММЛЖ констатировали при 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) [G. Simone et al., 1998]. При КД 128–155,9% непропорционально высокую ММЛЖ считали слабо выраженной (4-я группа), КД 156–183,9% – умеренно выраженной (5-я группа), КД≥184% – сильно выраженной (6-я группа). Из-за малочисленности (n=1) 1-я группа в сравнении не использовалась. ГЛЖ определялась по признаку Соколова-Лайона, Корнельскому, Губнера-Унгерлейдера, амплитуде R_{aVL}, $R_{V5,6}$ (ЭКГ-ГЛЖ) и индексу ММЛЖ (отношение ММЛЖ к поверхности тела) (ИММЛЖ) ≥ 110 г/м^2 (Эхо-КГ-ГЛЖ). Для оценки достоверности различий распределения в группах использовались критерий χ^2 и точный метод Фишера (ТМФ), различий между вариационными рядами – критерий Манна–Уитни–Вилкоксона (U).

Результаты. Среди пациенток с ВНАД+АГ и АГ в 6-й группе, по сравнению со 2-й группой, значимо ($p<0,05$ по ТМФ) наиболее часто встречаются ЭКГ-ГЛЖ (44,4% vs 6,8%; $p<0,02$ и 66,7% vs 9,6%; $p<0,02$, соответственно), ЭхоКГ-ГЛЖ (77,8% vs 6,8%; $p<0,001$ и 83,3% vs 9,6%; $p<0,01$, соответственно), сочетание ЭКГ-ГЛЖ и ЭхоКГ-ГЛЖ (44,4% vs 3,4%; $p<0,01$ и 66,7% vs 4,8%; $p<0,01$, соответственно); отмечаются значимо ($p<0,05$ по критерию U) более высокие средние значения признака Губнера-Унгерлейдера (14,3±5,8 мм vs 8,3±5,6 мм, $p<0,02$ и 15,9±6,7 мм vs 12,8±6,2 мм, $p<0,05$, соответственно), амплитуды R_{aVL} (6,5±3,6 мм vs 2,8±2,0 мм, $p<0,01$ и 7,6±4,1 мм vs 3,0±2,3 мм, $p<0,01$, соответственно), ИММЛЖ (136,6± 27,3 vs 83,1±25,7, $p<0,001$ и 135,9±20,2 vs 91,3±25,6, $p<0,02$, соответственно).

Вывод. У женщин репродуктивного возраста среди пациенток с ВНАД+АГ и АГ сильно выраженная степень непропорционально высокой ММЛЖ ассоциируется со статистически значимо ($p<0,05$) большей частотой встречаемости ЭКГ-ГЛЖ и ЭхоКГ-ГЛЖ, значимо ($p<0,05$) более высокими средними значениями признака Губнера-Унгерлейдера, амплитуды R_{aVL}, ИММЛЖ.

660 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХРОМА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА

Саликова С.П., Митрофанова И.С.

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава, Оренбург, Россия

Введение: Проблема воздействия производственной среды на организм человека является весьма актуальной и не последнее место в этом отводится хрому. В литературе достаточно данных о воздействие хрома на многие органы, однако сведения о влиянии его на сердечно – сосудистую систему, в частности миокард, немногочисленны.

Цель исследования. Установить структурно-функциональные изменения в миокарде крыс при воздействии хрома в условиях эксперимента.

Материалы и методы: Исследование проводилось на 15 белых беспородных лабораторных крысах-самцах массой 180-200г. Контрольную группу составили 3 крысы. Животные опытной группы получали хром перорально с питьевой водой в дозе 20,0 мг/кг. Контрольная группа получала воду. Забой животных проводился декапитацией под эфирным рауш – наркозом на 45 день опыта. Миокард левого желудочка экспериментальных животных был подвергнут однотипной гистологической обработке на светооптическом уровне.

Результаты исследования: Установлено, что в миокарде крыс при воздействии хрома наблюдалась неоднозначная картина структурно-функциональных изменений. Обнаруживались участки с незначительными изменениями архитектоники сердечной мышечной ткани, имеющие правильную ориентацию кардиомиоцитов (КМЦ) с сохраненными, иногда гипертрофированными ядрами и нормальным расположением миофибрилл. Также выявлялись зоны с разной степенью выраженности дистрофических изменений КМЦ. Такие миоциты содержали в цитоплазме вакуоли, имели участки околоядерного “опустошения” и локального повреждения миофибрилл. Обнаруживались также участки миокарда с выраженным повреждением КМЦ, в которых наблюдались пикнотически измененные ядра, контрактурное повреждение миофибрилл и локальная деструкция саркоплазмы. В таких зонах отмечалось значительное разрыхление и отек соединительной ткани.

При морфометрическом анализе было выявлено существенное увеличение диаметра КМЦ в опытной группе (25,35±1,1, p≤0,05) по сравнению с контрольной (17,77±0,77). В то же время диаметр ядер КМЦ под воздействием хрома практически не изменялся (6,2±0,2 – в опытной группе и 5,85±0,32 – в контрольной). Наблюдалось также в сердечных миоцитах соответствующее снижение показателя ядерно-цитоплазматического отношения (0,24, p≤0,05 – в опытной группе, по сравнению с контролем 0,33).

Выводы: Результаты нашего исследования свидетельствуют, что под воздействием хрома происходят значительные структурно-функциональные изменения КМЦ, характер которых требует дальнейшего изучения с помощью методов электронной микроскопии и иммуноцитохимии.

661 К ОЦЕНКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Салимова Н.Р., Ходжаев А.И., Шакиров М.Р., Махкамова Н.У., Ходжаев А.О., Худайбердыева У.Р., Сарманов Ф.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить частоту и структуру факторов риска (ФР) и оценить суммарный цереброваскулярных риск у больных гипертонической болезнью (ГБ) узбекской национальности.

Материал и методы. Всего было исследовано 200 больных ГБ узбекской национальности обоего пола, в возрасте от 35 до 75 лет. Использовались беседа-интервью и опросник Рея-Холмса для определения исходного уровня цереброваскулярного риска и стресса, а также клинические исследования кардиологического и неврологического статуса, верифицированные данными контроля за АД, ЭКГ, лабораторных, нейрофизиологических, психодиагностических методов, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Результаты собственных исследований. В целом по группе на первом месте среди ФР стоял психоэмоциональный стресс – 85%, затем – низкая приверженность к лечению – 78%. При этом у 1/3 обследованных больных ГБ имела место клинико-нейровизуализационная диссоциация: при малосимптомном течении ГБ на МРТ головного мозга выявлялись единичные или множественные лакунарные инфаркты в перивентрикулярной или субкортикальной областях. Другими ФР у обследованных узбеков являлись: гиперхолестеринемия – 75%, ожирение – 61%, возраст (>50 лет) – 57%, наличие ИБС – 38%, курение – 31%, предшествующая ПНМК – 22%., злоупотребление алкоголем – 11%. Суммарно высокий цереброваскулярный риск имел место у 2/3 пациентов. Но и при этом, 65% больных исходно не были нацелены на долгосрочную терапию и изменение образа жизни из-за недостаточного понимания риска осложнений, возможности инвалидизации. Особенно сильным оказывался страх перед "привыканием" к препаратам и их возможными побочными эффектами. Фактически лечение этих больных осуществлялось только в случаях экстренной необходимости. Примечательно, что даже в случаях развития ПНМК, гипертонического криза у узбеков сохранялась низкая приверженность к терапии и изменению образа жизни. Но если клинически появлялись признаки когнитивных нарушений (снижение памяти, нарушение внимания, снижение интеллектуальных возможностей), дискоординаторных расстройств (головокружения, двоения, нарушение равновесия), приводящие к снижению трудоспособности, особенно у многодетных, то осознание необходимости лечения резко возрастало. Причем, это происходило не только из-за страха перед возможным неблагоприятным прогнозом для самой личности, но и тревоги за будущее детей, семьи.

Выводы. У больных ГБ суммарный цереброваскулярный риск оказывается достаточно высоким (в более 2/3 случаев) из-за сочетания нескольких ФР и их возможного негативного взаимодействия. Очевидно, для пациентов нашего региона необходима специально разработанная методика с учетом особенностей психологического профиля личности и направленная на преодоление стресса (стресспротекцию), низкой приверженности к лечению, изменению образа жизни, стереотипов психоэмоционального и пищевого поведения.

662 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ, НАЗНАЧАЕМОЙ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сапожникова И.Е., Тарловская Е. И.

ГОУ ВПО "Кировская ГМА" Минздравсоцразвития Российской Федерации, Киров, Россия

Цель: провести фармакоэкономический анализ и изучить структуру затрат в отношении терапии, назначаемой пациентам с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. 90 амбулаторных карт из 3 поликлиник областного центра (по 30). Включалась каждая 5-я карта пациента с АГ и СД 2 типа, находившаяся в регистратуре и соответствовавшая критериям: СД 2 типа, диагностированный не позднее 2008 года; не менее 6 обращений за амбулаторной помощью по поводу СД за 2009 год; отчетливые записи о назначенном лечении с указанием названия препарата и доз. Проводились ABC и VEN анализ.

Результаты. В группу А (80% затрат) вошло 27,9% лекарственных средств (ЛС), что выше рекомендованного норматива (20%); в основном из группы V (85,3%). В группу В (следующие 15% затрат) вошли 26,5% ЛС (рекомендуется 30%). В группу С (5% затрат) вошло 44,8% ЛС (рекомендуется 50%), т. е. распределение ЛС близко к рекомендуемому. Некоторое превышение доли дорогостоящих препаратов следует признать обоснованным для пациентов с СД и АГ. К группе V (жизненно-необходимые, доказано влияющие на прогноз) отнесли сахароснижающие (ССП), антигипертензивные (АГП), липидоснижающие препараты; средства, влияющие на гемостаз (препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК), варфарин по показаниям); антибактериальные ЛС. Частота назначений ЛС данной группы составила 65%, что соответствует рекомендованной (не менее 60%). Частота назначений ЛС группы Е (эссенциальные) – 10,1% – ниже рекомендованной (30%), а доля ЛС группы N (non-essential) – 24,9% (рекомендуется не более 10%). Наиболее затратными оказались ССП, далее – АГП, статины (не назначались 30% пациентов). Исследование гликогемоглобина (HbA1c) проведено 58,9% пациентов; только у 11,3% из них исследование проведено ≥2 раз в год. Уровень HbA1c <7,0% выявлен в 15,5%; среди причин не достижения целей сахароснижающей терапии (ССТ) можно выделить высокую долю монотерапии, низкие дозы метформина, несвоевременное назначение инсулинотерапии. Нецелевое АД к концу года выявлено в 60%, причинами этого являются недостаточное назначение комбинированной терапии, неадекватно низкие дозы препаратов. Полный липидный спектр исследован у 4,5% пациентов, целевой уровень ЛПНП выявлен в 3,3%.

Выводы.

1) Частота назначений ЛС группы V (жизненно-необходимые) пациентам с АГ и СД 2 типа в поликлиниках областного центра находится на нормативном уровне.

2) Достаточно часто назначались препараты с недоказанной эффективностью при редком назначении ЛС группы Е.

3) Доля дорогостоящих ЛС несколько превысила норматив, что обосновано назначением преимущественно ЛС из группы V, входящих в многофакторную стратегию и доказано улучшающих прогноз.

4) При адекватной структуре затрат, цели многофакторной терапии не достигаются у значительной части пациентов вследствие как особенностей терапии, так и сложностями в прохождении обследований.

663 МИОКАРДИАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СИНДРОМОМ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сапожникова И.Е.[1,2], Тарловская Е.И.[1], Тарловский А.К.[2], Баландина Ю.А.[1], Максимчук Н.С.[1]

ГОУ ВПО "Кировская ГМА Росздрава", ОГЛПУ "Кировская областная клиническая больница", Киров, Россия

Цель: изучить особенности ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с АГ с нарушениями углеводного обмена и при их отсутствии.

Материалы и методы. Обследовано 143 пациента с АГ 1-2 степеней. В 1-ю группу вошел 91 пациент (69 (75,2%) женщин, 22 (34,8%) мужчины) с нарушениями углеводного обмена (НУО) – у 79 пациентов с СД 2 типа, 11 – с НТГ. 2-ю группу составили 63 пациента (47 (74,6%) женщин и 16 (25,4%) мужчин) с нормальной толерантностью к глюкозе. Критериями исключения являлись острый инфаркт миокарда (ОИМ) и реваскуляризация коронарных артерий в анамнезе, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, клиника типичной стенокардии, хроническая сердечная недостаточность выше II ФК (NYHA), хроническая почечная недостаточность, выраженные нарушения функции печени. Проводились антропометрия, исследование гликозилированного гемоглобина (HbA_{1C}), липидного спектра, гликемии (1-я группа); стандартный оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) с 75 г глюкозы (2-я группа); эхокардиоскопия (Эхо-КС). Для исключения ИБС проводилась велоэргометрия.

Результаты. На момент обследования регулярную гипотензивную терапию получали 62 (68,1%) пациентов 1-й группы и 28 (44,4%) пациентов 2-й группы (p=0,006). Уровень HbA_1c в 1-й группе свидетельствовал о декомпенсации СД (7,8 [6,8; 9]%). У пациентов 1 группы имела место дислипидемия (ДЛП), показатели липидного спектра оказались значимо выше, чем у лиц 2-й группы. ГЛЖ, по данным Эхо-КС, выявлена у 41 (28,67%) пациента обеих групп: у 33 (33,63%) пациентов 1-й группы и у 8 (12,7%) пациентов 2-й группы (значимо чаще в 1-й группе, p=0,002). У пациентов с АГ и НУО были больше масса миокарда ЛЖ (ММ ЛЖ), индекс ММ ЛЖ (ИММ ЛЖ), толщина задней стенки ЛЖ (ТЗС ЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), при этом ТМЖП значимо превысила ТЗСЛЖ (p=0,004),), т. е. концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ носила асимметричный характер. В 1-й группе чаще выявлялись как все варианты ремоделирования, так и концентрическая гипертрофия ЛЖ. У пациентов с НУО нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ выявлено в 100%. В 1-й группе выявлены взаимосвязи показателей геометрической модели сердца и параметрами метаболического статуса, тогда как во 2-й группе показатели Эхо-КС значимо коррелировали с гемодинамическими параметрами.

Выводы.

1) У пациентов с НУО чаще развивается гипертрофия миокарда ЛЖ, в частности концентрическая.

2) В данной группе нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ носило тотальный характер.

3) В группе пациентов с СД 2 типа и НТГ выявлена взаимосвязь показателей Эхо-КС с метаболическими параметрами; у пациентов с нормогликемией показатели геометрической модели сердца ассоциировались с гемодинамическими параметрами.

664 МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИХ СВЯЗЬ С ГЕТЕРОГЕННОСТЬЮ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Сарапулова О.Н., Василец Л.М., Туев А.В.

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

Цель работы – изучить маркеры воспаления и оценить показатели временной гетерогенности реполяризации у пациентов с желудочковой экстрасистолией и артериальной гипертонией.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов с артериальной гипертонией (АГ), средний возраст – 42,45±15,02 лет, среди них 37 мужчин (62%) и 23 женщины (38%). Из них сформированы 2 группы: пациенты АГ в сочетании с желудочковой экстрасистолией (ЖЭС) (n=30); пациенты АГ без ЖЭС (n=30). Пациенты с ЖЭС были разделены на 2 подгруппы: I-II градации по Lown– нетриггерные ЖЭС (n=12), III-V градации по Lown– триггерные, предфибрилляторные ЖЭС (n=18). Среди маркеров воспаления определяли: фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α), интерлейкин-6(ИЛ-6), интерлекин-4(ИЛ-4). Уровень ФНО-α, ИЛ-6 и ИЛ-4 исследовался методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартной тест-системы фирмы ЗАО "Вектор-Бест"(Россия). Для оценки реполяризации миокарда левого желудочка проводилась электрокардиография на 6-канальном электрокардиографе "Schiller AT 104PC" со скоростью 50 мм/с. Определяли следующие показатели: дисперсия интервала QT (QTD), корригированный интервал QT (QTc), корригированная дисперсия интервала QT (QTcD).

Результаты. Уровень ФНО-α у пациентов с ЖЭС и АГ (26,44±8,88пг/мл) был достоверно выше, чем у здоровых (1,6 ± 0,8 пг/мл, p=0,001) и пациентов АГ без аритмии (16,03 ± 6,40 пг/мл, p=0,007). Выявлено увеличение ИЛ-6 при присоединении к АГ желудочковой экстрасистолии (3,30±2,51пг/мл и 11,85±8,47 пг/мл) (p=0,005). При АГ в сочетании с ЖЭС уровень ИЛ-4 (1,26±1,02 пг/мл) оказался ниже, чем у пациентов с АГ без НРС (1,91±1,29пг/мл), но эти различия были не достоверны (p=0,15). У пациентов с ЖЭС высоких градаций уровень ФНО-α и ИЛ-6 был значимо выше, чем при ЖЭС I-II градации (p=0,004 и p=0,005). Установлено достоверное снижение ИЛ-4 в группе пациентов с ЖЭС III-V градации по сравнению с пациентами без аритмии (0,71±0,81 пг/мл, p=0,0004). Средние значения QTD и QTcD у пациентов с ЖЭС на фоне АГ (52,09±14,29 мс и 54,61±14,31мс) были достоверно выше аналогичных показателей у пациентов АГ без НРС (31,71±15,99мс и 32,61±16,05мс) (p=0,003 и p=0,001), что свидетельствует о повышении негомогенности процессов реполяризации желудочков у пациентов с ЖЭС. При корреляционном анализе выявлена прямая зависимость между ИЛ-6 и QTD (R=0,35, p=0,04) и ИЛ-6 и QTcD (R=0,37, p=0,03), т.е гиперэкскреция ИЛ-6 ассоциируется с большей гетерогенностью реполяризации миокарда. Установлено также отрицательная взаимосвязь между концентрацией ИЛ-4 и QTD (R=-0,32, p=0,009), ИЛ-4 и QTcD (R=-0,33, p=0,007).

Выводы. У пациентов с ЖЭС и АГ выявлено повышение ФНО-α, ИЛ-6. При развитии триггерных ЖЭС установлено снижение ИЛ-4. Гетерогенность реполяризации миокарда левого желудочка повышена у пациентов с ЖЭС и ассоциируется с гиперэкскрецией ИЛ-6 и низким уровнем ИЛ-4.

665 ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У МОЛОДЫХ МУЖЧИН НА РАННИХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Сафронова Т.А., Подзолков В.И.

Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить влияние нарушений липидного обмена на функцию почек 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. 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, а также динамическая ангиосцинтиграфия почек с внутривенным введением диэтилентриаминпентаацетата, меченного технецием-99m 180-250 МБк, по болюсной технике и записью задней проекции в положении больного сидя с помощью гамма-камеры. Исследование липидного обмена с определением в плазме крови уровней триглицеридов, общего холестерина, холестерина ЛПВП, ЛПНП и ЛПОНП было выполнено 23 больным.

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. Гиперлипидемия была выявлена у 13 (57%) из 23 человек. У большинства 7 (54%) больных диагностирована гиперлипидемия IIa типа, на втором месте по частоте был IIb тип – у 4 пациентов (30%), III и IV типы гиперлипидемии были обнаружены лишь у 2 человек. По данным динамической ангионефросцинтиграфии у пациентов без нарушения липидного обмена общая СКФ составила 141,6 мл/мин, а при сочетании АГ с гиперлипидемией – 155,1 л/мин. Несмотря на то, что у больных с гиперлипидемией среднее значение общей скорости клубочковой фильтрации было выше, отличия не достигли достоверных значений.

Выводы. При сравнении функции почек по данным динамической ангионефросцинтиграфии у пациентов с нарушением липидного обмена была обнаружена тенденция к формированию более выраженной гиперфильтрации при сочетании АГ с гиперлипидемией.

666 ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОЖИРЕНИЕМ

Селезнёва К.С.
НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Целью исследования изучение особенностей метаболического статуса пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от степени ожирения.

Материалы и методы. В отделении сердечно-сосудистой патологии Клиники НИИ питания РАМН было обследовано 89 пациентов (61 женщина и 28 мужчин, средний возраст 51,5±2,37 лет) с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ожирением. В результате первичного обследования, все пациенты были распределены на 3 группы, соответственно степеням ожирения, согласно ИМТ (посчитанному методом Кетле). Ожирение I степени было выявлено у 26 обследованных (средний ИМТ 32,6±0,4 кг/м²), II степени – у 30 пациентов (средний ИМТ 37,5±0,26 кг/м²), III степени – у 33 пациентов (средний ИМТ 48,4±1,42 кг/м²). Всем пациентам проводилось исследование антропометрических показателей, компонентного состава тела, основного обмена, фактического питания в домашних условиях.

Результаты исследования показали, что при анализе антропометрических данных, наблюдается заметное увеличение индекса соотношения объёма талии к объёму бёдер по мере прогрессирования ожирения. При ожирении I степени соотношение объёма талии к объёму бёдер составило в среднем 0,92±0,01, II степени – 0,99 ± 0,01, III степени – 1,08±0,05. При анализе результатов компонентного состава тела у пациентов с ожирением I степени жировая масса в среднем составила 36,6±2,76 кг, при ожирении II степени – 46,8±1,61 кг, III степени – 70,8±3,87 кг. Тощая масса составила в среднем в 1 группе – 48,3±2,39 кг, во 2 группе – 58,1±3,64 кг, в 3 группе – 66,5±2,57 кг. Мышечная масса в 1 группе в среднем составила 26,6±1,46 кг, во 2 группе – 32,8±1,46, в 3 группе – 39,1±1,47 кг. Общая жидкость организма у пациентов с I, II и III степенями ожирения в среднем составила 35,3±1,69 л, 42,9±1,69 л, 47,5±2,62 л – соответственно. Результаты исследования основного обмена показали, что общие энерготраты основного обмена у пациентов с I степенью ожирения составил 1404±126,6 ккал, II степенью ожирения – 1664±111,1 ккал, III степенью ожирения – 2075±135,2 ккал. Скорость окисления углеводов в 1 группе составила в среднем 160,4±29,2 гр, во 2 группе – 185,9±30 гр, в 3 группе – 205,8±30,3 гр. Скорость окисления белков в 1 группе составила в среднем 66,9±6 гр, во 2 группе – 78,9±8,88 гр, в 3 группе – 77,1±8,3 гр. Скорость окисления жиров в 1 группе составила в среднем 46,9±9,42 гр, во 2 группе – 88,2±19,7 гр, в 3 группе – 105,6±18,1 гр. Исследование фактического питания в домашних условиях пациентов с ожирением выявило выраженные нарушения пищевого статуса. У всех пациентов наблюдается избыточная калорийность рациона, избыточное потребление животных жиров, холестеринсодержащих продуктов, поваренной соли, рафинированных углеводов и недостаточное потребление пищевых волокон, витаминов, минеральных веществ.

Выводы: результаты исследования подтвердили наличие прямой взаимосвязи между степенью выраженности ожирения и выраженностью метаболических нарушений.

667 ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФУНКЦИЮ МИОКАРДА

Сергеева С.С.[1], Новожилова Н.В.[1], Кузнецова Т.Ю.[2]
ГУЗ "Республиканская больница им. В.А. Баранова"[1], ГОУ ВПО ПетрГУ[2], Петрозаводск, Россия

Цель: проанализировать влияние анатомического поражения коронарных артерий на функцию миокарда.

Материалы и методы. Обследовано 97 пациентов ИБС, у которых на основании симптомов и признаков заподозрена хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Средний возраст 59,03 года, мужчин 68 чел. (70%). Обследование: ЭКГ, ЭхоКС, включая тканевую допплерографию, коронарография. ХСН с сохранной систолической функцией (ССФ) диагностировали при наличии симптомов, клинических и объективных признаков (ЭКГ признаки рубцовых изменений, гипертрофии миокарда ЛЖ (ГЛЖ), ультразвуковые критерии (диастолический подъём основания ЛЖ (Em), соотношение волны Е трансмитрального кровотока Em (E/Em). В качестве дополнительного диагностического критерия определяли мозговой натрий-уретический пептид (МНУП). Отношение E/Em выше 15 свидетельствовало о наличии ХСН с ССФ, E/Em менее 8– исключало диагноз, а при E/Em от 8 до 15 оценивались дополнительные данные: определение типа наполнения ЛЖ, объёма ЛП, наличие ГЛЖ, фибрилляции предсердий, уровень биомаркёров. Результаты: Больные разделены на 3 группы. 1-я (39,17%) – ИБС с ХСН с ССФ, 2-я (15,46%) – ХСН с ССФ исключена, 3-я ИБС с систолической сердечной недостаточностью (ССН) (45,36%). Группы сопоставимы по возрасту и полу. Сахарный диабет в 1-ой в 31,6%, во 20-й – 13%, 3-ей – 34,09%. Одинаково часто встречалась артериальная гипертензия (АГ) (97,3%, 86,67%, 86,36%). ГЛЖ выявлена в 76,32%, 60% и 52,27% соответственно по группам. По сравнению с группой пациентов с ХСН ССФ, для пациентов группы ССН более характерной была дилатация ЛЖ с эксцентрическим ремоделированием миокарда, чем ГЛЖ (76,32% и 52,27%, p=0,02). Пациенты с ХСН с ССФ и отсутствием ГЛЖ имели более тяжёлое поражение коронарных артерий. ОИМ в анамнезе встречался чаще у пациентов при наличии ХСН (46,67% во 2-ой и 95,45% в 3-ей группах, p=0,0001). При наличии ХСН достоверно чаще, по сравнению с группой пациентов ИБС без ХСН диагностировалось поражение ствола ЛКА при КАГ (28,95%, 0%, 29,55%, p=0,02), а также стволовое и трёхсосудистое поражение по сравнению с двух и однососудистым (71,05% и 90,9% в 1 и 3 группах, против 6,67%, p=0,0001). Среди больных ХСН стволовое и трёхсосудистое поражение достоверно чаще встречалось в группе пациентов с ССН по сравнению с ХСН ССФ (90,9% и 71%, p=0,02). У четверти пациентов с диастолической дисфункцией при тканевой допплерографии выявлены более тяжёлые

нарушения диастолы, чем при оценке трансмитрального потока.

Выводы: у больных ИБС с признаками диастолической дисфункции диагноз ХСН с ССФ подтверждён в 71,69% при помощи тканевой допплерографии и МНУП. Наличие ХСН у больных ИБС достоверно зависело от тяжести поражения коронарных артерий и от ОИМ в анамнезе. Поражение ствола левой коронарной артерии одинаково часто встречалось как в группе больных ССН и ХСН с ССФ. Для пациентов с ХСН ССФ более характерными были ГЛЖ и концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ.

668 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Сизова Ж.М.[1], Захарова В.Л. [1], Смирнова Е.В. [2]

ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова[1], Москва, Россия; ГУЗ "Кардиологический диспансер №2" УЗ ЮАО[2], Москва, Россия

Несмотря на возможности современной фармакотерапии, широкий выбор лекарственных средств, использующихся в настоящее время 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) приходится примерно две трети случаев смерти от сердечно-сосудистой патологии. В связи с этим, поиск путей лечения больных стабильной стенокардией, по-прежнему, остается одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии и находится в центре внимания практических врачей.

Цель исследования: оценить возможности 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), клинические проявления стенокардии. Длительность наблюдения составила 12 недель.

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. Ср. эффективность дополнительного приема К для купирования приступов стенокардии составила 79%. Ср. продолжительность нагрузки под влиянием К возросла к 12 нед. на 56% ($p<0,05$), под влиянием терапии А на 38% ($p<0,05$). 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) улучшает коронарный резерв у больных стабильной СН II-III ФК в виде купирования и профилактики приступов стенокардии, обладает выраженным антиангинальным и антиишемическим действием и отсутствием развития толерантности.

669 АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Синеглазова А.В., Калев О.Ф., Трушин И.В., Ростовцев М.В., Михеев А.Л., Никольская Е.П., Рыжкова В.В., Колесова Л.В.

ГОУ ВПО "ЧелГМА Росздрава", ГОУ ДПО "УГМАДО Росздрава", Диагностический центр ГМЛПУЗ ЧОКБ, Челябинск, Россия

Кардиоваскулярные осложнения атеросклеротического генеза являются ведущей причиной снижения продолжительности жизни больных ревматоидным артритом (РА). В этой связи остро встает вопрос о ранней доклинической диагностике атеросклеротического поражения стратегических артерий с целью своевременного проведения превентивных мероприятий.

Цель. Оценить состояние коронарных и брахиоцефальных (БЦА) артерий у женщин с РА с помощью 64-спиральной компьютерной томографии и дуплексного сканирования.

Материалы и методы. Обследовано 30 женщин с достоверным диагнозом РА, средний возраст 49,6±7,4 лет, средняя длительность РА 9,8±1 лет. 64-спиральную компьютерную томографию коронарных артерий (КА) проводили на аппарате LightSpeed VCT, GE (США). Сканирование проводилось в пошаговом режиме с проспективной кардиосинхронизацией для определения коронарного кальция по шкале Агатстона. МСКТ-коронарография выполнялась в спиральном режиме с ретроспективной синхронизацией с ЭКГ при введении 100-150 мл контрастного вещества в концентрации 300-350 мг/мл со скоростью 4-5 мл/сек. Дуплексное сканирование БЦА выполнялось на аппарате Vivid 7, GE (США) в режиме триплекс. Толщина КИМ трактовалась согласно рекомендациям ВНОК, 2009. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS (17 версия).

Результаты. Изменения КА диагностированы у 10 больных (33%). МСКТ коронарография проведена 15 женщинам. У 5 обследованных больных (33%) в возрасте от 38 до 54 лет (средний возраст 48,8±6,4 лет) диагностирован стеноз различной степени выраженности (от 25 до 80%). Гемодинамически значимый стеноз имели 3 пациентки (в 2 случаях – 50%, в 1 – 80%). Из 3 случаев коронарный кальций с индексом Агатстона 99 Ед. диагностирован у одной женщины. Гемодинамически не значимый стеноз зарегистрирован у 2 обследованных. Оба стеноза обусловлены кальцинированной атеросклеротической бляшкой в просвете сосуда. Кальцификация коронарных артерий определена у 8 лиц с колебаниями индекса Агатстона от 1 до 99 Ед.

Изменения БЦА зарегистрированы в 23 случаях (82%) и были представлены утолщением и /или уплотнением стенки (n=16; 57%), патологической извитостью (n=12; 43%), нарушением дифференцировки слоев (n=5; 18%), наличием бляшки (n=4; 14%), септальным стенозом (n=2; 7%).

При корреляционном анализе установлена прямая взаимосвязь между индексом кальцификации КА и толщиной КИМ БЦА ($r=0,511$; $p=0,008$).

Выводы: У женщин с РА патология КА и БЦА диагностирована в 86% случаев. Изменения БЦА наблюдаются значительно чаще, чем КА (82% и 33%, соответственно). Процессы кальцификации КА и утолщения КИМ БЦА тесно взаимосвязаны.

670 ВЗАИМОСВЯЗИ "СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА" С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА

Синкевич Д.А., Протасов К.В., Федоришина О.В., Дзизинский А.А.

ГОУ ДПО "Иркутский ГИУВ Росздрава", Иркутск, Россия

Цель. Изучить взаимосвязи "сосудистого возраста" (СВ) с функцией эндотелия, толщиной комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА), лодыжечно-плечевым индексом (ЛПИ) и индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ) высокого риска.

Материалы и методы. Обследованы 167 больных АГ: мужчин 63 и женщин 104 в возрасте от 39-65 лет. Всем пациентам измеряли окружность талии, проводили суточное мониторирование АД (CardioTens-01, Венгрия), дуплексноультразвуковое сканирование ОСА, эхокардиографию с расчетом ИММЛЖ по Penn-convention (LogiqBookXP, США), тест с эндотелийзависимой вазодилатацией (ЭЗВД), определяли ЛПИ и общий холестерин сыворотки крови, рассчитывали индекс курения (пачка-лет). "Сосудистый возраст" определяли по таблице "SCORE", адаптированной с учетом алгоритма D`Agostino (J.E. Cuende, 2010). Изучали и сравнивали корреляции хронологического и СВ с показателями ремоделирования сердца и сосудов. С помощью пошагового логистического регрессионного анализа изучали ассоциации вышеуказанных параметров, а также офисных и среднесуточных значений АД, с наличием бляшки ОСА (КИМ>0,13 см) и гипертрофии миокарда левого желудочка (ИММЛЖ>125 г/м^2 у мужчин и >110 г/м^2 – у женщин).

Результаты. "Сосудистый возраст" достоверно превышал хронологический (55,5 (46-64) и 50,9 (45-55) лет, соответственно; p<0,0001). Отмечена более тесная корреляционная взаимосвязь СВ, по сравнению с хронологическим, с толщиной КИМ (r=0,42; p<0,0001 и r=0,37; p<0,0001, соответственно) и с ИММЛЖ (r=0,53; p<0,0001 и r=0,43; p<0,0001, соответственно). Выявлена отрицательная корреляция СВ с ЛПИ (r=-0,20; p<0,0001), в отличие от хронологического. Взаимосвязь СВ и хронологического возраста с ЭЗВД была статистически недостоверной (r=0,11; p=0,18 и r=0,11; p=0,15, соответственно).

По результатам пошаговой логистической регрессии получены следующие уравнения:

Гипертрофия миокарда = СВ×0,08+пульсовое давление за сутки × 0,061 – 9663, точность модели – 86,1%, p<0,001.

Бляшка ОСА = СВ×0063 – 5,016, точность модели – 80,7%, p<0,001.

Таким образом, "сосудистый возраст" среди всех факторов, включенных в анализ, продемонстрировал наибольшую прогностическую значимость, независимую от хронологического возраста, уровней холестерина и АД.

Выводы. У больных АГ показатель "сосудистого возраста", в отличие от хронологического, более тесно коррелировал с параметрами ремоделирования сосудов и миокарда и явился независимым фактором, ассоциированным с гипертрофией левого желудочка и атеросклерозом общей сонной артерии.

671 РАЗЛИЧИЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О НАЛИЧИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ И ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Синькова Г.М., Синьков А.В.

ГОУ ВПО "Иркутский ГМУ Минздравсоцразвития России", Иркутск, Россия

Цель: определить различия осведомленности о наличии артериальной гипертензии (АГ) жителей сельских и отдаленных районов Иркутской области в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Обследовано 560 человек (148 мужчин, 412 женщин) в возрасте 19-95 лет (средний возраст 60,3±13,6 лет) жителей Жигаловского, Зиминского, Катангского, Качугского, Киренского, Казачинско-Ленского, Черемховского и Куйтунского районов Иркутской области, у которых при скрининговом обследовании выявлено АД≥140/90 мм рт.ст. и/или установлен факт приема антигипертензивных препаратов (АП). Обследование включало измерение АД в соответствии с рекомендациями ВНОК [2008], осмотр кардиолога, невролога, регистрацию ЭКГ и анкетирование, проводимое кардиологом с помощью специальной анкеты, включающей вопросы о принимаемых АП. Результаты оценивали с помощью компьютерных статистических программ STATISTICA 6.0 и Биостатистика 4.03 (описательная статистика, 95% доверительные интервалы (ДИ), критерий хи- квадрат).

Результаты. Осведомленность о наличии АГ у обследованных пациентов варьировала от 55,8% в Казачинско-Ленском районе до 94,4% в Зиминском районе Иркутской области (p<0,001). Средний уровень осведомленности составил 78,2% (95%ДИ=74,8-81,6). У женщин осведомленность о заболевании АГ была значительно выше, чем у мужчин (82,5% и 66,2% соответственно, p<0,001). Наиболее высокий уровень осведомленности отмечался в возрасте 51-60 и 61-70 лет (83,3% и 86,8% соответственно), наиболее низкий уровень осведомленности – в возрасте 21-30 лет, 31-40 лет и в возрасте старше 80 лет (54,5%, 66,7% и 60,0% соответственно). Различия между возрастными группами по уровню осведомленности были статистически значимыми по данным дисперсионного анализа (p<0,001).

Выводы: 1) В сельских и отдаленных районах Иркутской области выявлен достаточно высокий уровень осведомленности населения о наличии артериальной гипертензии.

2) Тревогу вызывает факт низкого уровня осведомленности о наличии артериальной гипертензии пациентов молодого и среднего возраста, что требует совершенствования организационных подходов по активному раннему выявлению артериальной гипертензии у населения трудоспособного возраста.

672 ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ ЖИТЕЛЕЙ НЕКОТОРЫХ РАЙОНОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Синькова Г.М., Синьков А.В.

ГОУ ВПО "Иркутский ГМУ Минздравсоцразвития России", Иркутск, Россия

Цель: определить зависимость уровней артериального давления (АД) от возраста на примере жителей некоторых районов Иркутской области.

Материалы и методы: проведено скрининговое измерение АД у 1002 человек (229 мужчин, 773 женщин) в возрасте 18-72 года (средний возраст 46,5±12,6 лет) жителей Жигаловского, Качугского, Бодайбинского, Нижне-Илимского и Чунского районов Иркутской области. Отбор населения для скринингового измерения АД производился методом случайной выборки из списочного состава жителей населенного пункта, прикрепленных для медицинского обслуживания в центральную районную больницу.

Результаты оценивали с помощью компьютерных статистических программ STATISTICA 6.0 и Биостатистика 4.03 (описательная статистика, 95% доверительные интервалы (ДИ), критерий хи- квадрат).

Результаты: у жителей обследованных районов средний уровень САД составил 140,6 мм рт.ст. (95%ДИ=139,1-142,2 мм рт.ст.), средний уровень ДАД – 85,9 мм рт.ст. (95%ДИ=85,1-86,7 мм рт.ст.). У мужчин уровни САД и ДАД были выше, чем у женщин (141,2/86,4 мм рт.ст. у мужчин и 140,5/85,7 мм рт.ст. у женщин), но различия были статистически незначимыми. Уровни САД и ДАД увеличивались одновременно с возрастом, и эта зависимость имела линейный характер. Коэффициенты корреляции возраста с величиной САД и ДАД составили r=0,48 (p<0,05) и r=0,40 (p<0,05) соответственно. Наряду со средними значениями САД и ДАД в разные возрастные периоды нами также определялась величина приращения САД и ДАД при увеличении возраста на 10 лет. Величину "приращения" определяли как разность между средними значениями САД и ДАД исследуемого и предшест-

вующего десятилетних возрастных периодов. Статистически значимое увеличение уровня САД отмечалось в возрасте 40-49 лет (p<0,000003) и 50-59 лет (p<0,000003) и составляло 14,4 и 13,1 мм рт.ст. соответственно. Статистически значимое увеличение уровня ДАД отмечалось в возрасте 40-49 лет (p<0,000003) и 50-59 лет (p<0,00001) и составляло 7,0 и 4,6 мм рт.ст. соответственно.

По данным регрессионного анализа, прирост САД составил в среднем 1,0 мм рт.ст. на один год жизни (95% ДИ=0,89-1,13 мм рт.ст.), прирост ДАД – 0,43 мм рт.ст. на один год жизни (95%ДИ=0,37-0,49 мм рт.ст.).

Согласно полученной регрессионной модели зависимости величины АД от возраста, можно прогнозировать, что, в среднем, в исследуемой популяции превышение нормативных значений САД будет достигнуто в возрасте 45 лет (95%ДИ прогнозируемых значений САД составил 138,1-140,9 мм рт. ст.), а превышение нормативных значений ДАД – в возрасте 54 года (95%ДИ=88,4-90,1 мм рт.ст.).

Выводы: При проведении диспансерных осмотров населения в рамках реализации приоритетного Национального проекта "Здоровье" пациенты в возрасте 45 лет и старше нуждаются в углубленном осмотре для раннего выявления факторов общего сердечно- сосудистого риска.

673 РОЛЬ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Сироцинская Е.А., Жарский С.Л., Жарская И.М., Баранова О.В.

ГОУ ВПО "Дальневосточный государственный медицинский университет", ГУЗ "Консультативно-диагностический центр "Вивея", ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии", Хабаровск, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) является независимым предиктором смерти, а также основным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В практической деятельности доля адекватно леченных больных ФП остается низкой.

Цель исследования. Совершенствование амбулаторного лечения постоянной формы ФП с помощью образовательной программы для больных и врачей первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 2-х лет находились 120 больных в возрасте от 50 до 72 лет с постоянной формой ФП. Основная группа (60 человек) – больные, прошедшие курс обучения по образовательной программе. Контрольная группа (60 человек) – больные, находящиеся на обычном диспансерном наблюдении в поликлиниках г. Хабаровска. На момент начала исследования группы не отличались по изучаемым клиническим и лабораторно-инструментальным показателям.

Результаты. В группе обучения в сравнении с контролем отмечено уменьшение средней ЧСС по данным холтеровского мониторирования с 111±2,26, до 80,7±0,59, отдышки, оцениваемой по визуально-аналоговой шкале Борга с 4,81±0,21 до 2,4±0,07 баллов. Доля больных с отеками голеней уменьшилась с 33,3% до 11,6%, уменьшился также функциональный класс ХСН. Доля больных, имеющих I ФК возросла с 6,6% до 26,6%, в то время как доля больных, имевших III ФК уменьшилась с 28,3% до 0%. В контроле же процент лиц с IIIФК ХСН увеличился с 21,6 до 30%. После обучения отмечено снижение АД с 139,8±2,8/86,8±1,76 до 119,8±0,84/76,1±0,68 мм рт ст. В основной группе наблюдали более выраженное, чем в контроле снижение общего холестерина (ОХС) с 6,35±0,13 до 4,81±0,038 ммоль/л, ЛПНП с 4,36±0,08 до 3±0,035 ммоль/л. В контрольной группе исходно и через 2 года уровень ОХС составил 6,01±0,11 и 5,25±0,083ммоль/л, ЛПНП – 4,12±0,08 и 3,73±0,07 ммоль/л соответственно. МНО в результате более тщательного подбора и контроля доз варфарина у обученных больных достигло целевого уровня, изменившись от 1,29±0,025 до 2,45±0,026, в то время как в контроле это изменение было лишь незначительным – от 1,19±0,03 до 1,27±0,04. В основной группе осложнений не наблюдалось, тогда как в контрольной у 4 пациентов развился ишемический инсульт. Количество дней госпитализации по поводу декомпенсации ХСН в группе обучения уменьшилось с 4,87±0,7 до 0, тогда как в группе контроля увеличилось с 3,26±0,6 до 11,8±2,3.

Выводы. Разработка и применение образовательной программы, в которой было уделено внимание методам контроля ЧСС, свертывающей системы крови, контроля лечения ХСН и АГ способствовало улучшению качества жизни, снижению числа осложнений, госпитализаций больных постоянной формой ФП.

674 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОНИЖЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Скаржинская Н.С., Чесникова А.И., Терентьев В.П., Фишман А.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: изучить особенности ремоделирования левого желудочка сердца у женщин с артериальной гипертензией (АГ) и пониженной функцией щитовидной железы.

Методы исследования: в исследование были включены 58 женщин с АГ I-II степени и гипотиреозом (ГТ) различной степени тяжести (15 – с субклиническим ГТ и 43 – с манифестным ГТ), в возрасте 52-75 лет (средний возраст 61,6±1,1 лет) и длительностью заболевания 2-15 лет. Всем пациентам было проведено эхокардиографическое исследование по стандартной методике. Определяли следующие показатели левых отделов сердца: конечно-диастолический (КДР, мм) и конечно-систолический (КСР, мм) размеры левого желудочка (ЛЖ), толщину задней стенки (ТЗСЛЖ, мм) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП, мм). На основании полученных параметров вычисляли массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) по формуле R. Devereux и Reichek N.: ММЛЖ= 1,04 х [(КДР + ТМЖП + ТЗСЛЖ)³ – (КДР)³] – 13,6. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) определяли как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Расчетным путем по формуле определяли индекс относительной толщины стенок (ИОТС) ЛЖ: ИОТС=(ТМЖП+ТЗС)/КДР, который отражает соответствие толщины стенок миокарда ЛЖ размеру его полости. За повышение ИОТС принимали значения 0,45 и более. При оценке геометрического ремоделирования критерием развития гипертрофии миокарда ЛЖ служило: увеличение толщины МЖП >11 мм, ТЗСЛЖ > 10 мм, и увеличение ИОТС ЛЖ более 0,45 или увеличение ИММЛЖ более 110 г/м² для женщин и более 125 г/м² для мужчин. На основании значений ИММЛЖ и ИОТ определяли геометрическую модель ремоделирования ЛЖ по классификации Ganau A. (1992). Рассчитывали общепринятые показатели трансмитрального кровотока: максимальную скорость в период раннего диастолического наполнения ЛЖ (Е, м/с), максимальную скорость в период позднего диастолического наполнения ЛЖ (А, м/с), отношение максимальных скоростей потоков в период раннего и позднего наполнения ЛЖ (Е/А), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT, мс).

Результаты. Получены средние величины ММЛЖ – 276,24±42,54; ИММЛЖ – 140,72±26,71; ОТС – 0,52±0,22. Гипертрофия ЛЖ была выявлена у 44 (75%) пациенток, нормальный ИММЛЖ был определен у 14 (25%) пациенток. При оценке геометрии ЛЖ нормальная модель ЛЖ была выявлена у 10 (17%) женщин, концентрическое ремоделирование – у 14 (25%) женщин, концентрическую гипертрофию ЛЖ имели 32 (55%) женщины, эксцентрическую гипертрофию – 2 (3%) женщины. Признаки диастолической дисфункции по гипер-

трофическому типу выявлены у 80% больных (E/A 0,81±0,25), систолической дисфункции выявлено не было.

Выводы. Таким образом, в группе женщин с артериальной гипертензией и пониженной функцией щитовидной железы у большинства обследованных пациенток (75%) при эхокардиографическом исследовании выявлена гипертрофия миокарда ЛЖ. Преобладающим типом ремоделирования у данной категории больных была концентрическая гипертрофия левого желудочка (53%). У большинства пациенток выявлена диастолическая дисфункция по гипертрофическому типу (80%).

675 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ С ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Скviренко Т.С., Тарасов А.А.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Клинические состояния, являющиеся критериями выделенного в 2007 году L.Fabbri и K.Robe синдрома хронического системного воспаления (СХСВ), ассоциированы с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений. СХСВ встречается при ишемической болезни сердца (ИБС) в 75-80% случаев.

Цель. Учитывая, что в патогенезе поражения сосудистой стенки при коронарном атеросклерозе наряду с воспалением важное значение имеет дисфункция сосудистого эндотелия (ЭД), нами проанализированы взаимосвязи инструментальных показателей, характеризующих ЭД, с выраженностью клинических состояний, являющихся диагностическими критериями СХСВ (по L.Fabbri и K. Robe, 2007), при ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 38 больных хроническими формами ИБС. ЭД изучали при помощи пробы с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимая вазодилатация) по методике Лебедева П.А. (2004 год) с применением фотоплетизмометрического датчика. Для оценки ЭД использовали интегральный показатель функции эндотелия (ПФЭ), индекс жесткости (ИЖ) и времени отражения пульсовой волны (ВОПВ), а также их динамику. Диагностика СХСВ проводилась в соответствии с критериями Fabbri L. и Rabe K. Для проведения корреляционного анализа такие компоненты СХСВ как возраст, анамнез курения (пачко-годы), $ОФВ_1$, функциональный класс ХСН и содержание С-реактивного протеина (СРП) выражали количественно. При наличии метаболического синдрома показателю присваивалось значение “0” или значения “1, 2 или 3” в зависимости от тяжести сахарного диабета. Корреляционный анализ проводили по методу Pearson с использованием пакета SPSS 16.0. при уровне достоверности $p<0,05$.

Результаты. СХСВ нами отмечен среди 78,1% больных клинически выраженными формами ИБС, при этом почти четверть из них соответствовала 5-6 диагностическим критериям. Нами выявлены достоверные корреляционные связи ПФЭ с анамнезом курения (r=-0,437), возрастом (r=-0,336) и показателем $ОФВ_1$ (r=0,479); положительная связь ИЖ с тяжестью нарушений углеводного обмена (r=0,401) и связь динамики ИЖ (r=0,521) и динамики ВОПВ (r=-0,378) с уровнем С-реактивного протеина.

Выводы. Выраженность нарушений инструментальных показателей ЭФ при ИБС коррелирует с выраженностью основных клинических состояний, являющихся диагностическими критериями СХСВ. Данная закономерность может отражать основные механизмы прогрессирования ИБС у лиц с повышенным сердечно-сосудистым риском, имеющих заболевания и клинические состояния, отвечающие критериям СХСВ.

676 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СИСТЕМНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ С ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Скviренко Т.С., Тарасов А.А.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Синдром хронического системного воспаления (СХСВ), выделенный L.Fabbri и K.Robe в 2007 году, и ассоциированный с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений, встречается при ишемической болезни сердца (ИБС) в 75-80% случаев.

Цель. Учитывая, что в патогенезе поражения сосудистой стенки при коронарном атеросклерозе наряду с эндотелиальной дисфункцией важное значение имеет локальное и системное воспаление, нами проанализированы взаимосвязи уровней провоспалительных маркеров ИЛ-1β, ФНО-α и ИЛ-6 с выраженностью клинических состояний, являющихся диагностическими критериями СХСВ (по L.Fabbri и K.Robe, 2007), при ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 38 больных хроническими формами ИБС. Определяли “спонтанное” содержание ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотках крови методом твердофазного ИФА (диагностические наборы “Вектор-БЕСТ”). Диагностика СХСВ проводилась в соответствии с критериями Fabbri L. и Rabe K. Для проведения корреляционного анализа такие компоненты СХСВ как возраст, анамнез курения (пачко-годы), $ОФВ_1$, функциональный класс ХСН и содержание С-реактивного протеина (СРП) выражали количественно. При наличии метаболического синдрома показателю присваивалось значение “0” или значения “1, 2 или 3” в зависимости от тяжести сахарного диабета. Корреляционный анализ проводили по методу Pearson с использованием пакета SPSS 16.0. при уровне достоверности $p<0,05$.

Результаты. СХСВ нами отмечен среди 78,1% больных клинически выраженными формами ИБС, при этом почти четверть из них соответствовала 5-6 диагностическим критериям. Нами выявлены достоверные корреляционные связи уровня ИЛ-1β и ФНО-α с тяжестью метаболических нарушений (r=0,385 и r=0, 481 соответственно), достоверная корреляция уровня ФНО-α с показателем $ОФВ_1$ (r=-0,548) и ФК ХСН (r=0,376), достоверная корреляционная связь уровня ИЛ-1β с возрастом больных (r=0,214), а также корреляция уровня ИЛ-6 с уровнем СРБ (r=0,628).

Выводы. Показатели, характеризующие активность системного воспаления, при ИБС коррелируют с выраженностью основных клинических состояний, являющихся диагностическими критериями СХСВ. Данная закономерность может отражать участие системного воспаления как одного из ведущих патогенетических механизмов в прогрессировании поражения сосудистой стенки у лиц с повышенным сердечно-сосудистым риском, имеющих заболевания и клинические состояния, отвечающие критериям СХСВ.

677 ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА “ИНТИМА-МЕДИА” У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Скибицкий В.В., Сокаева З.Т., Фендрикова А.В., Прасолова С.А.
ГОУ ВПО “Кубанский государственный медицинский университет”, Краснодар, Россия

Цель: оценить динамику показателей липидного спектра и толщины комплекса “интимы-медиа” (ТКИМ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) на фоне терапии симвастатином.

Материалы исследования. В исследование включены 45 больных с МС, средний возраст -58,2±4,6 года. Критерии включения: абдоминальное ожирение в сочетании с дислипидемией и артериальной гипертонией. Все больные получали сопоставимую антигипертензивную терапию. Пациенты были рандомизированы в 2 группы:1 группа (n=23) принимала симвастатин (Зокор, MSD) 20 мг/сутки, 2 группа (n=22) – пациенты с низкой приверженностью к лечению, не принимающих гиполипидемические препараты. Всем пациентам до начала исследования и через 6 месяцев лечения проводилось общеклиническое обследование, определение антропометрических показателей (окружность талии, индекс массы тела), ЭКГ, цветное дуплексное сканирование экстракраниального отдела сонных артерий для определения ТКИМ, определение уровня общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ).

Полученные результаты. Исходно показатели липидного спектра в основной и контрольной группах были сопоставимы и составляли в 1-й группе: ОХ 6,4±0,5 ммоль/л, ТГ 2,8±0,2 ммоль/л, ЛПНП 4,2±0,8 ммоль/л, ЛПВП 0,9±0,2 ммоль/л, в контрольной группе: ОХ 6,1±0,3 ммоль/л, ТГ 3,0±0,4 ммоль/л, ЛПНП 3,5±0,4ммоль/л, ЛПВП 0,92±0,5 ммоль/л. Через 6 мес. терапии у 15 (65%) пациентов 1-й группы были достигнуты целевые значения показателей липидного спектра и отмечалось достоверное снижение ОХ на 27,8%, ТГ на 36,7%, ЛПНП на 30,9%, увеличились показатели ЛПВП на 33,3%. В этой же подгруппе имело место достоверное уменьшение ТКИМ с 1,14±0,03 мм до 1,07±0,02 мм, что составило 6,1% ($p<0,05$). У остальных больных, получавших симвастатин, уровни ХС уменьшились на 18,8%, ТГ на 35,7%, ЛПНП на 23,8%, уровень ЛПВП увеличился на 22,3% ($p< 0,05$), но целевых значений показателей липидов достигнуто не было. В данной подгруппе ТКИМ уменьшилась на 4,3% (с 1,14±0,03 мм до 1,09±0,04 мм), что не являлось достоверным. В контрольной группе показатели липидного спектра остались на прежнем уровне и ТКИМ практически не изменились.

Выводы. 1. Применение симвастатина у пациентов с метаболическим синдромом сопровождалось достоверным улучшением показателей липидного спектра 2. У 65% больных были достигнуты целевые значения липидного спектра и отмечалось достоверное уменьшение ТКИМ. 3. В подгруппе больных, получавших симвастатин, но не достигших целевых уровней липидов, ТКИМ уменьшилась недостоверно. 4. Показатели липидного спектра и ТКИМ в контрольной группе практически не изменились.

678 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА РЕНИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УЧЕТОМ ФЕНОМЕНА СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Скибицкий В. В., Кудряшов Е. А., Фендрикова А. В., Гаркуша Е. С.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования – оценить эффективность прямого ингибитора ренина в комбинированной терапии пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией (РАГ) с учетом феномена солечувствительности.

Материал и методы исследования. В исследование включены 37 пациентов с РАГ, у которых на фоне проводимой в течение 3 месяцев комбинированной терапии не были достигнуты целевые значения АД. Средний возраст больных составил 60,7±8,4 года. Критериями включения были: 1) артериальное давление (АД) >140/90 мм рт.ст. на фоне приема 4-х антигипертензивных препаратов, включая диуретик; 2) отсутствие вторичной АГ; 3) добровольное согласие пациента на участие в исследовании. Все больные получали алискирен (расилез, Novartis) в дозе 150 мг/сут. в дополнение к ингибитору АПФ (эналаприл 20 мг/сут), антагонисту кальция (амлодипин 10 мг/сут), β-адреноблокатору (метопролола сукцинат 100 мг/сут), диуретику (гипотиазид 12,5 мг/сут). Исходно всем пациентам была проведена проба на выявление солечувствительности (по методике Харченко). По результатам пробы больные были разделены на две группы: группа А (n=19) – “соленечувствительные”, группа В (n=18) – “солечувствительные”. До начала исследования, через 1 и 3 месяца применения пятикомпонентной терапии проводилось общеклиническое обследование пациентов, суточный мониторинг АД (СМАД), контроль уровня глюкозы крови и электролитов.

Результаты. Исходно обе группы больных были сопоставимы по уровню АД и биохимическим показателям крови. В группе А уровень систолического АД (САД) составлял 171,3±5,6 мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) -92,4±6,3 мм рт.ст.. В группе В уровни САД и ДАД соответствовали 172,5±7,4 мм рт.ст. и 97,1±7,3 мм рт.ст. До начала исследования уровень гликемии сыворотки крови в группе А составил 6,2±0,6 ммоль/л, в группе В – 6,1±0,9 ммоль/л, концентрация сывороточного натрия (Na) в группе А – 143,702±3,2 ммоль/л, в группе В – 144,093±4,7 ммоль/л, калия сыворотки крови (К) в группе А – 4,5±0,4 ммоль/л, в группе В – 4,6±0,7 ммоль/л.

Через 1 месяц комбинированной терапии с использованием алискирена было отмечено снижение уровня САД и ДАД в обеих исследуемых группах: до 140,5±6,3 и 83,1±5,4 мм рт.ст. соответственно в группе А и до 150,4±6,8 и 89,6±7,7 мм рт. ст. – в группе В. Целевые значения АД диагностированы у 11 (58%) пациентов группы А и 3 (16,7%) – из группы В. Через 3 месяца применения алискирена в составе пятикомпонентного лечения имело место дополнительное снижением АД: в группе А уровень САД составил 131,6±4,3 мм рт.ст., ДАД – до 75,8±5,4 мм рт.ст.; в группе В значения САД и ДАД соответствовали 146,2±3,2 мм рт. ст. и 82±6,8 мм рт.ст. Целевой уровень АД был достигнут в целом у 17 (89,5%) пациентов группы А и у 13(72,2%) больных группы В. Значимых изменений биохимических показателей через 3 месяца в обеих группах не отмечалось: концентрация глюкозы крови составила 6,2±1,4 ммоль/л, Na -141,8±4,3 ммоль/л, К- 4,2±0,9 ммоль/л.

Заключение. Применение прямого ингибитора ренина алискирена в течение 1 месяца в комбинации с иАПФ, β-адреноблокатором, антагонистом кальция и диуретиком позволяет снизить АД до целевых значений у 56% “соленечувствительных” и у 16,7% “солечувствительных” больных РАГ. Через 3 месяца использования пятикомпонентной терапии уровень АД достиг целевых значений у 89,5% “соленечувствительных” пациентов и у 72,2% “солечувствительных” пациентов с РАГ. Можно предполагать, что данный вариант комбинированной антигипертензивной терапии более эффективен у “соленечувствительных” больных с РАГ.

679 ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Скибицкий В.В., Прасолова С.А., Фендрикова А.В., Сокаева З.Т.

ГОУ ВПО “Кубанский государственный медицинский университет”, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценить влияния розувастатина на диастолическую функцию и геометрию миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с систолической и диастолической формами хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне стандартной терапии.

Методы исследования. В исследование включены 130 пациентов от 55 до 83 лет с ХСН различной этиологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и их сочетание) и дислипидемией. Исходно и через 12 месяцев лечения оценивали показатели липидограммы и ЭхоКГ-параметры:

фракцию выброса (ФВ) ЛЖ, конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический и диастолический объемы (КСО и КДО), массу миокарда ЛЖ (ММ ЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ), скорость раннего диастолического наполнения (пик Е), скорость предсердного диастолического наполнения (пик А), коэффициент Е/А, время изоволюмического расслабления (ВИР). После обследования пациенты были распределены в 2 группы: 1 группа – 65 пациентов с систолической формой ХСН (ФВ ЛЖ < 45%), 2 группа – 65 пациентов с диастолической формой ХСН (ФВ ЛЖ > 45%). Пациенты получали в дополнение к стандартной терапии ХСН розувастатин (Крестор, "Astra Zeneca"), доза которого титровалась от 10 -20 мг в сутки. Результаты исследования обработаны статистически с использованием пакета программ "Statistica 6.1". При анализе данных применялись методы непараметрической статистики.

Полученные результаты По данным ЭхоКГ в 1 группе пациентов через 12 месяцев отмечено увеличение ФВ ЛЖ на 3,6%, уменьшение ММ ЛЖ – на 16,7%, ИММ ЛЖ – на 15,8%, ТЗС ЛЖ на 16%, ТМЖП на 6,2%, а также уменьшение КДР, КДО, КСО на 2,1%, 4,8% и 11,5% соответственно ($p<0,05$). Достоверно улучшились показатели диастолической функции миокарда ЛЖ: увеличилась скорость пика Е на 15,4% и соотношение Е/А на 19,7%, а также снизились скорость пика А и ВИР на 9,3% и 8% соответственно ($p<0,05$). Кроме того, в 2,4 раза ($p<0,05$) увеличилось число лиц с нормальной геометрией ЛЖ.

Терапия розувастатином в группе пациентов с систолической ХСН сопровождалась увеличением ФВ на 2,7% ($p<0,05$), уменьшением КДР, КДО и КСО на 1,6%, 3,64% и 1,45% соответственно ($p<0,05$), ТМЖП и ММЛЖ на 8,3% и 1,9% ($p<0,05$). Кроме того, увеличилось соотношение Е/А на 6,41% и уменьшилось ВИР на 2,08% ($p<0,05$). В структуре вариантов ремоделирования существенной положительной динамики не выявлено.

Выводы. 1. В группе пациентов с диастолической ХСН включение розувастатина в комплексную терапию сопровождалось достоверным улучшением основных параметров ремоделирования и диастолической функции миокарда ЛЖ. 2. Применение розувастатина в составе комплексной терапии ХСН сопровождалось нормализацией геометрии ЛЖ у 37% больных с диастолической сердечной недостаточностью. 3. В группе пациентов с систолической формой ХСН значимых изменений основных показателей, характеризующих ремоделирование и диастолическую функцию ЛЖ, на фоне терапии, включающей розувастатин, не отмечалось.

680 ОЖИРЕНИЕ – ЗАЩИТА ОТ ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ ИЛИ ФАКТОР РИСКА?

Скрипникова И.А., Косматова О.В., Птичкина П.А., Новиков В.Е., Мурашко Л.М.

ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Ожирение является традиционным фактором риска (ФР) ССЗ, а низкая масса тела (МТ) – ФР остеопороза (ОП). Существует мнение, что избыточная МТ способствует предотвращению переломов. Тем не менее, в клинической практике ОП и связанные с ним переломы встречаются и у тучных людей. На сегодняшний день роль избыточной МТ в развитии ОП и переломов изучена недостаточно.

Цель. Оценить частоту ОП и периферических переломов в зависимости от массы тела у женщин постменопаузального периода.

Материалы и методы исследования. У 195 женщин в постменопаузе (ср. возраст 56±0,4 лет) из популяционной выборки Черемушкинского района г. Москвы был рассчитан Индекс Кетле (кг/м^2), измерена минеральная плотность кости (МПК) методом DXA. Все пациентки опрошены о наличии предшествующих периферических переломов. Диагноз ОП устанавливался по критериям ВОЗ (Т-критерий ≤-2,5 SD). Нормальной масса тела считалась при Индексе Кетле до 25 кг/м^2, избыточная МТ – 25-30 кг/м^2, ожирение – свыше 30 кг/м^2.

Результаты. Среди обследованных женщин нормальную МТ имели только 25%, избыточную МТ- 39%, ожирение – 36%. Низкая МПК была выявлена у 69% женщин, которая достоверно чаще встречалась у женщин с нормальной (МТ) в сравнении с избыточной МТ и ожирением (в 77%, 64% и 59%, соответственно). Частота периферических переломов у женщин с нормальной, с избыточной МТ и ожирением составила 27%, 30% и 27% соответственно.

Выводы. Отмечена высокая распространенность избыточной МТ и низкой МПК у женщин постменопаузального периода. МПК была достоверно ниже у женщин с нормальной МТ. Периферические переломы с одинаковой частотой встречались у женщин с нормальной МТ и ожирением, что ставит под сомнение гипотезу о протективной роли жировой массы в развитии переломов. Большой удельный вес пациентов, имеющих низкую МПК при ожирении диктует необходимость исследований состава тела для точной верификации компонент, оказывающих защитное действие на скелет.

681 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПАРАМЕТРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Слепуха Е.Г., Булашова О.В.

ГОУ ВПО "Казанский ГМУ Росздрава", Казань, Россия; МУЗ "Городская клиническая больница № 7", Казань, Россия

Целью. Изучить возможность прогнозирования риска кардиоваскулярной смерти у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) по результатам эхокардиографического исследования.

Материал и методы: было обследовано 70 больных, страдающих различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, осложненных ХСН. Средний возраст пациентов составил 61,5±8,9 лет, средняя продолжительность ХСН – 3,1±1,8 лет. Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) проводилось на аппарате HP-SONOS-5500. При одномерной эхокардиографии определялись: диастолический размер левого желудочка (ДРЛЖ), систолический размер левого желудочка (СРЛЖ), конечный диастолический объем (КДО), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), размер левого предсердия (РЛП). Систолические расстройства диагностировались при снижении фракции выброса (ФВ) <50% по Тейхольцу. Диагностика диастолической дисфункции ЛЖ проводилась путём определения пиковой скорости волны раннего трансмитрального потока Е, пиковой скорости волны позднего трансмитрального потока А, отношения Е/А, времени замедления раннего трансмитрального потока Езам., продолжительности фазы изоволюметрического расслабления ЛЖ (ВИР). Длительность наблюдения за больными составила 1,5 года.

Результаты: большинство обследуемых были пациентами с сохраненной систолической функцией миокарда левого желудочка (76,7%), среднее значение ФВ среди всех больных с ХСН в исследовании составила 56,2±11,4%. На основании полученных данных была проведена оценка прогностической значимости отдельных ЭхоКГ-параметров с применением метода бинарной логистической регрессии. Исследовалась вероятность наступления смерти в течение года от сердечно-сосудистого события в совокупности значений независимых переменных. При значении P>0,5 (более 50%) принималась гипотеза о высокой степени наступления смерти от сердечно-сосудистого события в течение года.

Тестирование показателей выявило, что наибольшую ценность в определении отдаленного прогноза больного с ХСН имеют следующие ЭхоКГ-параметры: ДРЛЖ ($p=0,037$), СРЛЖ ($p=0,012$), МЖП ($p=0,008$), РЛП ($p=0,005$), значение ФВ ($p=0,008$). Риск фатальных осложнений существенно возрастает при увеличении размеров ЛЖ более 7,7 см в диастолу (ДРЛЖ>7,7 см) ($p=0,037$) и 6,1 см в систолу (СРЛЖ>6,1 см), истончении МЖП у больных ХСН менее 0,7 см ($p=0,008$),

дилятации левого предсердия свыше 4,8 см (p=0,005) и снижение ФВ менее 35% (p=0,008). В приведенном анализе показатели диастолической дисфункции (пик Е, А, Е/А, Езам., ВИР) не имели влияние на конечные точки в данном исследовании.

Выводы. Проведенное исследование подтвердило гипотезу о прогностической значимости ЭхоКГ-параметров ремоделирования: дилятация камер сердца и падение сократительной способности миокарда (ФВ менее 35%) существенно ухудшают прогноз больного с ХСН. Остается неясным влияние на прогноз определение диастолической дисфункции миокарда, что не снижает ценности этого метода в диагностике и определения степени тяжести ХСН.

682 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И БОЛЬШОЙ ДЕПРЕССИИ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ

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

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск, Россия

Целью работы явилось определение ассоциации высокого уровня депрессии и распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) в открытой мужской популяции 25-64 лет.

Исследование проводилось на основе данных кардиологического скрининга с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. Репрезентативная выборка была сформирована из избирательных списков мужчин 25-64 лет, респонс 85,0% – 850 участников. Диагностическим критерием наличия ИБС в популяции служил стандартный вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения и оценка ЭКГ по Миннесотскому коду.

При наличии – отсутствии ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и высокого уровня депрессии в мужской популяции 25-64 лет отношение шансов (ОШ) для наших данных оказалось равным 21,07. При оценке влияния депрессии на развитие "определенной ИБС" (ОИБС) было получено ОШ 39,84, у лиц с ОИБС высокий уровень депрессии встречался достоверно чаще, чем у лиц без ОИБС. Для группы 25-64 лет с "возможной ИБС" (ВИБС) и высоким уровнем депрессии было установлено ОШ 1,06, различия с группой без ВИБС оказались статистически незначимыми.

Таким образом, у мужчин 25-64 лет с высокими уровнями депрессии наблюдается увеличение шансов развития ОИБС.

683 ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Смирнова Е.А.

Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия

Цель: изучить распространенность, факторы риска, клинико-инструментальные особенности ХСН у женщин по данным обследования репрезентативной выборки Рязанской области.

Методы: с целью изучения гендерных особенностей при ХСН проведено скрининговое обследование репрезентативной выборки Рязанской области (2098 человек, средний возраст 44,8±0,01 лет). Клинико-инструментальное обследование на госпитальном этапе (с оценкой клинического состояния по ШОКС, регистрацией ЭКГ покоя, проведением ЭхоКГ, рентгенографии органов грудной клетки, лабораторных исследований, 6-минутного теста ходьбы) прошли 222 пациента с предполагаемой ХСН.

Результаты. Распространенность клинических признаков ХСН среди женщин выше по сравнению с мужчинами (12,3% против 9,4%, p<0,05), они лучше информированы о наличии и сути заболевания (60,3% против 46%, p<0,001), чаще лечатся (90,4% против 79,1%, p<0,05), но при этом чаще принимают устаревшие антигипертензивные (27,1% против 14,9%, p<0,05) и нерекомендованные при ХСН лекарственные средства (13,9% против 6,0%, p<0,05). На госпитальном этапе диагноз ХСН верифицирован у 75,2% больных, стандартизованная по возрасту распространенность ХСН среди женщин составила 8,3%, среди мужчин 7,6%. Женщины с ХСН старше мужчин (средний возраст 70,2±0,9 лет против 65,8±1,4 лет, p<0,05), пик встречаемости ХСН у них наблюдается на 10 лет позже (в возрастной группе 70-79 лет – 37,7%). ИБС и АГ одинаково часто являются причинами развития ХСН у мужчин и женщин, при этом женщины реже имеют в анамнезе указание на перенесенный инфаркт миокарда, а АГ у них чаще выступает в виде единственной причины развития заболевания. Для мужчин более приоритетно наличие перенесенного ИМ и ИБС в качестве единственной причины развития ХСН. При одинаковой выраженности жалоб и большинства клинических признаков, женщины с ХСН чаще страдают ожирением, чаще имеют отеки нижних конечностей и при одинаковом функциональном классе по NYHA более высокую фракцию выброса ЛЖ по сравнению с мужчинами, у которых по данным ЭхоКГ более выражена дилатация ЛЖ и ниже ФВ ЛЖ. Среди больных ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ женщины составили 70,8%.

Заключение: Несмотря на большую частоту клинических признаков ХСН у женщин в популяции Рязанской области, стандартизованная по возрасту распространенность верифицированной ХСН составляет 8,3% среди женщин и 7,6% среди мужчин. В обследованной выборке женщины с ХСН старше мужчин, реже имеют в анамнезе указание на перенесенный инфаркт миокарда, а АГ у них чаще выступает в виде единственной причины развития заболевания. Клиническая диагностика ХСН у женщин сопряжена с большими трудностями, что подчеркивает важность проведения у них ЭхоКГ. ХСН у женщин протекает преимущественно с сохраненной фракцией выброса ЛЖ.

684 ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАНИЯ ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнова Е.А.[1], Якушин С.С.[2]

[1]Областной клинический кардиологический диспансер, [2]ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель. Изучить распространенность ожирения в репрезентативной выборке Рязанской области в зависимости от пола, возраста, места жительства, наличия АГ.

Методы исследования. Использованы результаты двух срезов обследования репрезентативной выборки населения Рязанской области, выполненных с интервалом в пять лет. В 10 лечебно-профилактических учреждениях в городах Касимов, Сасово, Рязань, Скопин, Рыбное, поселке городского типа Шилово обследовано 40 терапевтических участков, 2098 человек при первом и 1760 человек при втором обследовании. Все респонденты опрошены по стандартному вопроснику, у всех измерены антропометрические показатели и АД.

Результаты. В 2002г стандартизованные по возрасту средние показатели индекса массы тела (ИМТ) для мужчин составили 25,3±1,5 кг/м^2, для женщин 27±1,3 кг/м^2. Распространенность избыточной массы тела составила 36,9 среди мужчин и 33,0% среди женщин (p=0,07) вне зависимости от места жительства. Стандартизованная по возрасту распространенность ожирения составила 11,7±1,1% для мужчин и 23,6±1,2% для женщин, в райцентрах выше, чем в городе (22,8% против 18,0%, p<0,05). Распространенность АГ среди мужчин составила 33,9%, среди женщин – 38,2% (p<0,05). У пациентов с АГ ожирение встречалось чаще, чем в популяции и лиц без АГ (35,9% против 18,8% и 9,0%, p<0,001), их число увеличивалось с 28,4% при АГ 1 степени до 41,9% при второй и 50% при АГ 3 степени. У женщин с АГ ожирение

встречалось чаще, чем у мужчин (43,3% против 22,9%, p<0,01).

Повторное обследование выборки Рязанской области выявило увеличение стандартизованного по возрасту среднего ИМТ в обследованной когорте с 25,9 кг/м^2 до 27,0 кг/м^2, p<0,001. Распространенность избыточной массы тела увеличилась с 34,4% до 38,9%, p<0,01, ожирения – с 18,8% до 22,7% (p<0,001). В городе распространенность ожирения увеличилась с 16,8% до 22,6% (p<0,001), в райцентрах с 21,1% до 25,7% (p<0,05), среди женщин с 24,2% до 28,7% (p<0,05), среди мужчин с 11,7% до 13,7%. Стандартизованные по возрасту показатели АО составили 13,2±1,2% среди мужчин и 33,5±1,5% среди женщин. Распространенность АГ составила 34,8% среди мужчин и 42,1% среди женщин, среди жителей города распространенность АГ увеличилась достоверно с 34,8% до 39,1%. Ожирение среди пациентов с АГ по-прежнему встречается чаще, чем в популяции и лиц без АГ (44,1% против 22,7% и 11,1%, p<0,001). Среди женщин с АГ ожирение встречается чаще, чем среди мужчин (51,4% против 29,6%, p<0,01).

Заключение: За пятилетний период распространенность ожирения среди пациентов с АГ увеличилась с 35,9% до 44,1%, p<0,001 (среди женщин с 43,3% до 51,4%, p<0,05, среди мужчин с 22,9% до 30,5%, p=0,06), что создает субстрат для развития сердечно-сосудистых осложнений.

685 СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Смирнова И.Н., Бредихина Е.Ю., Барабаш Л.В., Юрьева Н.М., Левицкий Е.Ф., Диш А.Ю.

ФГУ "НИИ курортологии и физиотерапии" Федерального медико-биологического агентства РФ, Томск, Россия

Цель работы – изучение сезонных особенностей течения гипертонической болезни (ГБ) в условиях Западной Сибири.

Материал и методы. Хронобиологический анализ выполнен у 374 больных ГБ I-II стадии в период 2002–2010г. Оценивалось состояние вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы по Р.М. Баевскому (КИГ), адаптационных реакций и уровня неспецифической реактивности организма по методу Л.Х. Гаркави, содержание фибриногена и общего холестерина в сыворотке крови. Полученные данные подлежали косинор-анализу.

Результаты. Максимальный уровень АД у больных ГБ отмечен в весенние и летние сезоны, при этом по данным КИГ гиперсимпатикотония как исходный вегетативный тонус достоверно чаще встречалась именно в весенние месяцы наблюдения, тогда как в зимние месяцы года более чем в 2 раза чаще регистрировалась исходная эйтония. Однако, несмотря на более благоприятное состояние исходного вегетативного тонуса, в зимние месяцы чаще выявлялись грубые изменения вегетативной реактивности на нагрузку в виде асимпатикотонической (32%) и гиперсимпатикотонической (32%) реакций. Характер циркануальных ритмов показателя Амо по данным Косинор-анализа КИГ свидетельствовал о выраженном десинхронозе с экстремумом в мае и минимальными значениями в октябре. Окологодовой ритм dX характеризовался максимальными значения в октябре, а минимальными – в апреле. Наблюдался десинхроноз Мо по периоду и акрофазе, максимальные значения Мо отмечались в марте и минимальные – в октябре, тогда как у здоровых лиц контрольной группы наоборот – максимальные в июне и минимальные в марте.

Максимальные значения концентрации фибриногена приходились на июль – самый жаркий месяц (3,63±0,17 г/л), а минимальные на апрель и декабрь (2,98±0,11 г/л). Максимальные значения концентрации общего холестерина также отмечены в январе (6,23±0,31 ммоль/л) и июне-июле (6,06±0,24 ммоль/л), а минимальные – в сентябре (5,28±0,28 ммоль/л) и апреле (5,52±0,25 ммоль/л).

Анализ неспецифических адаптационных реакций показал, что нестабильные состояния переактивации и стресса наиболее часто встречались в мае – 40%, а низкий уровень реактивности – в июле (50%), мае и сентябре (40%). Наиболее благоприятным с точки зрения состояния адаптации оказались зимние месяцы. Реакция спокойной активации высокого уровня реактивности, наиболее предпочтительная у больных ГБ, чаще выявлялась в феврале, апреле и октябре-декабре. Частота выявления реакции повышенной активации была максимальной в июне и мае – до 66,7%.

Выводы. Таким образом, у больных ГБ определяется существенное нарушении временного согласования функций регуляции сердечной деятельности и неудовлетворительное состояние механизмов адаптации, особенно в весенне-летний период, когда наблюдается появление неустойчивых стрессовых и переактивационных состояний. В летние месяцы года это усугубляется ухудшением состояния свертывающей системы крови и липидного обмена.

686 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ И ПЕЛОИДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Смирнова И.Н., Бредихина Е.Ю, Юрьева Н.М., Ляпунова И.Ю.

ФГУ "НИИ курортологии и физиотерапии" Федерального медико-биологического агентства РФ, Томск, Россия

Гипертоническая болезнь (ГБ) у лиц пожилого возраста является одной из наиболее значимых проблем медицины. Немедикаментозные методы, в частности бальнеотерапия, позволяют снизить лекарственную нагрузку и повысить качество жизни больных. Пелоидотерапия при ГБ, и тем более в пожилом возрасте, долгое время считалась непоказанной из-за повышения гемодинамической нагрузки на сердце. В то же время наблюдаемая при пелоидотерапии активация неспецифических адаптационных реакций, стимуляция обменных процессов являются патогенетическим обоснованием применения грязелечения у больных ГБ, особенно в сочетании с суставной патологией.

Целью настоящего исследования являлось изучение показателей интракардиальной и центральной гемодинамики у больных ГБ с сопутствующим остеоартрозом (ОА) пожилого возраста на фоне санаторно-курортного лечения с применением бальнеотерапии и пелоидотерапии. Исследования выполнены у 64 больных ГБ II стадии с ОА I-II стадии по Kellgren, средний возраст больных 66,35±1,09 лет. Состояние гемодинамики оценивали методом допплерэхокардиографии, определяли скорость раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ (Е и А, м/с), их соотношение (Е/А), время изоволюмического расслабления ЛЖ (ВИР, мс), конечные диастолический и систолический объемы ЛЖ (КДО и КСО), фракцию выброса ЛЖ (ФВ,%), ударный и минутный объемы кровообращения (УО и МО, мл) и ОПСС (дин*сек*см$^{-5}$). В лечебный комплекс больных I основной группы входили аппликации торфяной грязи температуры 36°С на область нижних конечностей, группы сравнения II – общие хлоридно-натриевые ванны.

Степень выраженности гипотензивного действия по уровню офисного САД была сопоставимой в обеих группах – снижение на 13,6%, степень снижения ДАД была более выражена в группе с бальнеотерапией (на 18,2%, тогда как в группе с пелоидотерапией на 10,6%). Параметры центральной гемодинамики изменялись следующим образом: ОПСС в обеих группах практически не изменялось, УО при исходном гипокинетическм варианте кровообращения имел тенденцию к повышению, при гиперкинетическом – достоверно снижался на 6,1% в I и 10,5% во II группах. Сократительная способность миокарда по данным ФВ увеличивалась на 7,3% только в группе с пелоидотерапией. Позитивное влияние на диастолическую функцию ЛЖ также было более выраженным в I группе: КСО уменьшался на 9,3% только в I группе, КДО – на 6,5 – 7,8% в обеих группах, соотношение Е/А в I группе

достигало нормативных значений (с 0,78±0,027 до 0,94±0,004 у.е., p=0,0001), во II – увеличивалось с 0,73±0,03 до 0,82±0,04 у.е., p=0,021; ВИР миокарда ЛЖ уменьшалось на 3,4% и 4,1% в обеих группах.

Таким образом, пелоидотерапия оказывает сопоставимое с традиционной бальнеотерапией хлоридно-натриевыми ваннами позитивное влияние на состояние центральной и интракардиальной гемодинамики и ее применение обоснованно и безопасно у больных ГБ в сочетании с патологией опорно-двигательного аппарата, в том числе пожилого возраста.

687 ТЕЧЕНИЕ ХСН У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Совершаев Т.А., Губкина В.А., Миролюбова О.А., Совершаева С.Л.

Северный государственный медицинский университет. МУЗ "Городская клиническая больница № 1 СМП им. Е.Е. Волосевич", Архангельск, Россия

Цель. Оценить динамику мозгового натрийуретического (BNP) пептида (BNP) и эхокардиографических (ЭхоКГ) показателей до и после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) на работающем сердце.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 14 пациентов (11 мужчин и 3 женщин), возраст 56,0±7,9 лет, которым была выполнена операция АКШ на работающем сердце в МУЗ "Городская клиническая больница № 1 СМП им Е.Е. Волосевич г. Архангельска в период с апреля по июль 2010г.

Клинические проявления сердечной недостаточности (функциональный класс по классификации NYHA), уровень BNP-32 и показатели ЭхоКГ оценивались до операции, на 7 и 120 сутки после вмешательства. Анализ полученных данных был выполнен с использованием программы медицинской статистики SPSS, версия 17.0. Количественные переменные представлены как M (mean) ± SD в случае нормального распределения и Me (median) и 25, 75 percentile при иных распределениях.

Результаты. Среди обследованных артериальной гипертензией страдали 13 человек (92,9%), ИМТ составил 28,3±4,7 кг/м^2 (42,9% страдают ожирением), уровень холестерина был 5,1±1,4 ммоль/л, гиперхолестеринемия обнаружена у 6 человек (42,9%). Из 14 человек курили 6 человек (42,9%).

Уровни BNP оказались следующими: до операции 37,8 пг/мл (28,5; 77,8 пг/мл); не 7 сутки после АКШ 84,3 пг/мл (39,1; 155,3 пг/мл); на120 сутки после операции 86,7 пг/мл (56,2; 134,6 пг/мл). Сравнение показало, что различия достоверны (χ^2 =8,714; p=0,013). До операции функциональный класс (ФК) ХСН по NYHA распределялся следующим образом: ФК1-21,4% пациентов; ФК2-64,3%пациентов; ФК3-7,1% пациентов; ФК4-7,1% пациентов; после операции: ФК1-71,4% пациентов; ФК2-21,4% пациентов; ФК3-7,1% пациентов. Различие значимо (p=0,021). Уровень BNP до операции имеет прямую положительную корреляцию с ФК ХСН по NYHA (rSp.=0,731; p=0,003). Наряду с этим установлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнем BNP и фракцией изгнания левого желудочка (ФИ ЛЖ) (rSp.= -0,637; p=0,014), а также положительная с конечным диастолическим размером ЛЖ (rSp =0,630, p=0,016) и размером левого предсердия (rSp.=0,609, p=0,021) на 120 сутки после операции, что соответствует физиологическим представлениям о роли BNP.

Выводы. 1. Выявленная динамика BNP до и после операции (повышение на 7 сутки после операции и тенденция к снижению на 120 сутки) согласуется с изменениями, происходящими в результате реваскуляризации миокарда.

2. Полученные данные о достоверном снижении ФК ХСН после операции говорят об успешности оперативного вмешательства.

3. Полученная нами зависимость между показателями ЭхоКГ, BNP и ФК ХСН, указывает на то, что динамика уровня BNP может использоваться как один из чувствительных критериев оценки течения сердечной недостаточности у больных до и после АКШ без искусственного кровообращения.

688 НЕКРОЗ КАРДИОМИОЦИТОВ, КАК МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Соколова Н.А., Витковский Ю.А., Говорин А.В., Бойко Е.В.

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель исследования. Изучение особенностей патоморфологических изменений миокарда у лиц, умерших от острого отравления уксусной кислотой.

Материалы и методы. У 6 умерших пациентов было проведено патоморфологическое исследование сердца. Судебно-медицинское исследование проводилось в танатологическом отделении ГУЗ "Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы". Возраст умерших от 18 до 32 лет (мужчин – 2; женщин – 4). Все умершие пациенты с суицидальной целью приняли смертельную дозу концентрированной уксусной кислоты (более 60,0 мл) и погибли в 1 -2 сутки госпитализации от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Морфологический материал исследовали в срок до 24 ч. с момента наступления смерти. Материал обрабатывали в стандартных условиях: фиксировали 18-24 часа в 10% нейтральном забуференном формалине, обезвоживали, заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 2 мкм после стандартной депарафинизации окрашивали гематоксилином и эозином, по методу ван Гизона, реактивом Шиффа, полуколичественным методом (степень контрактурных повреждений, фуксинофильных очагов) по Ли, иммуно-гистохимическая (ИГХ) реакция с антителами к десмину и виментину и методом Рего.

Полученные результаты. Микроскопическое исследование срезов миокарда с использованием световой микроскопии и гистохимических методов окраски позволили выявить комплекс патоморфологических изменений в виде острых расстройств кровообращения, спазм интрамуральных артерий и артериол, в сочетании с изменениями миофибриллярного аппарата за счет некробиотических изменений, фрагментации кардиомиоцитов (мышечные волокна короткие, в виде "бревен"). Выявлены очаги контрактурных повреждений и ранних ишемических повреждений кардиомиоцитов в виде черных гомогенных поперечных полос. Характерным являлась локализация процесса в субэндокардиальных слоях левого желудочка, папиллярных мышцах и межжелудочковой перегородке. Рассеянные в этих отделах миокарда очажки повреждения состояли из одиночных клеток или их групп (от 2-5 до 20-30). Мелкоочаговые повреждения миокарда были множественными, как следствие гнездного повреждения миокарда. Изменения были неоднородны и проявлялись гибелью кардиомиоцитов или редукцией функции сокращения при сохранении их жизнеспособности. Обращало на себя внимание наличие групп кардиомиоцитов с увеличенной цитоплазмой и набухшими гиперхромными ядрами (ранняя стадия ишемии миокарда). Апоптозно измененные кардиомиоциты были рассеяны диффузно или расположены группами – т. е. мозаично и чередовались с группами неизмененных кардиомиоцитов. Учитывая, что ткань миокарда является функциональным синцитием, можно предполагать, что такое повреждение кардиомиоцитов вследствие апоптоза может представлять собой структурную основу электрической нестабильности сердца.

689 ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ С ООУК В РАЗНЫЕ СРОКИ С МОМЕНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Соколова Н.А., Витковский Ю.А., Руцкина Е.А.

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель исследования. Изучить активность фактора фон Виллебранда (ФВ) у пациентов с острым отравлением уксусной кислотой (ООУК) в динамике.

Материалы и методы. В исследование включено 26 пациентов с ООУК находившихся на лечении в Краевом токсикологическом центре г.Читы. Обследуемые были разделены на 2 группы: первая группа – 14 пациентов с отравлением средней степени тяжести, вторая группа 12 – с тяжелой степенью отравления. Контрольную группу составили здоровые лица сопоставимые по возрасту и полу. Активность ФВ оценивали методом ристоцетин-кофакторной активности способом флюктуации светового потока при помощи лазерного анализатора агрегации Тр "Биола" (модель LA230) на 1-2, 5-6 и 10-12 сутки поступления в стационар.

Полученные результаты. У больных с ООУК тяжелой степени в 1-2 сутки заболевания активность ФВ увеличивалась практически в 2 раза (208,2±9,3%) по сравнению с показателями здоровых лиц (в норме активность ФВ составляет 50-150%) и группой пациентов с отравлением средней степени тяжести (120,9±3,4%; p<0,001). На протяжении всего периода наблюдения (5-6 сутки и 10-12 сутки заболевания) сохранялась высокая активность ФВ в этой группе пациентов – 192,4±6,0% и 170,5 ±5,97%, соответственно (p<0,001, по сравнению с группой среднетяжелых пациентов).

Среди пациентов с ООУК средней степени тяжести активность ФВ сохранялась в пределах нормы на протяжении всего периода наблюдения (120,9±3,4%, 118,2±3,1% и 118,9±4,2%, соответственно).

Выводы. У больных с ООУК максимальное увеличение активности ФВ выявлено в группе с тяжелым отравлением в 1-2 сутки заболевания и сохранялось повышенным на протяжении всего времени наблюдения.

690 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ТЕРАПИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Соловей С.П., Атрощенко Е.С., Мацкевич С.А., Карпова И.С., Денисевич Т.Л.

РНПЦ "Кардиология", Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: у пациентов со стабильной стенокардией и инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД) оценить влияние различных бета-адреноблокаторов (ББ) в составе антиангинальной терапии на состояние микроциркуляторного кровотока в тканях.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 63 пациента со стабильной стенокардией напряжения I-III ФК и ИНСД. В процессе лечения формировались две группы: в I группе (29 чел.) в качестве ББ назначался карведилол 25-50 мг/сут, во II группе (34 чел.) – бисопролол 5-10 мг/сут. В остальном медикаментозная терапия не различалась (иАПФ, амлодипин, индапамид, аспирин, по показаниям – пролонгированные нитраты по гибкой схеме). Гипогликемическое лечение включало диабетон, метформин. Средний возраст в группах составил 57,9±1,11 и 58,3±1,01 лет соответственно. У всех регистрировалась АГ I-III степени. Длительность наблюдения – 6 месяцев.

Для исследования микроциркуляции использовали ультразвук с частотой разрешения 25 МГц на установке "Минимакс-Допплер-К" (Санкт-Петербург). Измеряли объемную (QAS) и линейную (VAS) максимальные систолические скорости кровотока, рассчитывали индекс периферического сопротивления (RI) и индекс пульсации (PI). Исследования проводили в области ногтевых валиков среднего, безымянного пальцев и мизинца обеих рук. Для исследования агрегации тромбоцитов использовали ристомицин производства "Технология-Стандарт" (Россия) в конечной концентрации 1,0 мг/мл. Процесс агрегации регистрировали на анализаторе АР – 2110 "SOLAR" (Республика Беларусь).

Результаты. До лечения величина VAS в сравнении со значениями здоровых лиц (0,97±0,061 см/сек) была снижена в обеих группах, возрастая на фоне проведенной терапии с 0,65±0,04 до 1,03±0,09 см/сек (p<0,001) в I группе, с 0,85±0,06 до 1,10±0,09 см/сек (p<0,05) – во второй. Сниженные показатели QAS у пациентов обеих групп на протяжении периода наблюдения увеличивались незначительно. PI также в обеих группах оказался меньше значения здоровых лиц и отрицательной динамики в процессе лечения мы не выявили. В то же время исходно повышенный RI среди принимавших карведилол снижался с 0,91±0,02 до 0,77±0,05 (p<0,05), достоверно отличаясь от величины во II группе, где на протяжении периода наблюдения высокий RI оставался неизменным.

На фоне приема обоих ББ происходило равноценное угнетение ристомицин-индуцированной агрегации тромбоцитов: степень агрегации снижалась как в группе леченных карведилолом (с 81,08±3,09% до 25,88±2,49%, p<0,001), так и в группе бисопролола (с 79,80±1,06% до 25,10±3,13%, p<0,001). Скорость агрегации в обеих группах не менялась.

Выводы. При сопоставимом антиагрегационном эффекте карведилол в отличие от бисопролола оказывает благоприятное корригирующее влияние на нарушенную микроциркуляцию за счёт преимущественного действия на сосудистое и капиллярное звено, реализованного благодаря вазодилятирующему эффекту, что обеспечивает возможность применения препарата у больных ИНСД с признаками нарушения микроциркуляции.

691 СТРУКТУРА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КОНТРАКНОЙ СЛУЖБЫ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Соловьева К.Б., Королева Е.Б.

Поликлиника войсковой части 2542, Воркута, Россия

Цель исследования: изучение структуры факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и распространенности ССЗ среди военнослужащих контрактной службы, оценка эффективности мероприятий по их коррекции.

Материалы и методы. Обследовано 93 военнослужащих мужского пола. Средний возраст составил 39±11 лет. Для сбора анамнестических данных проводилось анкетирование. Изучались антропометрические показатели: рост, масса тела, рассчитывался индекс массы тела, проводилось измерение окружности талии. Исследовался уровень липидов сыворотки крови, креатинина, проводился тест толерантности к глюкозе. Для верификации ишемической болезни сердца (ИБС) проводилось ультразвуковое исследование сердца и сосудов, велоэргометрическая проба с физической нагрузкой. Диагностика артериальной гипертензии (АГ) основывалась на данных многократного измерения уровня АД и его суточном мониторировании.

Результаты. Наследственность, отягощенная по развитию ранних ССЗ выявлена у 31 обследованного (33%). Среди факторов риска преобладали: избыточная масса тела и ожирение – у 67 чел. (72%); пищевые факторы риска (избыточное потребление жиров, поваренной соли, алкоголя) – у 67 (72%), гиподинамия – у 60 (64,5%). Доля курящих составила 35 чел. (38%), куривших ранее – 22 (24%). Дислипидемия выявлена у 48 мужчин (52%). Среди них дислипидемия IIa типа, с повышением концентрации в крови общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПН), выявлена у 4 чел. (8%); IIb типа, с повышением в крови ОХС, ХС ЛПН, триглицеридов (ТГ) – у 31 (65%); III типа, с повышением в крови ОХС и ТГ – у 13 (27%). Умеренная креатининемия отмечалась у 6 (6%), нарушение толерантности к глюкозе – у 3 обследованных (3%). Факторы риска при отсутствии ССЗ обнаружены у 23 чел. (24,7%). По данным клиники и инструментального обследования ИБС диагностирована у 8 мужчин (9%), атеросклеротические изменения крупных сосудов – у 22 (24%). У 66 обследованных (71%) имела место АГ I-II степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка диагностирована у 16 пациентов с АГ (24,2%). Целевой уровень АД, < 140/90 мм. рт. ст., достигнут у 38 чел.

(57,6%). У 28 пациентов (42,4%) его не удалось достичь по причине низкой приверженности к лечению. У 49 чел. (74%) целевой уровень АД был получен на фоне монотерапии, у 17 (26%) использовались фиксированные комбинации гипотензивных препаратов. У 36 мужчин (75%) с дислипидемией потребовалось назначение липидснижающей терапии. Целевой уровень ОХС и ХС ЛПН достигнут у 25 чел. (52%).

Выводы. Проспективный анализ выявил высокую распространенность факторов риска ССЗ среди военнослужащих по контракту – у 42 мужчин (45,1%) в возрасте до 40 лет и у 51 (54,9)% в возрасте 40-50 лет. Полученные данные свидетельствуют о необходимости скрининга на предмет факторов риска ССЗ у мужчин, начиная уже с 20 лет, а также требуют повышения грамотности военнослужащих в вопросах ведения здорового образа жизни и немедикаментозной профилактики ССЗ.

692 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЙ СТАДИИ

Соловьева К.Б., Королева Е.Б.
Поликлиника войсковой части 2542, Воркута, Россия

С целью получения информации о динамике артериального давления (АД) в амбулаторных условиях в режиме повседневной дневной активности и в ночные часы проведено исследование суточного профиля АД у 40 мужчин с гипертонической болезнью I стадии (ГБ).

Материалы и методы. Мониторное исследование АД без медикаментозного фона проводилось в течение суток 40 военнослужащим контрактной службы мужского пола с ГБ I стадии, имеющих один или несколько факторов сердечно-сосудистого риска, не имеющих осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и госпитализаций по их поводу. Возраст больных – от 27 до 45 лет, средний возраст составил 36±9 лет. В работе использовалась система длительной регистрации АД (SCHILLER, Швейцария) с аускультативным методом измерения АД в качестве основного и осциллометрическим в качестве дублирующего, включающая регистратор BR-102 plus и программу MT-300.

Результаты. При оценке усредненных показателей систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в дневной и ночной периоды у 13 обследованных (32,5%) выявлена пограничная артериальная гипертензия (АГ), у 22 (55%) – мягкая АГ, а у 5 (12,5%) – умеренная АГ. Индекс измерений свыше 50% регистрировался у 32 чел. (80%) как для САД, так и для ДАД. Степень ночного снижения АД у 34 чел. (85%) находилась в пределах нормы как для САД так и для ДАД (dippers). У 3 пациентов (7,5%) регистрировалось недостаточное снижение АД (non dippers). Также у 3 чел. (7,5%) отмечалось чрезмерное снижение ночного АД (over dippers). В последних двух группах регистрировались отклонения от нормативов по обоим показателям: САД и ДАД. Изменения утренней динамики АД в виде превышения величины утреннего подъема САД наблюдались у 12 чел. (30%), превышения величины утреннего подъема ДАД – у 6 (15%). Увеличение скорости утреннего подъема имело место у 6 чел. (15%) как для САД, так и для ДАД. Показатели вариабельности САД были превышены в дневное время у 17 пациентов (42,5%), в ночные часы – у 20 (50%). Для ДАД увеличение вариабельности в дневные часы отмечалось у 8 чел. (20%), в ночные часы – у 20 (50%). Только у 8 чел. (20%) регистрировалась нормальная вариабельность АД по всем четырем показателям, для САД и ДАД в дневные и ночные часы исследования.

Выводы. Таким образом, у большинства обследованных мужчин с ГБ I стадии имела место мягкая АГ со стабильным вариантом течения, с преимущественно нормальной степенью ночного снижения АД и повышенной вариабельностью, чаще ДАД в ночные часы. Показатели вариабельности и утренней динамики АД являются независимыми факторами риска поражения органов-мишеней и часто ассоциируются с гипертрофией левого желудочка, атеросклерозом крупных сосудов, гипертензивной ангиопатией сетчатки, а степень утреннего подъема АД является также фактором риска развития мозговых сосудистых осложнений. Поэтому при подборе адекватной гипотензивной терапии у обследованного контингента следует добиваться не только достижения целевого уровня АД, но и нормализации данных показателей.

693 ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ДИССИНХРОНИЯ ПРИВОДИТ К УХУДШЕНИЮ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АПИКАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Соловьева Н.В., Борисова А.А., Жижов Р.Э.
Городской аритмологический центр, Киров, Россия

Апикальная стимуляция правого желудочка может приводить к развитию внутрижелудочковой и межжелудочковой диссинхронии.

Целью нашего исследования явилось изучение динамики структурно-функционального состояния сердца у пациентов с апикальной стимуляцией правого желудочка в зависимости от наличия или отсутствия у них диссинхронии в сокращении желудочков сердца.

Материалы и методы. В исследование включено 99 пациентов в возрасте от 25 до 88 лет с суточным временем стимуляции правого желудочка от 10% до 100%. Все пациенты разделены на две сопоставимые по возрасту группы (p=0,89). В первую группу вошло 32 пациента (средний возраст 72,68±6,68 лет) у которых через 6-12 месяцев после имплантации электрокардиостимулятора был выявлен внутри или межжелудочковая диссинхрония. Во второй группе было 67 пациентов (средний возраст 72,38±11,59 лет) у кого через 6-12 месяцев диссинхронии не было выявлено. В первой группе было имплантировано 10 ЭКС в режиме DDD (R) и 22 электрокардиостимулятора в режиме VVI (R), во второй группе 26 ЭКС DDD (R) и 41 ЭКС в режиме VVI (R) (p=0,29, χ^2=1,11).

Результаты. Были выявлены различия в ширине комплекса QRS до стимуляции. В первой группе ширина комплекса QRS до имплантации составляла 99,87±22,96мс, во второй группе 91,57±10,15мс (p=0,01). Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование до имплантации электрокардиостимулятора и через 6-12 месяцев после имплантации ЭКС. Различий в структурно-функциональных показателях сердца в этих группах до имплантации выявлено не было. При проведении эхокардиоскопии с сроке от 6 до 12 месяцев от момента имплантации ЭКС было установлено, что у больных в первой группе больше размер правого желудочка (ПЖ) (40,03±4,85мм против 36,41±5,13мм, p=0,001), размер левого предсердия (ЛП) (43,21±5,90мм, против 40,80±4,58мм, p=0,02). Не было выявлено разницы в тесте 6 минутной ходьбы после имплантации ЭКС. При этом результаты проведенной эхокардиоскопии непосредственно до имплантации ЭКС не выявили значимых различий в показателях структурно-функционального состояния сердца.

Заключение: таким образом, у больных с правожелудочковой апикальной стимуляцией, занимающей более 10% суточного времени и выявленной внутри или межжелудочковой диссинхронией наблюдается увеличение размеров правого желудочка. При этом исходно продолжительность комплекса QRS у этих пациентов значимо больше, чем у пациентов без диссинхронии, что может явиться прогностическим критерием развития внутри и межжелудочковой диссинхронии.

694 РАЗМЕРЫ СЕРДЦА И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ОДНОСОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Соловьева Н.В., Бурова Н.Н., Глебовская Т.Д.
ФГУ “ФЦ сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова”, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить размеры камер сердца и систолическую функцию левого желудочка (ФВ ЛЖ) в группах больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбПST) на фоне однососудистого (ОСП) и многососудистого (МСП) поражения коронарных артерий (КА).

Материал и методы. Проведено обследование 102 пациентов с ОКСбПST, которым в первые 72 часа от развития заболевания была выполнена коронароангиография. По наличию ангиографических признаков одно- или многососудистого поражения коронарный артерий пациенты разделены на две группы: I группа – 50 с ОСП КА (40 мужчин и 10 женщин; средний возраст 52,00±10,51 лет) и II группа (группа контроля) – 52 пациента с поражением двух и более коронарных артерий -МСП (40 мужчин и 12 женщин; средний возраст 60,14±8,52 лет). Проанализированы анамнестические и клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований. Размеры сердца и сократительная способность миокарда оценивалась по данным эхокардиографии (ЭхоКГ).

Результаты. По результатам ЭхоКГ средние значения размера левого предсердия в М-режиме у пациентов основной группы были значительно меньше по сравнению с группой контроля (38,84±3,39 мм в I группе и 41,55±5,18 мм во II группе; p<0,01). Конечно-диастолический размер ЛЖ у пациентов основной группы был значимо меньше по сравнению и контрольной и составил 51,12±3,74 мм и 53,83±9,03 мм соответственно (p=0,01). Конечно-систолический размер ЛЖ у больных I группы был так же меньше, чем пациентов II группы (33,18±5,14 мм и 38,08±6,49 мм соответственно (p<0,01). Конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ и индекс КДО ЛЖ у пациентов основной группы был так же значительно меньше по сравнению с группой контроля: КДО в I группе составил 120,38±37,98 мл, в группе контроля – 141,51±37,98 мл (p<0,01); индекс КДО соответственно 64,04±12,35 мл/м^2 и 72,43±17,84 мл/м^2 (p=0,02). Конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ и индекс КСО ЛЖ у пациентов основной группы был значительно меньше по сравнению с группой контроля: КСО ЛЖ в I группе составил 44,32±13,67 мл, в группе контроля 65,07±26,32 мл (p<0,01); индекс КСО ЛЖ соответственно 23,39±7,33 мл/м2 и 32,95±12,81 мл/м2 (p<0,01). Снижение ФВ ЛЖ достоверно реже регистрировали у пациентов I группы по сравнению с группой контроля (3 и 21 пациентов соответственно; p<0,01). Средние значения ФВ ЛЖ были значимо выше у пациентов I группы (64,75±7,22% у больных I группы и 56,02±9,17% у пациентов II группы; p<0,01).

Выводы. Для больных ОКСбПST на фоне ОСП КА характерны меньшие значения объемов и размеров ЛЖ и более высокая ФВ ЛЖ по сравнению с пациентами с МСП КА.

695 ИСТОЧНИКИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО ОТДЕЛА ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА

Спирина Г.А.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Екатеринбург, Россия

Цель работы – изучение источников кровоснабжения предсердно-желудочкового отдела проводящей системы сердца (ПСС). Материалом послужили 253 препарата сердца плодов, новорожденных, детей, взрослых людей обоего пола разного возраста, умерших от причин, не связанных с поражением сердца и легких. Использован комплекс методов, направленных на выявление ПСС, сосудов, ее питающих. Производилась инъекция артерий сердца контрастными и окрашенными массами с последующими рентгенографией, фиксацией, препарированием, просветлением, приготовлением серийных гистологических срезов. Выявлены многочисленные варианты степени участия ветвей венечных артерий в кровоснабжении предсердно-желудочкового узла, одноименного пучка, его ножек. В 65,4% препаратов предсердно-желудочковый узел снабжался ветвями одноименной артерии. В 12,8% случаев – артерией узла и ветвями задних предсердных артерий, в 12,8% препаратов – артерией предсердно-желудочкового узла совместно с ветвями передних предсердных артерий. В 6,4% препаратов васкуляризация узла обеспечивалась только ветвями первой передней предсердной артерии из правой или левой венечных артерий, в 2,6% случаев – артерией предсердно-желудочкового узла и ветвями задней верхней артерии межжелудочковой перегородки. Кровоснабжение пенетрирующей части предсердно-желудочкового пучка осуществляется ветвями артерии узла. В васкуляризации желудочковой части пучка принимают участие артерия предсердно-желудочкового узла или ее ветви совместно с первой передней перегородочной артерией или только ветви последней. При преобладании по величине диаметра второй передней перегородочной артерии к желудочковой части пучка подходит ее восходящая ветвь. Кровоснабжение анатомической бифуркации предсердно-желудочкового пучка наиболее вариабельно по числу источников питания. Васкуляризация начальной части правой ножки осуществляется ветвями артерии предсердно-желудочкового узла (29,6% наблюдений), первыми передними перегородочными артериями, ветвью к наджелудочковому гребню из правой венечной артерии. Однако наиболее типично кровоснабжение начальных частей правой и левой ножек предсердно-желудочкового пучка веточками первой передней перегородочной артерии (59,3% препаратов) или ветвями первой передней перегородочной артерии вместе с разветвлениями артерии узла, ветви к наджелудочковому гребню из правой венечной артерии, задней верхней артерии межжелудочковой перегородки. В кровоснабжении средней и дистальной частей правой ножки принимают участие вторая и третья передние перегородочные артерии. Они же питают передние две части левой ножки. Сосуды, осуществляющие кровоснабжение предсердно-желудочкового отдела ПСС, отличаются друг от друга положением, уровнем отхождения, разным на них функциональным воздействием. В пределах каждой возрастной группы имеется значительный диапазон колебаний величины наружного диаметра аналогичных источников питания частей ПСС.

696 КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОЛМЕСАРТАНОМ И ЛЕРКАНИДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Старченко Т.Г., Коваль С.Н., Першина Е.С., Резник Л.А.

ГУ "Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины", Харьков, Украина

Цель. Изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии антагонистом ангиотензина-II олмесартаном медоксомилом и антагонистом кальция лерканидипином на фоне антидиабетического и гиполипидемического лечения на клинико-гемодинамические и метаболические показатели у больных гипертонической болезнью (ГБ) с и без сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 32 больных ГБ в сочетании с СД 2 типа и 28 пациентов ГБ, не отягощенной СД 2 типа. Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц. У всех больных до и после проведенного лечения определяли липидный спектр крови ферментным способом. При этом изучали уровни общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов низкой, очень низкой и высокой плотности (ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП). Определение модифицированных ЛПНП проводили по уровню малонового диальдегида фотометрическим методом. Больные ГБ, как с СД 2 типа, так и без него получали комбинацию олмесартана в суточной дозе 10-30 мг с лерканидипином 10-20 мг 1 раз в сутки. Гиполипидемическая терапия включала назначение аторвастатина по 20 мг вечером. В слу-

чае сочетания ГБ и СД 2 типа пациенты получали антидиабетическое лечение метформином в суточной дозе 500-850 мг. Курс лечения составлял 7-8 месяцев.

Результаты. Установлено, что до назначения комбинированной антигипертензивной терапии у больных ГБ, ассоциированной с СД 2 типа, уровень систолического артериального давления (АД) составил (175,4± 4,8) мм рт.ст., диастолического АД – (100,2±5,6) мм рт.ст. У больных ГБ, не отягощенных СД, уровень систолического и диастоличского АД составил соответственно (167,0±3,8) мм рт.ст. и (97,9±3,2) мм рт.ст. Предложенная антигипертензивная терапия позволила достичь целевых уровней АД у больных ГБ как с СД 2 типа, так и без него соответственно у 77,4% та 82,1% пациентов. При этом исследование состояния липидного обмена к концу лечения выявило достоверное снижение содержания в крови ТГ ($p<0,01$) и ЛПНП ($p<0,01$) у больных ГБ как с СД 2 типа, так и без него. Было установлено, что содержание в крови ЛПВП достоверно возросло у больных ГБ, ассоциированной с СД 2 типа. Улучшение показателей липидного обмена происходило на фоне достоверного снижения активации перекисного окисления липидов. Так, уровень малонового диальдегида у больных ГБ как в сочетании с СД 2 типа, так и без него, снизился соответственно на 25% ($p<0,01$) и 31% ($p<0,01$).

Выводы. У больных ГБ как с СД 2 типа, так и без него курсовая антигипертензивная терапия олмесартаном и лерканидипином на фоне гиполипидемического, а в случае сочетания ГБ с СД 2 типа и антидиабетического, лечения способствовала достижению целевых уровней АД соответственно у 77,4% и 82,1% случаев, не вызывала отрицательных изменений со стороны липидного обмена и сочеталась со снижением активности перекисного окисления липидов.

697 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Столбова М.В.
ГОУ ВПО “ОрГМА” МЗ РФ, Оренбург, Россия

Цель: выяснить фармакоэкономическую эффективность стационара дневного пребывания и стационара на дому в лечении больных с артериальной гипертонией

Методы исследования: обследовано 150 больных с артериальной гипертонией (АГ) I-III стадией II-III степенью. Период наблюдения за больными составил 1 год. Все наблюдаемые больные были разделены на 2 группы. I группа -50 больных, лечившихся в круглосуточном стационаре (КС). II группа -100 больных, лечившихся в стационарозамещающих формах (СЗФ) оказания медицинской помощи. Группы рандомизированы, т. е. не отличались достоверно по полу, возрасту, стадиям и степени АГ. Проводилось сравнение групп между собой. Лечение в группах сравнения было идентичным и соответствовало современным рекомендациям. Всем больным, помимо общеклинического обследования, проводилась эхокардиография (оценивалась толщина стенок левого желудочка (ЛЖ), индекс массы миокарда – ИММЛЖ). Оценивалось качество жизни по методике Д.М. Аронова, В.П. Зайцева (2002). Эффективность лечения оценивалась по клиническому состоянию, по частоте повторны госпитализаций и по данным экокардиографии через 3 месяца и через год. Фармакоэкономическая эффективность оценивалась с помощью анализов “стоимость болезни”.

Полученные результаты: у всех больных удалось достичь клинического улучшения. Статистически значимое снижение ИММЛЖ и толщины стенок ЛЖ наблюдалось в обеих группах через год лечения. Количество повторных госпитализаций в группах отличалось: в I группе – 17,6%, во II группе – 7,8%. Все повторные госпитализации были связаны с ухудшением АГ. На наш взгляд разница в частоте повторных госпитализаций объясняется тем, что при выписке из круглосуточного стационара часть больных еще не готова к амбулаторному лечению, а в дневном стационаре есть возможность обучить методам контроля за заболеванием и принципам самопомощи. При сравнительном анализе качества жизни (КЖ) выявлено, что на фоне лечения через 3 месяца, достоверное улучшение суммарного показателя КЖ наблюдалось во II группе. Через год на фоне лечения наблюдалось достоверное улучшение суммарного показателя КЖ в обеих группах (различия между группами статистически незначимые). Данные анкеты показывают, что после лечения в дневном стационаре, адаптация больных к обычной жизни, работе происходит быстрее. Все больные, пролеченные в СЗФ, давали положительную оценку этой форме оказания медицинской помощи, поскольку лечение проводилось в домашней обстановке. Стоимость болезни оценивалась путем суммирования прямых затрат на лечение больных на стационарном и амбулаторном этапах за 1 год. Общие расходы на одного больного за 1 год в I группе в 1,7 раза больше, чем во II группе.

Выводы: поскольку получены фармакоэкономические преимущества СЗФ, а разницы в результатах лечения больных в СЗФ и КС не выявлено, можно говорить о том, что для больных с артериальной гипертонией СЗФ являются позитивной альтернативой круглосуточному стационару, позволяющей в КС лечить более тяжелых и нуждающихся больных, а в СЗФ менее тяжелых больных.

698 ЭМПАТИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ

Строкова Е.В.
ГОУ ВПО “Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского” Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Эмпатия (сопереживание) – это способность к произвольной эмоциональной отзывчивости на переживания других людей.

Цель: определить уровень эмпатии и выявить факторы, влияющие на выраженность эмпатических способностей у врачей-кардиологов.

Методы исследования: в исследование включались врачи кардиологических отделений г. Саратова, согласившиеся заполнить тесты-опросники. Участникам исследования предлагалась анкета, включающая вопросы о возрасте респондента, стаже работы по профессии, семейном положении, общей удовлетворенностью работой, а также методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко, опросник выявления эмоционального выгорания MBI (Маслач К., Джексон С.). Для определения типа темперамента использовался личностный опросник Г.Айзенка (форма А). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты: в исследовании согласились принять участие 40 врачей, пригодными для интерпретации оказались 35 анкет. Мужчины составили 25,7% (9 человек) выборки, женщины – 74,3% (26) соответственно. Возраст исследуемых колебался от 24 до 78 лет, составив в среднем 36,6 лет. В браке состоят 57,1% (20 человек) опрошенных, у 51,4% (18) из них есть дети. 74,3% (26 человек) врачей имеют стаж работы в стационаре более 5 лет. Полностью удовлетворены своей работой 40% (14) опрошенных. Высокого уровня эмпатических способностей среди опрошенных врачей выявлено не было. В 37,1% (13) случаев уровень эмпатии был очень низким, у 37,1% (13) человек – заниженным и у 25,8% (9) выявлены средние эмпатические способности. В 51,4%(18) у врачей преобладающим оказывался эмоциональный канал эмпатии, т. е. способность сопереживать, соучаствовать, у 17,1% (6 человек) наиболее значимым в структуре эмпатии был рациональный канал (направленность внимания и восприятия на понимание сущности другого человека, его состояния и поведения). Интуитивный канал эмпатии (способность предвидеть поведение партнеров при исходном дефиците информации о нем) оказался ведущим в структуре эмпатии у 14,3% (5) опрошенных. На выраженность эмпатических способностей у врачей-кардиологов не оказывают влияния стаж работы, удовлетворенность работой, семейное

положение и наличие детей. Средний уровень эмпатии достоверно чаще встречался у врачей с холерическим типом темперамента (p=0,01), тогда как очень низкие эмпатические способность характерны для врачей-флегматиков (p=0,007). Наиболее высокие показатели эмпатии из опрошенных были присущи врачам-экстравертам, в то время как интроверты демонстрировали чаще очень низкую и заниженную способность к эмпатии (p=0,009). Уровень нейротизма не связан с выраженностью эмпатических способностей, не было получено достоверных связей уровня эмоционального выгорания и эмпатии на данной выборке врачей – кардиологов.

Выводы: уровень эмпатии у врачей – кардиологов не зависит от внешних характеристик (удовлетворенность работой в целом, стаж работы) и уровня эмоционального выгорания, однако, зависит от личностных характеристик врача – типа темперамента и уровня экстраверсии/интроверсии.

699 ВЛИЯНИЕ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТА К БОЛЕЗНИ НА ХАРАКТЕР ЕГО ОБЩЕНИЯ С ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОК С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель: определить взаимосвязь восприятия своего заболевания пациентками с инфарктом миокарда и выбора модели взаимоотношений с лечащим врачом.

Материалы и методы: в исследование включались женщины, перенесшие инфаркт миокарда, без серьезных когнитивных расстройств и тяжелой сопутствующей патологии, согласившиеся заполнить формы-опросники. Для определения внутренней картины болезни (возникающий у больного целостный образ своего заболевания) использовался Личностный Опросник Бехтеревского Института (ЛОБИ), разработанный сотрудниками Бехтеревского Института (1983г). Для определения модели отношения врач-пациент использовалась коммуникативная карта деятельности врача – адаптированная для соматических пациентов анкета А.А.Леонтьева (1977), позволяющая выделить 5 возможных моделей с точки зрения пациента (активно-пассивная, авторитарная, техническая, патерналистская, совещательно-договорная). Для выявления корреляционных связей использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. В исследовании согласились принять участие 42 пациентки. Возвращено 30 анкет. Средний возраст составил 62,8 лет, в 13,3% (4) случаев инфаркт миокарда был повторный. Выявлен значительный разброс вариантов типов отношения к болезни и личностных отношений, связанных с нею. Не было обнаружено какой-либо одной, преобладающей среди пациенток, внутренней картины болезни. Однако выявлены следующие корреляционные связи между выраженностью определенных реакций на заболевание: умеренно выраженная корреляционная связь (R=0,5, p=0,05) между показателями гармоничной и эргопатической (уход в работу) реакциями на болезнь, положительная корреляция между эгоцентрической реакцией на болезнь и неврастенической (R=0,53, p=0,03), ипохондрической (R=0,45, p=0,02), сенситивной (R=0,4, p=0,03) типами реакций. В 51,7% (16 женщин) пациентки оценивали взаимоотношения со своим лечащим врачом в рамках совещательно-договорной модели. Как покровительское отношение врача к себе оценили 9 пациенток (30%). Техническая модель взаимоотношений обнаружилась в 4 (13,8%) случаев, а как полное отсутствие взаимоотношений (активно-пассивная модель) расценила отношения с врачом 1 пациентка (3,4%). Имеет место средней силы корреляционная связь между моделью отношений врач-пациент и эргопатической реакцией на заболевание (R=0,5, p=0,006). Обнаруживается отрицательная корреляционная связь средней силы (R= -0,43, p=0,02) между типом отношений врач-пациент и сенситивной реакцией на болезнь.

Выводы. Чем более выражена эргопатическая реакция на болезнь, тем чаще пациентки стремятся к совещательно-договорной модели общения с лечащим врачом. Чем более тесно оценивают свое отношение с лечащим врачом пациентки, тем меньше они озабочены возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни и меньше боятся стать обузой для близких из-за болезни.

700 К ВОПРОСУ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПОСТОЯННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И БЕЗ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Стрюк Р.И., Голикова А.А., Махулова А.М.
Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета МГМСУ, Москва, Россия

Цель: на основании скринингового обследования провести анализ приверженности пациенток, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) с сахарным диабетом (СД) и без нарушений углеводного обмена, к антигипертензивной терапии.

Материалы и методы: скрининговое обследование, включающее сбор анамнеза, оценку антропометрических данных, уровня артериального давления (АД) по данным офисного и суточного мониторирования, исследование параметров углеводного, липидного обменов и гормонального статуса, проведено у 61 пациентки с ГБ II-III ст. (ВОЗ/МОГ, 2004) в возрасте 45-60 лет. Из них первая группа включала 25 пациенток с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа, средний возраст которых составил 54,0 (52,0-57,0, лет). Вторая группа состояла из 36 пациенток с ГБ II-III стадии без СД, средний возраст – 52,5 (48,0-59,0, лет). Количественные показатели представлены медианой и интерквартильным интервалом (25-75), сравнение показателей в группах проводили посредством критерия Манна-Уитни; качественные признаки сравнивались по точному критерию Фишера.

Результаты. Установлено, что на фоне приема сахароснижающих препаратов практически все пациентки первой группы (80%) постоянно принимали антигипертензивные лекарственные средства, в то время как во второй группе (без СД) постоянный прием этих препаратов был зарегистрирован существенно ниже (36%) (p=0,001). Пациентки второй группы достоверно чаще, чем пациентки первой группы принимают антигипертензивные лекарственные средства эпизодически (при резком повышении АД), что составило 45% и 8%, соответственно (p=0,01). Адекватный контроль уровня АД у пациенток обеих групп был достигнут не во всех случаях, но в первой группе АД чаще (84%) соответствовало нормативным параметрам, чем во второй – 61%.

Выводы. Пациентки, страдающие ГБ II-III ст. и СД 2 типа, достоверно чаще, постоянно, в адекватных дозах, способствующих нормализации уровня АД, принимают антигипертензивные препараты, в то время как пациентки ГБ без СД в большинстве случаев используют данные лекарственные средства эпизодически.

701 ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Суворова А.А.[1,3], Старкова Л.А.[1], Чумакова Г.А[2,3]
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет[1], Барнаул, Россия; УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН[2], Кемерово, Россия; КГУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер[3], Барнаул, Россия

Цель: изучение приверженности к лечению у женщин в отдаленном восстановительном периоде после инфаркта миокарда.

Материалы и методы: обследовано 62 женщины, в возрасте 38-63 года, средний возраст 53,3±8,1 лет, в течение года после инфаркта миокарда (ИМ). Диагноз установлен в соответствии с рекомендациями ВНОК. Изучалась динамика основных факторов риска ишемической болезни (согласно рекомендациям ВНОК по вторичной профилактике 2007г): отказ от курения, нормализация артериального давления (АД), веса, липидного обмена, гликемии у больных сахарным диабетом 2 типа (СД), контролируемые физические нагрузки, приверженность медикаментозной терапии. В течение 12-ти месяцев проводился активный мониторинг всех перечисленных показателей.

Результаты: в исследуемой группе выявлены следующие факторы риска: курение – 41 человек (66,1%), избыточная масса тела 37 (59,7%), артериальная гипертензия (АГ) 54 (87,1%), сахарный диабет 2 типа у 12 человек (19,4%), дислипидемия 56 (90,3%). Курили через 3 месяца от ИМ 21 человек (34,4%) и через 6 месяцев после ИМ 18 человек (29,0%); через год курили 11человек (17,7%). Положительная динамика веса больных – снижение индекса массы тела (ИМТ) от исходного (до ИМ) более чем на 5% через год отмечалось у большинства больных -42 человека (67,7%). Нормализация ранее повышенного АД отмечалась у 21 человека (38,9% от страдающих АГ) через 1 год. В течение 12 месяцев активного наблюдения и подбора антигипертензивной терапии удалось добиться снижения АД более чем на 20% от исходного в 92,6% (52 человека). Достижение целевых показателей липидного обмена -14 человек (22,6% от всех больных) через 4 недели липидснижающей терапии, через год активного наблюдения и агрессивной терапии статинами -38 человек (61,3%). Компенсация сахарного диабета через 6 и 12 месяцев после ИМ сохранялась у 10 человек, что составило 83,3% от всех больных с СД. Контролируемые физические нагрузки (ФН) выполняли 25 человек (40,3%), соблюдали диету 40 человек (64,5%) через 6 месяцев после ИМ. Через год под активным врачебным контролем приверженность к ФН, правильному питанию составила 53 человека (85,5%). Приверженность медикаментозной терапии: начинали лечение в полном объеме (дезагреганты+бета-адреноблокаторы+статины+ингибиторы АПФ) 58 человек (93,5%), (3 человека – противопоказаны бета-адреноблокаторы, 3 – непереносимость ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента). Через год наблюдения у 16 человек (25,8%) нерегулярный прием препаратов различных групп по ряду причин (снижение АД, забывчивость, высокая цена препаратов и др.).

Выводы: в изучаемой группе распространенность факторов риска ИБС выше, чем в популяции, что является ожидаемым результатом. У всех больных приверженность лечению сохранялась на протяжении года после ИМ довольно высокой, но недостаточной для коррекции основных факторов риска (АД, липидный спектр, сахарный диабет, избыточный вес, курение). Почти треть больных через год после ИМ не сохраняли приверженность к медикаментозной терапии. Таким образом, позиция врача амбулаторного звена должна быть максимально активной в коррекции поведенческих аспектов вторичной профилактики ИМ на всех стадия болезни, а терапия – максимально агрессивной у больных с хронической ИБС.

702 РАЗЛИЧИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ В СРАВНЕНИИ С ЛОЗАРТАНОМ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Суворова Д.А., Тарловская Е.И., Соболев А.А.
Кировская ГМА, Киров, Россия

Цель: исследовать гендерные различия в эффективности гипотензивной терапии эналаприлом в сравнении с лозартаном.

Материалы и методы: открытое контролируемое перекрестное исследование в параллельных группах проводилось в течение 3 месяцев. Обследовано 96 пациентов в возрасте 20-45лет с гипертонией 1 и 2 степени, которые делились на группы: в группах 1А,1Б по 23 мужчины; в 2А,2Б по 25 женщин. В первые 6 недель группы 1А, 2А принимали эналаприл 5-20мг, а группы 1Б, 2Б принимали лозартан 50-100мг. Затем происходила перекрестная смена терапии. При необходимости добавлялся конкор 5-10мг. АД у больных измерялось методом Короткова.

Результаты: АД мужчин и женщин исходно не различалось. У женщин, начинающих лечение, систолическое АД в большей степени снижалось на лозартане в сравнении с эналаприлом (на 17,80±5,46% vs 14,57±4,45%, p=0,022). У мужчин систолическое АД на лозартане и эналаприле снижалось одинаково. У женщин, начинающих лечение, САД в большей степени снижалось, чем у мужчин на лозартане (на 17,78±5,46% vs 13,46±4,48%, p=0,009).

Выводы: блокатор рецепторов ангиотензина 2 – лозартан более эффективен в качестве стартовой терапии, чем эналаприл у женщин в возрасте 20-45лет. Лозартан в качестве стартовой терапии более эффективен у женщин, чем у мужчин.

703 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Султанова С.С., Касумова Ф.Н.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А. Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

Актуальность проблемы. Сахарный диабет (СД) – один из важнейших факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые считаются основной причиной смерти пациентов. Каждый третий из четверых больных диабетом умирает от причин, связанных с заболеванием сердца, в большинстве случаев (75%) от ишемической болезни сердца (ИБС).

Наличие СД повышает риск развития ИБС у мужчин на 66%, у женщин – на 203%. У больных сахарным диабетом ИБС диагностируется в 2-4 раза чаще, чем у людей того же возраста без диабета. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о достаточно тесной взаимосвязи между течением и исходом ИБС и уровнем СД.

Цель. Изучить взаимосвязь ИБС и её частоту в зависимости от наличия или отсутствия СД типа 2 по данным эпидемиологического обследования среди женщин трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Объектом исследования явилось женское население вынужденных переселенцев в возрасте 20-59 лет, проживающих в условиях общежитий г.Сумгаит. Были обследованы 952 женщины, которые были распределены по возрастным группам 20-29,30-39, 40-49 и 50-59 лет.

На всех обследованных заполнялся вопросник для выявления основных хронических неинфекционных заболеваний. Его составной частью являлся раздел, посвященный установлению наличия нарушений углеводного обмена, в частности, сахарного диабета.

У обследованных измеряли концентрацию глюкозы в капиллярной крови натощак. Если этот показатель составлял 6,1 ммоль/л, то устанавливалось наличие СД типа 2. Если же показатели были меньше, то проводился тест на толерантность к глюкозе. В том случае, когда через 2 часа после нагрузки глюкозой концентрация её в капиллярной крови была более 11,1 ммоль/л, то устанавливалось наличие СД типа 2.

Собственные результаты. Нами установлено, что частота СД типа 2 составила в обследованной нами популяции 5,6±0,7%.

Нами убедительно продемонстрировано, что в популяции женщин вынужденных переселенцев трудоспособного возра-

ста наличие ИБС обуславливает более, чем 2-х кратное преобладание частоты СД типа 2.

Аналогичное соотношение было характерно почти для всех возрастных групп за исключением лиц 20-29 лет, где при наличии ИБС не регистрировался СД типа 2.

В отсутствии ИБС частота СД типа 2 прогрессивно нарастала от 0,6±0,6% в 20-29 лет до 7,9±2,1% в 50-59 лет с максимальным темпом роста в диапазоне от 20-29 до 30-39 лет.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что при наличии СД типа 2 распространённость ИБС была статистически достоверно выше по сравнению с его отсутствием (45,3±6,8% и 22,7±1,4%, p<0,001).

За исключением возрастных групп 20-29 и 40-49 лет результаты были идентичны общегрупповым. Если в отношении лиц 20-29 лет ситуация ясная, т. к. в этом промежутке СД типа 2 не регистрировался вообще, то в отношении возрастной категории 40-49 лет предстоит провести углублённый анализ с целью верификации причин, по которым СД типа 2 теряет здесь своё значение, как один из важнейших факторов риска в отношении ИБС.

Частота ИБС в целом в отсутствии СД прогрессивно нарастала от самого минимального значения у лиц 20-29 лет (7,5±1,9%) до самого максимального у лиц 50-59 лет (32,6±3,1%, p<0,001).

При наличии СД частота ИБС демонстрировала своеобразную динамику. Так, при отсутствии СД среди лиц 20-29 лет, примечательно, что уже в возрастной группе 30-39 лет ИБС выявлялась у половины лиц с наличием СД типа 2. В последующей возрастной группе частота ИБС снижалась почти вдвое и далее опять столь же стремительно она нарастала до 55,2±9,2%

Выводы. У женщин трудоспособного возраста с ИБС выявлено более чем 2-х кратное преобладание СД типа 2 во всех возрастных группах, за исключением лиц 20-29 лет. У лиц без ИБС частота СД типа 2 наиболее часто встречалась в возрастном диапазоне 50-59 лет. При наличии ИБС в возрасте 20-29 лет сопутствующего СД не обнаружено, в то время как у женщин с СД в 30-39 лет ИБС выявлялась в каждом втором случае.

704 ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Суровцева М.В., Козиолова Н.А., Ельцова М.А., Чернявина А.И.

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

Цель: оценить возможности ивабрадина в коррекции желудочковых нарушений ритма у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы: обследовано 90 пациентов со стабильной стенокардией II-III ФК в сочетании с артериальной гипертензией (АГ). Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от антиишемической терапии: 1-я группа – пациенты, получавшие в комплексной терапии периндоприл (средняя доза 5,2±1,8 мг), бисопролол (средняя доза 3,1±1,9 мг) и ивабрадин (средняя доза 11,6±1,9 мг); 2-я группа – пациенты, получавшие периндоприл (средняя доза 5,1±1,6 мг) и ивабрадин (средняя доза 11,4±1,6 мг), 3-я группа – пациенты, получавшие периндоприл (средняя доза 4,6±1,4 мг) и бисопролол (средняя доза 3,9±2,1 мг). Средний возраст больных составил 57,0±4,6 лет. Продолжительность стенокардии среди обследованных составила 7,2±2,2 года, средний ФК составил 2,25 ± 0,36. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен у 37,7% (34) больных. Длительность терапии составила 6 месяцев. Всем пациентам до и после лечения было проведено суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ) с помощью аппарата “Card (X) plore” (“Meditech”, Венгрия) с оценкой желудочковой эктопической активности, длительности интервала QT, QTc и суточной его дисперсией.

Результаты: исходно у 57,7% (52) пациентов выявлены желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) по СМ ЭКГ. Из них у 33,3% (30) больных регистрировались единичные ЖЭ, у 14,0% (13) пациентов – парные ЖЭ, у 13,3% (12) человек обнаружены политопные ЖЭ. Достоверных различий между группами по частоте выявления желудочковых нарушений ритма не отмечено. Среднесуточный интервал QT до лечения составил 365,3±18,2 мс, среднесуточный QTc – 409,3±14,2 мс и среднесуточная QTcd – 29,8±1,9 мс. Достоверных различий между группами по данным показателям не отмечено. Через 6 месяцев лечения общее количество ЖЭ за сутки уменьшилось во второй группе достоверно больше, чем в первой и в третьей (pmg<0,001). Среднее количество парных и политопных ЖЭ на одного больного в третьей группе уменьшилось достоверно меньше, чем во второй и первой группе (pmg<0,001). Первая и вторая группы по среднему количеству парных и политопных ЖЭ на одного больного после лечения достоверно не различались. На фоне лечения отмечено достоверное возрастание среднесуточного интервала QT в первой группе на 3,31±0,07%, во второй на – 3,30±0,07%, что достоверно больше, чем в третьей – 2,80±0,02% (pmg<0,001). Среднесуточные показатели QTc и QTcd изменились от исходных значений недостоверно во всех группах. Значимых различий данных показателей между группами также не отмечено.

Выводы: ивабрадин в комплексной терапии больных стабильной стенокардией и АГ подавляет эктопическую желудочковую активность, не изменяя среднесуточные показатели интервала QTc и дисперсии QTc.

705 ПУТИ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Сыродоев А.М., Припачкина А.П., Кравец Б.Б.

ГУЗ “Липецкая областная клиническая больница”, Липецк, Россия

Цель исследования. Определить пути снижения смертности от инфаркта миокарда, в том числе повторного, через индикаторы качества оказания медицинской помощи. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Липецкой области, как и в целом по России, Центральном Федеральном округе занимает первое место в общей структуре смертности населения и составляла в 2008 61,4%. Учащаются случаи этого заболевания в молодом и трудоспособном возрасте. Все большее число инфарктов заканчиваются смертью пациентов. Профилактика инфарктов, в том числе повторных, в России находится на низком уровне: лишь 12,4% перенесших инфаркт после стационарного лечения наблюдаются по месту жительства. Поэтому более 11% госпитализаций по поводу инфаркта приходятся на повторные случаи заболевания.

Методы исследования. Проведен анализ смертности от болезней системы кровообращения в Липецкой области по данным официальной статистики за пять лет (2005-2009гг в абсолютных числах и с расчетом показателя на 100 тысяч населения) как в целом по субъекту, так и в муниципальных образованиях.

Полученные результаты. Показатель смертности от болезней системы кровообращения на 100 тысяч населения снизился с 1188,1 в 2005 году до 931,2 в 2009 году (- 21,6%), в том числе соответственно от ишемической болезни сердца с 567,5 до 517,8 (-8,8%), от цереброваскулярных болезней с 284,5 до 247,7 (- 12,9%). В тоже время показатель смертности от инфаркта миокарда увеличился за эти годы с 18,9 до 23,3 (+ 23,3%). Полученные данные свидетельствуют о недостаточной организационной работе в регионе над управляемыми причинами смертности, прежде всего от инфаркта миокарда. Необходима организация персонифицированного учета больных, перенесших острый инфаркт миокарда (популяционный регистр). Задача снижения смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний является приоритетной и выполняется через совершенствование организации медицинской помощи больным с использованием индикаторов качества

медицинской помощи. В соответствии с областной целевой программой "Совершенствование системы охраны здоровья населения Липецкой области (2009-2013 годы)", ежегодно приобретаются лекарственные препараты для проведения системного тромболизиса (метализе для станций скорой медицинской помощи, актелизе для стационарных медицинских учреждений). Реализация федеральной программы, направленной на совершенствование системы оказания помощи кардиологическим больным, в 2011 году в Липецкой области позволит снизить смертность от инфаркта миокарда.

Выводы. Введение метода регистра является единственным источником достоверной информации о заболеваемости, смертности, летальности от инфаркта миокарда. Индикаторами качества оказания медицинской помощи больным с инфарктом миокарда являются: летальность при инфаркте миокарда через 1 месяц, 3 месяца, 12 месяцев, 24 месяца;% повторных сосудистых нарушений (инфаркт миокарда) через 1 и 2 года после перенесенного инфаркта миокарда; догоспитальная летальность при инфаркте миокарда;% больных с подъемом сегмента ST, получивших тромболитическую терапию;% больных с острым коронарным синдромом, подвергшихся коронарному стентированию;% больных с инвалидностью после перенесенного инфаркта миокарда.

706 ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЛИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Тавкаева Д.Р., Маянская С.Д.

Казанская государственная медицинская академия ГОУ ДПО Росздрава, Казань, Россия

Безболевая ишемия миокарда (ББИМ) – это преходящее нарушение перфузии миокарда, проявляющееся в показателях ЭКГ и других объективных признаках ишемии миокарда при отсутствии боли и других эквивалентов стенокардии.

Цель исследования: Выявить характер и частоту встречаемости ББИМ, как показателя степени тяжести органических изменений в сосудах сердца, у больных после перенесенного острого инфаркта миокарда (ИМ) после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) или аортокоронарного шунтирования (АКШ) с целью оценки прогноза дальнейшего развития ИБС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 16 человек в возрасте от 45 до 75 лет (13 мужчин, 3 – женщин) с острым инфарктом миокарда.

Проведены: коронароангиография (КАГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ), исследован липидный спектр на 3-5 сутки поступления в стационар и через 3 месяца. По результатам обследования 37,5% пациентов была проведена ЧКВ, 25% – АКШ, 37,5% – лечились консервативно. ББИМ оценивалась в первую очередь с помощью ХМ по появлению депрессии сегмента ST горизонтального или косонисходящего типа на 1 мм и более на расстоянии не менее 80 мсек от точки J, либо медленная косовосходящая депрессия на 2 мм и более на расстояния не менее 80 мсек от точки, не менее 1 минуты. Через 3 месяца оценивались конечные точки: повторный инфаркт миокарда, летальность, нарушения ритма, ХСН, появление болевых форм ИБС.

Результаты. Частота встречаемости ББИМ распределилась следующим образом: 1) без гемодинамически значимых стенозов – 12,5%; 2) с гемодинамически значимыми стенозами, из которых однососудистые составили 37,5%, многососудистые – 50%.

В динамике через 3 месяца у пациентов с ББИМ после перенесенного ИМ у 12,5% выявлены болевые формы, у 56,5% – нарушения ритма (фибрилляция предсердий 12,5%, наджелудочковая тахикардия 25%, частая наджелудочковая экстрасистолия 6,25%, желудочковая тахикардия 6,25%, желудочковая экстрасистолия 6,25%). Причем, максимальная частота нарушений ритма наблюдалась в группе больных после АКШ, а болевые формы ИБС отмечались на фоне проведения консервативной терапии.

Выводы. Таким образом, ББИМ – является предиктором развития осложнений после перенесенного ИМ, таких как нарушения ритма и появление болевых форм ИБС, а также важным прогностическим показателем степени тяжести органических изменений коронарных артерий по данным коронароангиографии.

707 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕКОРОНАРНЫХ СОСУДИСТЫХ БАССЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Тавлуева Е.В., 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: определить особенности поражения некоронарных сосудистых бассейнов у женщин и мужчин с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST.

Материалы. В исследование включено 529 пациентов; из них 343 (64,8%) мужчин и 186 (35,2%) женщин. Средний возраст мужчин составил 59,5 ± 11,3; средний возраст женщин – 69,2±9,8 лет (p=0,0052). В настоящем исследовании под термином мультифокальный атеросклероз (МФА) у пациентов с ИМ с подъёмом сегмента ST считалось наличие любого поражения экстракраниальных артерий или артерий нижних конечностей (утолщение комплекса интима-медиа (КИМ) или стенозы любой степени). Так, в первую группу вошли пациенты без МФА, во вторую – больные с КИМ≥1 мм или стенозами до 30%, в третью – со стенозами от 30 до 50%, в четвёртую –50% и более. Пациенты были рассмотрены в целом и разделены в последующем на группы (до 65 лет и 65 лет и старше).

Результаты. В настоящем исследовании частота выявления МФА у женщин (n=135) и мужчин (n=288) не различается – 95,5% и 94,6%, соответственно, p=0,9108. Половина пациентов с ИМ характеризуется начальными проявлениями некоронарного атеросклероза (НКА) (утолщением комплекса интима-медиа или стенозами до 30%), у женщин и у мужчин различий в данной группе также выявлено не было: 42,9% и 49,6%, соответственно (p=0,1934). При распределении пациентов на группы в зависимости от возраста, частота поражения некоронарных сосудистых бассейнов в группе НКА до 30% достоверно уменьшается с увеличением возраста, как у женщин, так и у мужчин. Так, у женщин в возрасте до 65 лет данный показатель составил 54,9%, в возрасте 65 лет и старше – 35,7% (p=0,0285), у мужчин 54,9% и 36,9%, соответственно (p=0,0051). В то время как частота поражения некоронарных сосудистых бассейнов в группе НКА ≥50% достоверно увеличивается в старшей возрастной группе и у женщин и мужчин. Так, у женщин в возрасте до 65 лет данный показатель составил 17,7%, в возрасте 65 лет и старше – 44,1% (p=0,0023), у мужчин 19,1% и 47,5%, соответственно (p=0,0000). Гендерных различий выявлено не было. В свою очередь процент изолированного поражения коронарных артерий с увеличением возраста приближается к нулю. Так, у женщин в возрасте до 65 лет изолированное поражение коронарных артерий встречается у 9,8%, а в возрасте 65 лет и старше уже только в 1,2% (p=0,0177), у мужчин – 7,9% и 0%, соответственно. Гендерных различий в данной группе пациентов также выявлено не было.

Выводы. Таким образом, частота выявления мультифокального поражения у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST в настоящем исследовании крайне высока и не зависит от пола.

708 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тагирова М.М., Эльгаров А.А.
Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: изучить эффективность небилета и теветена у пенитенциарных женщин с артериальной гипертонией (АГ) и разработать практические рекомендации по её вторичной профилактике.

Материал и методы. Под наблюдением находились 46 женщин с АГ I (n=27) и II (n=19) ст. в рамках монотерапии теветеном (600 мг 1 раз в сут., 19 чел.) и небилетом (5 мг 1 раз в сут.,27 чел.) в течение 3 месяцев; обе группы по возрасту и выраженности болезни были сопоставимы и принципиально не различались. В процессе лечения и перед окончанием антигипертензивной терапии (АГТ) пациенты наблюдались психологом (выявление и коррекция пограничных нервно-психических расстройств). Наряду с общеклиническим обследованием выполнено психологическое тестирование (Спилбергера-Ханина, СМОЛ) для регистрации ситуационной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ). Оценка эффективности фармакотерапии базировалась на динамике клинических и психосоматических симптомов, показателей суточного профиля АД (СМАД). Средний возраст наблюдавшихся женщин составил 34,5±2,4 лет.

Результаты. Благодаря АГТ теветеном (1 группа) и небилетом (2 группа) обнаружено уменьшение (исчезновение) головных болей, головокружения, раздражительности, улучшение/нормализация сна, снижение основных величин суточного профиля АД. В обеих группах отмечалась положительная динамика офисных уровней АД и основных параметров суточного профиля кровяного давления после 2-4 недель АГТ. При этом, средне суточные САД (с 145,82±1,17 до 127,5±1,83 мм рт.ст.) и ДАД (с 89,8±1,17 до 76,4±1,13 мм рт. ст.), утренние подъемы АД (УП) САД (с 56,7 до 17,8%) и ДАД (с 36,8 до 17,6%), а также non-dipper САД (с 59,5 до 32,3%) и ДАД (с 53,9 до 43,9%) в группе теветена претерпели более выраженную динамику ($p<0,05$) при сравнении с аналогичными величинами АД лиц, принимавших небилет. Эти данные демонстрируют динамику клинических проявлений и гемодинамических параметров лиц с АГ, что свидетельствует о благоприятных изменениях различных показателей АД благодаря применению теветена и небилета. Кроме этого, отмечена положительная динамика частоты и проявлений СТ и ЛТ, которая оказалась выше в группе теветена..Побочные эффекты, потребовавшие отмены препаратов, не установлены Эффективность АГТ определена у 90,1 и 79,4% женщин, соответственно 1 и 2 группы.

Выводы: установлена высокая эффективность и хорошая переносимость теветена и небилета при АГ I и II ст. у пенитенциарных женщин, о чем свидетельствовали благоприятная динамика основных клинико-гемодинамических характеристик, а также пограничных нервно-психических симптомов.

709 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭБЕРКИНАЗЫ

Тайжанова Д.Ж., Вистерничан О.А.
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования. Оценка электрокардиографической динамики в остром и подостром периодах инфаркта миокарда на фоне тромболитической терапии.

Материалы и методы. Обследованы 95 пациентов (60 мужчин и 35 женщин), госпитализированных в кардиологическое отделение городской больницы №1 г.Караганды с диагнозом острый инфаркт миокарда. Возраст обследованных варьировал от 45 до 87 лет. По характеру лечения все пациенты были распределены на 2 группы: I группе (60 больных) – назначена традиционная терапия, включающая нитраты, антикоагулянты и антиагреганты; во II группе (35 больных)– дополнительно проводилась тромболитическая терапия с использованием эберкиназы в дозе 1 500 000 ЕД.

Результаты исследования. Мониторинг серии электрокардиограмм (ЭКГ) в I группе позволил констатировать тенденцию к расширению зоны некроза в остром периоде инфаркта миокарда. При этом у значительной части больных (у 91,7%) по данным ЭКГ констатирован трансмуральный (крупноочаговый) характер инфаркта миокарда. В остальных случаях (8,3%) изменения на ЭКГ ограничились субэндокардиальным (интрамуральным) поражением. В то же время во II-й группе на фоне тромболитической терапии эберкиназой ЭКГ динамика свидетельствовала о стабилизации и ограничении зоны некроза. Так, у 69,4% пациентов II группы субэндокардиальная (интрамуральная) ишемия была локализованы в пределах одной стенки, преимущестенно встречался задненижний инфаркт миокарда. Трансмуральный характер инфаркта миокарда во II группе отмечен в 30,6% случаев. Динамический контроль серии ЭКГ свидетельствовал о том, что у пациентов во II группе в подострой стадии, наряду с восстановлением сегмента ST на изолинии, наметилась тенденция к позитивизации зубца Т (у 44,4%) в форме “сглаженности” на изолинии и положительного зубца. При этом у двух пациентов, состояние которых при госпитализации было расценено, как острый коронарный синдром, достигнут эффект “прерванного инфаркта” со стабилизацией ЭКГ данных. Обращает внимания тот факт, что осложнения инфаркта миокарда в виде острой левожелудочковой сердечной недостаточности, аритмии, тромбоэмболии значительно реже констатированы во II группе (у 11,6%), чем в I группе (у 27,7%).

Выводы. Тромболитическая терапия эберкиназой в 70% случаев позволяет достигнуть клинико-электрокардиографической стабильности в более раннем периоде течения острого инфаркта миокарда. Восстановление коронарного кровотока способствует уменьшению зоны некротических изменений в остром периоде инфаркта миокарда, предотвращая при этом вероятность развития острых осложнении инфаркта миокарда.

710 ДИАГНОСТИКА ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К СОРЕВНОВАНИЯМ

Таминова И.Ф.
МУ Врачебно-физкультурный диспансер, Нижневартовск, Россия; ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Цель. Определение ранних маркеров перенапряжения сердечно-сосудистой системы у спортсменов в процессе подготовки к соревнованиям.

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. I группа (25), тренирующая на “выносливость” (лыжные гонки, биатлон). II группа (30), развивающая скоростно-силовые качества (борьба). III группа (30) – “сила” (пауэрлифтинг). IV группа (25) – игровые виды спорта (волейбол). Методы исследования сердечно-сосудистой системы (ССС): электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия (ВЭМ), тетраполярная грудная реография (ТГР).

Результаты. Ранними клиническими маркерами состояния перенапряжения к физическим нагрузкам у спортсменов были субъективные ощущения, проявляющиеся по типу кардиалгического у 16,4% спортсменов и астенического у 36,3% синдромов. К ранним объективным признакам перенапряжения ССС к физическим нагрузкам, выявленным на этапах подготовки к соревнованиям, относится ряд гемодинамических показателей таких как, лабильность частоты пульса

и уровня артериального давления (АД), изменение исходного эукинетического типа кровообращения в гиперкинетический. Динамика ЭКГ по периодам подготовки показала, что частота зарегистрированных случаев нарушения ритма сердца у спортсменов I-IV групп в начале подготовительного периода составила 20,8%, тогда как в предсоревновательном, отличающегося повышенным объемом и интенсивностью тренировочной работы, составила 35,4% (p<0,05). Нарушения процессов реполяризации миокарда были диагностированы в подготовительном периоде у 8,2% спортсменов, в предсоревновательном периоде у 24,5%. Кроме того, у спортсменов с нарушениями ритма сердца отмечено достоверное снижение показателей физической работоспособности и аэробной производительности по данным ВЭМ. Оценивая направленность и степень выраженности сдвигов базовых гемодинамических показателей (ЧСС и АД) по данным ВЭМ патологические типы реакции АД, наблюдались у 14,5% спортсменов в подготовительном и у 26,4% в предсоревновательном периодах тренировочного процесса (p<0,05). У 17,3% спортсменов было отмечено превышение восстановления ЧСС свыше 10 минут в подготовительном периоде и в 25,4% – в предсоревновательном периоде, что свидетельствует о срыве механизмов адаптации ССС. Оценивая показатели гемодинамики по данным ТГР, были установлены более высокие цифры ударного объема крови (97,68±4,58 мл) и низкие значения общего периферического сопротивления (1077,77±55,46 дин/сек/см) у спортсменов с гиперкинетическим типом кровообращения, что указывало на не экономное функционирование ССС.

Выводы. Своевременное выявление объективных маркеров перенапряжения ССС у спортсменов на этапах подготовки к соревнованиям способствует эффективному управлению тренировочным процессом и разработке программ профилактики ранних осложнений и быстрому восстановлению систем адаптации спортсменов.

711 СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Тарасов А.А., Скviренко Т.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Клинические состояния, являющиеся критериями выделенного в 2007 году L.Fabbri и K.Robe синдрома хронического системного воспаления (СХСВ), ассоциированы с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений.

Целью исследования явилась сравнительная клиническая оценка СХСВ среди больных ИБС и среди больных СД 2 типа, осложненным ангиопатией сосудов нижних конечностей и не имеющих клинических и инструментальных признаков ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 32 больных ИБС и 26 больных СД 2 типа без ИБС, страдающих клинически выраженной диабетической ангиопатией нижних конечностей. По гендерному составу группы достоверно не различались, средний возраст больных ИБС составил 63,7±2,1 лет, больных с СД– 61,6±1,5 лет. Выполнялась диагностика основных клинических форм ИБС с целью подтверждения диагноза заболевания, проводились дополнительные инструментальные и лабораторные исследования с целью диагностики осложнений СД, стратификации сердечно-сосудистого риска и для диагностики синдрома хронического системного воспаления (С-реактивный протеин количественным методом, ОФВ1, ЭхоКГ для оценки систолической и диастолической функции левого желудочка). Диагностика СХСВ проводилась в соответствии с критериями Fabbri L. и Rabe K. Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики.

Результаты. СХСВ нами отмечен среди 78,1% больных клинически выраженными формами ИБС, при этом почти четверть из них соответствовала 5-6 диагностическим критериям. При СД критериям СХСВ соответствовало 84,6% больных (p=0,532 в сравнении с ИБС), но наличие 5-6 критериев отмечено лишь у 3,8%. Все больные в группах соответствовали возрастному критерию СХСВ, но клинически значимое курение при ИБС имело место в 62,5% случаев, в то время как при СД лишь в 34,6% (p<0,05), снижение $ОФВ_1$ или симптомы ХОБЛ при ИБС встречались у 50% больных, при СД у 42,3%. Метаболический синдром при СД отмечался достоверно чаще (76,9%), чем при ИБС (46,9%), по частоте дисфункции левого желудочка и повышению уровня С-реактивного белка достоверных различий между группами не выявлено (53,8%, 59,4% и 30,8 и 31,3% соответственно).

Выводы. Таким образом, наибольший вклад в развитие СХСВ, помимо возраста, при ИБС вносит длительный анамнез по курению, в то время как при СД 2 типа ведущим фактором является метаболический синдром (абдоминальное ожирение), различия по частоте выявления которых при ИБС и СД достоверны. Нами не отмечено достоверных различий в частоте выявления СХСВ при ИБС и СД 2 типа. При ИБС ведущим диагностическим критерием СХСВ являлось клинически значимое курение, в то время как при СД 2 типа – метаболический синдром. Данная закономерность, по-видимому, отражает ведущее значение основных факторов риска в развитии этих заболеваний. В обеих группах нами также отмечена высокая частота дисфункции ЛЖ, имевшая место более чем у половины больных, что, по нашему мнению, является следствием наличия общих патогенетических механизмов в развитии сердечно-сосудистых осложнений при ИБС и СД 2 типа, осложненном ангиопатиями.

712 УМЕРЕННОЕ КОГНИТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ВЛИЯНИЕ НА ПАРАМЕТРЫ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА

Тарасова И.В., Трубникова О.А., Сырова И.Д., Куприянова Т.В., Барбараш О.Л.

УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

В последнее время проблема когнитивных расстройств при ишемической болезни сердца (ИБС) привлекает пристальное внимание исследователей. Нейрофизиологическая основа нарушений высших корковых функций при ИБС до сих пор остается неясной. Современные методы визуализации активности мозга, такие как многоканальная компьютерная энцефалография (ЭЭГ) позволяют выявлять и количественно оценивать эти нарушения.

Цель. Сравнительный анализ спектральной мощности ЭЭГ и когнитивных показателей у пациентов с ИБС с наличием и отсутствием умеренных когнитивных расстройств (УКР).

Материалы и методы исследования. Обследован 41 пациент, с верифицированным диагнозом ИБС (клиника и коронарография), все мужчины, правши. Когнитивный дефицит выявляли по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE), согласно которой количество баллов ниже 28 свидетельствует о наличии УКР. Состояние когнитивных функций оценивали также с помощью батареи лобной дисфункции (FAB), теста на цифровую последовательность (ТЦП), компьютеризированных методик на произвольное внимание и кратковременную память. По результатам MMSE были выделены две группы: ИБС без когнитивных нарушений (ГР1, n=21, MMSE балл – 26,1±0,85) и ИБС с УКР (ГР2, n=20, MMSE балл – 28,6±0,75). Возраст пациентов составил 56,3±4,92 и 57,1±5,90 лет, соответственно. Фоновая ЭЭГ с открытыми и закрытыми глазами регистрировалась монополярно в 62 отведениях системы 10-20 на электроэнцефалографе “NEUVO” (Compumedics, USA). Проводился спектральный анализ 30 безартефактных фрагментов ЭЭГ в частотной

полосе 0-50 Гц. Статистическую обработку данных выполняли с помощью параметрического t-критерия для независимых выборок.

Результаты исследования. Обнаружено, что ГР2 отличалась от ГР1 большей спектральной мощностью низкочастотных тета1 и 2 ритмов при закрытых и открытых глазах, а также большей мощностью бета1 ритма при открытых глазах ($p \leq 0,05$). Также в ГР2 наблюдались меньшие показатели теста FAB (15,9±1,37 и 16,7±1,00 балла, соответственно; p=0,035) и ТЦП (58,9±8,95 и 51,3±5,20 с, соответственно; p=0,005), худшие показатели произвольного внимания с большим временем реакции на согласованные (662,3±86,45 и 611,2±72,36 с; p=0,05) и конфликтные (790,2±106,07 и 719,8±85,76 с; p=0,03) сигналы.

Выводы. У пациентов с ИБС замедление ЭЭГ (увеличение спектральной мощности низкочастотных тета-диапазонов), ассоциированное с ухудшением состояния когнитивных функций, наблюдается уже на стадии УКР. Сходные изменения были ранее обнаружены у пациентов с деменцией альцгеймеровского типа разного генеза. Полученные данные подтверждают целесообразность использования методов количественной ЭЭГ для раннего выявления и профилактики когнитивных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

713 ИЗМЕНЕНИЕ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Тарзиманова А.И., Подзолков В.И., Ульянов П.А.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Изучить изменение инотропной функции миокарда у больных с рецидивирующей формой фибрилляции предсердий (ФП) при лечении пропафеноном, соталолом и амиодароном.

Методы. В исследование включено 32 пациента (15 (47%) мужчин и 17 (53%) женщин) с рецидивирующей формой ФП в возрасте от 41 до 54 лет. ИБС была диагностирована у 9 (28%) больных, 23 (72%) пациента страдали артериальной гипертензией (АГ). Для удержания синусового ритма все больные получали антиаритмическую терапию: 11 (34%) пациентов принимали пропафенон 450 мг в сутки (I группа); 10 (32%) больных использовали соталол 240 мг в сутки (II группа) и 11 (34%) больных принимали амиодарон 200 мг в сутки (III группа). Эффективность антиаритмической терапии оценивалась через 3, 6 и 12 месяцев от начала лечения при проведении 24-часового мониторирования ЭКГ по Холтеру. Для оценки состояния инотропной функции миокарда всем больным проводилась равновесная радионуклидная вентрикулография (РРВГ) с помощью гамма-камеры BASICAM (фирма “Siemens”, ФРГ) и отечественной системы сбора и обработки данных фирмы “Рада Голд+”. Первичное исследование выполнялось в первые трое суток после восстановления синусового ритма, повторная РРВГ проводилась через 12 месяцев лечения только пациентам с синусовым ритмом.

Результаты. В первые сутки после восстановления синусового ритма у всех больных с рецидивирующей формой ФП были диагностированы изменения диастолической функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) и уменьшением показателя вклада левого предсердия (ЛП). Через 12 месяцев лечения синусовый ритм сохранили 8 (72%) больных I группы, 6 (60%) пациентов II группы и 9 (82%) больных III группы. При повторном исследовании отмечалось достоверное увеличение максимальной скорости наполнения ЛЖ и увеличение вклада левого предсердия во всех трех группах ($p<0,05$).

Выводы. Сохранение синусового ритма в течение 12 месяцев способствует восстановлению сократимости предсердий и улучшению показателей диастолической функции миокарда левого желудочка. Прием антиаритмической терапии не ухудшает показатели инотропной функции миокарда.

714 СВЯЗЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТ-РЕДУКТАЗЫ

Тарлыков П.В.[1], Жолдыбаева Е.В.[1], Акильжанова А.Р.[1], Джолдасбекова А.У.[2], Бекмурза А.Б.[2]

[1]Национальный Центр Биотехнологий МОН РК, Астана, Казахстан; [2]Национальный Научный Медицинский Центр РК, Астана, Казахстан

До настоящего времени уровень заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) находится на первом месте среди других известных причин. Наряду с уже известными факторами риска ИБС в настоящее время большое внимание уделяется роли гомоцистеина в увеличении риска развития острых коронарных событий.

Уровень гомоцистеина регулируется скоростью его превращения в метионин или цистеин с помощью двух соответствующих ферментов– метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР) и цистатионин-β-синтазы (ЦБС). В гене МТГФР описан полиморфизм С677Т. Замена нуклеотида цитозина на тимин в положении 677 приводит к замене аминокислоты валина на аланин в соответствующем кодоне белка, что делает фермент МТГФР термолабильным и снижает его активность примерно на 35%. У гетерозигот по данной мутации, т. е. у носителей аллеля С и аллеля Т, в крови обычно определяется умеренно повышенный уровень гомоцистеина, причем гипергомоцистеинемия значительно нарастает при гомозиготном (два аллеля Т).

В этой связи нами была поставлена цель – изучить частоту полиморфизма С677Т гена метилентетрагидрофолатредуктазы у больных с ИБС казахской национальности и сопоставить эти данные с уровнем гомоцистеина плазмы крови.

Методы исследования. Собрано 80 образцов венозной крови у представителей казахской популяции с диагнозом ИБС. Из них женщин – 9, мужчин – 71. Возрастной интервал – от 34 до 75 лет (средний возраст 55 лет). Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов крови набором Wizard Genomic DNA Purification kit (Promega). Далее, с образцами выделенной ДНК проводили амплификацию с аллель-специфичными праймерами. Прямое секвенирование продуктов проводили с помощью набора BigDye® Terminator v3.1 Cycle Sequencing Kit на ДНК Анализаторе 3730xl, Applied Biosystems, USA. Уровень гомоцистеина в плазме крови определялся ИФА методом. Концентрация гомоцистеина считалась высокой при значениях больше 12 мкмоль/л. В зависимости от уровня гомоцистеина все больные были разделены на две группы: <12 мкмоль/л и > 12 мкмоль/л – гипергомоцистеинемия.

Результаты анализа позволили сделать заключение о наличии нормальной гомозиготы, гетерозиготы или мутантной гомозиготы. В результате у больных с нормальным уровнем гомоцистеина частота генотипов С677Т МТГФР СС, СТ, ТТ составила 48,2%, 46,4% и 5,4%, соответственно; в то время как у больных с повышенным уровнем гомоцистеина: 29,2%, 54,2% и 16,6%, соответственно. При сравнении частот генотипов в двух группах выявлена тенденция к увеличению частоты мутантного генотипа ТТ в группе больных с гипергомоцистеинемией ((χ^2 = 4,0963, p=0,1290). Необходимы дальнейшие исследования с увеличением количества выборки для уточнения ассоциативной взаимосвязи генотипа МТГФР и гомоцистеина в патогенезе ИБС.

715 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ФАКТОРЫ РИСКА У ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ МУЖЧИН

Татарова З.И., Эльгаров А.А.

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

Цель: изучить частоту ишемической болезни сердца (ИБС) и факторов риска (ФР) атеросклероза среди пенитенциарных мужчин для разработки лечебно-профилактических и образовательных мероприятий.

Материал и методы. Обследованы 986 пенитенциарных мужчин в возрасте 21-69 лет с использованием стандартных эпидемиологических методов и унифицированных критериев оценки ФР (ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, ВОЗ). По возрасту наблюдаемые лица распределились: 9,1% 21-30 лет, 24,2% 31-40, 35,2% 41- 50, 25,3% 51-60 и 6,2% 61-65 лет. Скрининг включал в себя выяснение анамнеза, привычек курения (К) и злоупотребления алкоголя (А), низкой физической активности (НФА), избыточной массы тела (ИМТ); использование стандартного опросника ВОЗ (стенокардия напряжения, перенесенный "возможный инфаркт миокарда"), двухкратное измерение артериального давления (АД), запись ЭКГ в 12-и отведениях у 20%-й выборки с последующим анализом по Миннесотскому коду (в т.ч. выявление признаков гипертрофии левого желудочка, ГЛЖ), исследование липидного обмена (20%-я выборка) – выявление дислипопротеидемий (ДЛП). Оценка величин АД проводилась согласно критериям ВОЗ, МОАГ (1999). Артериальная гипертония (АГ) регистрировалась при определении цифр выше 140/90 мм рт.ст. ЭКГ-изменения классифицировались в соответствии с Миннесотским кодом. ИМТ регистрировалась после определения индекса массы тела по отношению веса (в кг) к росту ($м^2$). Масса тела считалась избыточной, если ИнМТ был не менее 29,0 $кг/м^2$.

Результаты: впервые установлена частота артериальной гипертонии (АГ, 49,8%), низкой физической активности (НФА,89,2%), курения (К, 100,0%), употребления алкоголя (96,9%), в т.ч. злоупотребления (33,6%) до осуждения, дислипидемий (56,5%), тревоги (49,5%) и депрессии (39,5%), избыточной массы тела (ИМТ, 21,9%), а также эпидемиологических вариантов ИБС (29,8%) среди обследованных мужчин. О наличии АГ были информированы лишь 12,5%, абсолютное большинство из которых не лечились, а среди получавших лечение целевые уровни АД не достигнуты ни в одном случае. Сочетание двух ФР (К и НФА) отмечено у 98,3%, трех (К, НФА, ИМТ) – у 75,0% мужчин, четырех (К, употребление алкоголя, НФА, нарушения обмена липидов) – у 38,6%. Кроме этого, о наличии ИБС не знал никто, хотя боли в области сердца, перебои и сердцебиение отмечали 24,9% из числа лиц с диагностированными формами стенокардии. Установлена связь частоты ИБС, АГ и других ФР от возраста с максимальными их уровнями среди 45-60-летних пенитенциарных мужчин.

Выводы. Среди осужденных мужчин выявлена высокая частота ИБС и традиционных ФР атеросклероза, что позволило сформировать проект медико-психологического мониторинга, содержание лечебно-оздоровительных и образовательных мероприятий с целью предупреждения основных сердечно-сосудистых заболеваний, а также лечения больных в учреждениях исполнения наказания.

716 ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Татарченко И.П., Петрушин И.А., Позднякова Н.В., Брилль Г.Е., Морозова О.И.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель исследования: оценить динамику диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ) и показателей электрической нестабильности сердца у больных с диастолической сердечной недостаточностью до и через 1 год после реваскуляризации миокарда (РМ).

Материал и методы: 54 пациента с реваскуляризацией инфарктзависимых коронарных стенозов, с сохраненной систолической функцией. Средний возраст больных – 57,9±6 лет. Комплекс обследования: эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, оценка турбулентности ритма сердца (ТРС), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) и временной реполяризации желудочков (QT_c, QT_d), сигнал-усредненная ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ).

Результаты: отмечено уменьшение степени тяжести ДД ЛЖ, соответственно, до и в позднем периоде после операции: рестриктивный тип (III тип) ДД ЛЖ – в 13 и 2 наблюдениях, псевдонормальный (II тип) – в 19 и 10 наблюдениях. Тип аномальной релаксации (I тип) регистрировался исходно у 22 больных, после РМ – у 42 пациентов. Улучшение состояния у наблюдаемых подтверждено достоверным снижением среднего балла по Миннесотскому опроснику (MLHFQ): с 28,0±3,5 до 16,5±1,5 баллов. Отсутствие динамики ДД ЛЖ у отдельных пациентов связываем с неполной коррекцией артериальной гипертензии, избыточной массой тела, увеличенным диастолическим размером ЛЖ. Исходно частота ППЖ по группе составляла 39%. После РМ у больных ИБС уменьшились HF QRS-Dauer на 17,2% и LAH Fd на 21%, возросла RMS 40 на 29%, $p<0,05$; нормализация конечной части фильтрованного комплекса QRS отмечена у 26% пациентов (в 66,7% случаев от числа больных с исходно замедленной фрагментированной активностью). Улучшение показателей СУ-ЭКГ связываем с уменьшением негомогенности электрофизиологических свойств миокарда вследствие улучшения коронарной перфузии (уменьшение суточной ишемии миокарда (СИМ) от 37,2 ± 3,3 мин до 10,3 ± 2,1мин). Выявлена положительная динамика количественных значений ТРС исходно и после РМ, соответственно, начало турбулентности (ТО) более 0% – от 62% до 28% больных, при наклоне турбулентности (TS) менее 2,5мс/RR – от 54% до 24%, $p<0,05$. Установлена связь нарушения ТРС с ФВ ЛЖ – $r= -0,49$ ($p=0,03$), с индексом конечного диастолического объема – $r=0,51$ ($p=0,02$), с индексом массы миокарда ЛЖ – $r=0,45$ ($p=0,04$). Отмечена взаимосвязь ТО с количеством пораженных коронарных артерий по данным коронароангиографии ($r=-0,482$, $p=0,04$); TS с показателями ВРС: SDNN ($r=0,41$, $p=0,02$) и LH/HF ($r =0,332$, $p=0,02$). Улучшение перфузии миокарда после реваскуляризации сопровождалось положительной динамикой показателей временной реполяризации желудочков: уменьшение QT_d на 16,4%, QT_c на 18%. Абсолютные значения ТО достоверно коррелировали с QT_d ($r=0,349$, $p=0,04$).

Таким образом, комплексное изучение показателей ТРС и ВРС, анализ поздних потенциалов сердца и реполяризации желудочков позволяет оценить эффективность оперативных вмешательств. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии реваскуляризации на динамику показателей электрической нестабильности миокарда при улучшении диастолической функции левого желудочка.

717 ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Татарченко И.П., Морозова О.И., Осипова В.В., Зайцева А.В., Молокова Е.А., Рублева Е.В.

ГОУ ДПО "ПИУВ Росздрава", МУЗ "ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина", Пенза, Россия

Цель. Оценить характер ишемии миокарда у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы: В исследование включены 118 больных с ИБС, стенокардией напряжения II – III ФК (53 мужчины и 65 женщин в возрасте 52±6,1 лет. Из них инфаркт миокарда давностью более 1 года перенесли 34 пациента (первая группа). У 84 человек (вторая группа) отсутствовал в анамнезе инфаркт миокарда. Всем больным проводилось ХМ ЭКГ на аппарате "ДМС, передовые технологии", Россия. Анализ ишемии включал оценку частоты встречаемости болевой (БИМ) и безболевой (ББИМ) ишемии миокарда.

Полученные результаты. Характерно, что в обеих группах больных при ХМ ЭКГ наиболее часто регистрировалось сочетание болевой и безболевой ишемии миокарда. Изолированные

формы болевой и безболевой ишемии встречались сравнительно реже.

Среди больных с постинфарктным кардиосклерозом у 15 (44,1%) пациентов были обнаружены эпизоды безболевой ишемии миокарда. Ещё у 23 (67,64%) человек из первой группы обследованных эпизоды болевой ишемии сочеталась с безболевыми эпизодами. Только 6 (17,6%) больных с постинфарктным кардиосклерозом имелась изолированная болевая ишемия. У 5 (14,7%) человек по данным ХМ ЭКГ не фиксировалась ишемическая депрессия сегмента ST. Для ББИМ максимальная глубина ишемической депрессии сегмента ST составляла -0,21 ±0,04 мВ, а средняя глубина депрессии сегмента ST -0,14±0,01 мВ. Для БИМ максимальная глубина ишемической депрессии сегмента ST равнялась -0,24±0,03 мВ, а средняя глубина депрессии сегмента ST -0,15±0,01 мВ.

Во второй группе обследованных безболевая ишемия миокарда диагностировалась у 20 (16,7%) больных, сочетание болевой и безболевой ишемии миокарда встречалось у 42 (35,7%) больных, только болевая ишемия – у 11 (13,1%) больных, в 29 (34,5%) случаях ишемические изменения на ХМ ЭКГ отсутствовали. Полученные результаты свидетельствуют о том, что после инфаркта миокарда безболевая ишемия миокарда встречается на 5,3% чаще, а болевая ишемия – на 12,9% чаще, чем у больных, не перенесших инфаркт миокарда. В группе больных без инфаркта миокарда в анамнезе максимальная глубина ишемической депрессии сегмента ST составляла -0,19±0,04 мВ, а средняя глубина депрессии сегмента ST -0,13±0,01 мВ для ББИМ. Для БИМ максимальная глубина ишемической депрессии сегмента ST равнялась -0,22±0,03 мВ, а средняя глубина депрессии сегмента ST -0,14±0,01 мВ.

Выводы. Большая частота встречаемости ишемии, особенно ББИМ у постинфарктных больных позволяет предположить, что развитие постинфарктного кардиосклероза играет роль в нарушении иннервации миокарда и снижении болевой чувствительности сердечной мышцы. Кроме этого отмечается большая глубина ишемической депрессии сегмента ST при ББИМ и БИМ у постинфарктных больных, что свидетельствует о большей выраженности ишемии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

718 СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Татарченко И.П., Морозова О.И., Зайцева А.В., Молокова Е.А.
ГОУ ДПО “ПИУВ Росздрава”, МУЗ “ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина”, Пенза, Россия

Цель исследования: сравнить взаимосвязь параметров ишемии и интервала QT при болевой и безболевой ишемии миокарда (БИМ и ББИМ).

Материалы и методы исследования. В ходе исследования под наблюдением находились 39 больных с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II – III ФК (16 мужчин и 23 женщины в возрасте 54,6±7,3 лет). Из них у 22 человек по данным ХМ ЭКГ диагностировались эпизоды изолированной ББИМ, у 17 человек – эпизоды изолированной БИМ. Всем больным проводилось ХМ ЭКГ на аппарате “ДМС, передовые технологии”, Россия. Проводилась оценка интервала QT и корригированного интервала QT (QTc). Анализ ишемии миокарда включал оценку частоты встречаемости БИМ и ББИМ, количества и продолжительности ишемических эпизодов, глубины ишемической депрессии сегмента ST.

Полученные результаты. В результате анализа параметров QT интервала у больных с эпизодами болевой и безболевой ишемии миокарда было выявлено, что при ББИМ значения QT и QTc несколько выше, чем при БИМ и составляют 467,2±29,9 мс и 452,8±12,1 мс соответственно. У больных с БИМ показатели QT и QTc равнялись соответственно 450±49,6 мс и 438±41,3 мс (td = 2,54; p<0,05). Обращает на себя внимание то, что повышенные значения QTc встречались при ББИМ в 68,2% случаях, что на 15,3% чаще, чем при БИМ (52,9% случаев).

При анализе корреляционных взаимосвязей между параметрами ББИМ и QT интервалами была установлена достоверная прямая корреляционная взаимосвязь между QTc и суточным числом безболевых эпизодов (r = 0,48; td = 2,28; p<0,05), т. е. чем чаще возникали эпизоды ББИМ, тем большей была продолжительность QT интервала. Достоверная обратная корреляционная взаимосвязь прослеживалась между QTc и максимальной глубиной безболевой депрессии сегмента ST (r = -0,59; td = 2,95; p<0,01), а также средней глубиной безболевой депрессии сегмента ST (r = -0,52; td = 2,51; p<0,01), между QT и максимальной глубиной безболевой ишемической депрессии сегмента ST (r = – 0,59; td = 2,95; p<0,05). Полученные данные свидетельствуют о том, что ББИМ носит менее тяжёлый характер при нормальных значениях интервала QT. В сравнении с ББИМ при БИМ взаимосвязь параметров ишемии с параметрами QT интервала была менее выражена. Была установлена достоверная прямая корреляционная взаимосвязь между QTc и суточным числом эпизодов ишемии (r = 0,53; td = 2,2; p<0,05), обратная корреляционная взаимосвязь между QTc и максимальной глубиной депрессии сегмента ST (r = -0,49; td = 1,98; p<0,05).

Вывод. Таким образом, при ББИМ патологические значения параметров QT интервала встречаются чаще, чем при типичной болевой форме ИБС. Это свидетельствует о повышенном риске неблагоприятного прогноза, в частности, внезапной сердечной смерти в результате развития жизнеопасных нарушений ритма у больных с бессимптомной миокардиальной ишемией.

719 ВЛИЯНИЕ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Ташкеева Ю.В., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А., Мусихина Н.А., Савчук Т.Е.
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Кратковременная ишемизация верхней конечности ассоциируется с ограничением очага некроза миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом, что может быть обусловлено защитными механизмами ишемического дистантного прекондиционирования миокарда (ДП).

Цель исследования. Оценка влияния ДП на биохимические маркеры эндотелиальной дисфункции у здоровых добровольцев.

Материалы и методы. В исследование было включено 11 здоровых лиц (средний возраст 37,0±3,0 года, 5 мужчин). ДП индуцировалось с помощью трехкратного раздувания манжетки для измерения артериального давления до 200 мм рт.ст. (на 5 минут с пятиминутным интервалом). Непосредственно до и через 2 минуты после раздувания проводился забор крови на биохимическое исследование. Определяли: уровни нитритов, высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ), эндотелина-1; активность агрегации тромбоцитов: начальный показатель агрегатного состояния крови (An), период реакции (r), интенсивность спонтанной агрегации тромбоцитов (Ar); активность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), гидроперекиси липидов и близких к ним диеновых коньюгатов (ДК) полиненасыщенных жирных кислот, вторичных продуктов ПОЛ – малоновый диальдегид (МДА) и шифовые основания (ШО).

Результаты. Отмечена удовлетворительная переносимость процедуры у всех исследуемых. Уровень эндотелина -1 в плазме крови увеличился на 54,3% (с 0,66±0,06 до 1,51±0,36 ЕД, p=0,013), отмечена тенденция к уменьшению нитритов (с 4,64±0,89 до 2,52±0,89 ЕД, p=0,05). Не изменились уровни СРБ (1,36±0,27 и 1,30±0,26 ммоль\л, p=0,953), An (71,18±1,87 и 73,1±2,4 Ед, p=0,723), r (7,68±1,62 и 6,21±1,37Ед, p=0,220); Ar (4,45±1,65

и 3,91±0,76Ед, p=0,354), не наблюдалось активации ПОЛ (ДК 28,16±20,86 и 145,14±20,46 нмоль\мл, p=0,207; ШО 0,07±0,009 и 0,084±0,015нмоль\мл, p=0,207; МДА 2,02±0,60 и 2,14±0,58 нмоль\мл, p=0,753).

Выводы. Моделирование ДП с помощью кратковременной ишемизации верхней конечности ассоциируется с увеличением уровня нитритов и снижением концентрации эндотелина–1 в плазме крови, что может быть предположительно связано с гуморальными механизмами кардиопротективного эффекта ДП. Нами не выявлено влияния ДП на уровень СРБ, агрегационную активность тромбоцитов и активность процессов ПОЛ.

720 РОЛЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ташкенбаева Э.Н., Аляви А.Л., Юсупов Ш.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, СамГосМИ, Самарканд, Узбекистан

В последние годы в клинических исследованиях установлено прямое влияние гиперурикемии (ГУ) на сосудистый эндотелий с индукцией его генерализованной дисфункции, что объясняет механизм участия мочевой кислоты (МК) в кардиоренальных взаимодействиях и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), это обосновывает включение в комплекс лечебных мероприятий препаратов регулирующих уровень МК в организме больных с ССЗ.

Цель исследования. Оценка уровня МК в функциональной взаимосвязи с NO в крови, при терапии больных ИБС с назначением аллопуринола и Гепа-Мерц.

Материалы и методы. В исследование включены 73 больных (41 мужчин и 32 женщины) возрасте от 38 до 65 лет (средний возраст 55,6±4,8 года) с диагнозом ИБС со стабильной стенокардией (СС) II-III функционального класса. Диагноз СС устанавливали на основании общепринятых критериев: наличие приступов в грудной клетке в покое и при физической нагрузке, данных ЭКГ, доплер-ЭхоКГ. В мембранах эритроцитов определяли уровень стабильных метаболитов NO_x, Эндотелиальную синтазу NO (eNOS), НАДФН-нитратредуктазу (НР), пероксинитрита. Больные были распределены на три группы: 1-ю составили 23 пациента, которые получали стандартную терапию; 2-ю и 3-ю группу, составили по 25 пациентов, которым назначали в курс стандартного лечения, соответственно – аллопуринол по 0,1 г/сут и/или препарат Гепа-Мерц.

Результаты и обсуждение. До проводимого лечения у больных СС по сравнению с контролем отмечено выраженное увеличение в крови МК – на 31,5% (P<0,001) и креатинина – на 41,7% (P<0,001), на фоне сохранения СКФ и экскреции с мочой МК. Одновременно выявлено высокий уровень в крови глюкозы, который превышал данные в контроле на 44,2% (P<0,001). Анализ полученных результатов наблюдений показал, что в мембранах эритроцитов уровень стабильных метаболитов NO_x оказался значительно ниже контрольных данных – на 32,5% (P<0,001), что можно полагать было связано с угнетением активности eNOS – на 50,3% (P<0,001), экспрессией активности НР – на 137,9% (P<0,001) и чрезмерно высоким содержанием пероксинитрита ($ONOO^-$) – 160,1% (P<0,001). Чтобы обосновать важность ГУ в механизмах развития эндотелиальной дисфункции у больных СС, нами проведен корреляционный анализ между уровнем МК крови и показателями, характеризующие состояние NO-системы в мембранах эритроцитов. При этом до проводимого лечения повышенный уровень МК коррелировал со снижением NO_x (r=-0,73, P<0,001) и eNOS (r=-0,84, P<0,001), высокой активностью НР (r=+0,96, P<0,001) и содержанием $ONOO^-$ (r=+0.98, P<0,001). Следовательно, высокий уровень МК крови является важным фактором эндотелиальной дисфункции и развития СС.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что аллопуринол и в большей степени Гепа-Мерц достоверно снижает уровень в крови МК, который является одной из основных причин выраженного нарушения эндотелиальной дисфункции, развития СС. Кроме того, аллопуринол и Гепа-Мерц увеличивают СКФ и выведения из организма МК, способствует уменьшению в крови глюкозы, что имеет принципиальное значение при лечении больных с МС.

721 ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Тектова А.С., Стрюк Р.И., Бернс С.А.

ГОУ ВПО “Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава”, Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на существенный прогресс в понимании патогенетических механизмов возникновения инфаркта миокарда (ИМ), остается много спорных вопросов. В частности, недостаточно изучены на сегодняшний день изменения процессов периферической микроциркуляции у больных в различные сроки ИМ.

Цель исследования. Изучение особенностей периферической микроциркуляции у больных с разными клиническими вариантами инфаркта миокарда.

Материалы и методы. В настоящее исследование было включено 48 больных ИМ в возрасте от 42 до 81 года (средний возраст – 63,56±10,24 года). Женщины составили 33,3% (n=16), мужчины – 66,7% (n=32). Все пациенты получали стандартную антиангинальную, дезагрегантную и аникоагулянтную терапию. В первые, четвертые сутки и перед выпиской из стационара всем пациентам проведено исследование микроциркуляции (МЦ) лазерным анализатором микроциркуляции крови компьютеризированным “ЛАКК – 02” в покое, а также во время окклюзионной пробы. Оценивались показатель МЦ (ПМ), коэффициент вариации (Kv), характеризующий соотношение изменчивости перфузии к средней перфузии (ПМ) в зондируемом участке тканей. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы Statistica 7.0.

Результаты. Пациенты были разделены на две группы: с элевацией (I группа) и без элевации (II группа) сегмента ST на электрокардиограмме. В I исследуемую группу включены 37 пациентов (70%), во II – 11 (30%). ПМ у пациентов I группы на вторые сутки был недостоверно ниже (p>0,05) аналогичного показателя у пациентов II группы: 26,4±8 перфузионных единиц (ПЕ) против 28,3±7,87 ПЕ. На четвертые сутки заболевания ПМ составил 23±10,3 и 28,7±8,9 ПЕ, соответственно (p>0,05). При выписке из стационара ПМ недостоверно повысился у пациентов I группы до 25,9±10,1 ПЕ, в то время как у пациентов II группы – снизился до 24,5±7,2 ПЕ (p>0,05). Kv у пациентов I группы на разных сроках наблюдения составил 9,4±5,1 ПЕ, 13,8±10,3 ПЕ и 11,1±6,5 ПЕ, соответственно, в то время как у пациентов II группы – 7,4±3,2 ПЕ, 7,4±3,3 ПЕ и 7,6±4,7 ПЕ, соответственно. Максимальные значения Kv отмечались у пациентов с элевацией сегмента ST на 4 сутки ИМ, минимальные – у пациентов без элевации сегмента ST. Достоверные различия получены между показателями Kv при выписке (p<0,05).

Выводы. Для ИМ без элевации ST характерны более стабильные значения показателей МЦ, в то время как при ИМ с элевацией сегмента ST показатели МЦ резко меняются на четвертые сутки наблюдения (снижение ПМ и повышение Kv), что может свидетельствовать о включении активных механизмов регуляции сосудистого тонуса.

722 ПОКАЗАТЕЛЬ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ 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 показателя субэндокардиальной перфузии миокарда у пациентов с ИБС при различной степени поражения коронарных артерий.

Ишемическая болезнь сердца является одной из основных причин летальности при сердечно-сосудистой патологии. В настоящее время все больше актуальность приобретает исследования показателей центральной гемодинамики при ИБС, такие как, индекс аугментации, индекс перфузии миокарда (SEVR) и др., которые нередко рассматривают как диагностический маркер изменений, происходящие в артериях. Как известно, субэндокардиальные структуры является более чувствительным к нарушению кровоснабжения чем субэпикардиальные. Buckberg и др., демонстрировали что отношение диастолической фазы (диастолический индекс времени давления: DPTI) к систолической фазы (индекс напряженности времени: TTI) в центральном аортальном профиле имеет близкую корреляцию с субэндокардиальным кровоснабжением. Это отношение определяется как внутрисердечное отношение жизнеспособности миокарда: SEVR (DPTI/TTI).

Материалы и методы. В простое нерандомизированное исследование были включены 74 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/м2. Все пациенты ранее перенесли от 1 до 3 инфарктов миокарда. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в среднем составила 58,3±1,7%, ФК ХСН – 1,2±0,1 (ОССН).

Пациентам выполнялась эхокардиография на аппарате ACUSON 128XP10 (США); селективная коронарография (КАГ) на ангиографической установке фирмы "BICOR-TOP" ("SIEMENS", Германия); аппланационная тонометрия (для расчета индекса Buckberg (SEVR,%)) проводилась на аппарате "SphygmoCor" ("AtCor", Австралия); Данные представлены в виде M±m (при нормальном распределении), или Медиана [25 процентиль; 75 процентиль]. Применялся коэффициент корреляции Пирсона (при нормальном распределении), дополнительно коэффициент Спирмена. Статистическая значимость при $p<0,05$.

Результаты: 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. Значительно низкие значения SEVR были у пациентов с высоким ЧСС. С учетом выявленной закономерности, все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с ЧСС ≤ 60 уд в минуту (среднее ЧСС-54,1±0,6 уд в мин) (n=42), во вторую группу вошли пациенты с ЧСС ≥ 60 уд в минуту (среднее ЧСС 68,8±0,5 уд в мин) (n=32). В 1 группе SEVR (197,8±4,4% и более), во второй группа SEVR (SEVR: 160,5±2,5% и менее). Выявлена абсолютная обратная корреляционная связь ЧСС и SEVR ($r=-0,62,-0,67$ $p<0,01$) как в первой, так и во- второй группах.

Однако, различная степень поражения коронарных артерий, не выявляла достоверных изменений показателя субэндокардиальной перфузии миокарда.

Выводы. Полученные результаты продемонстрировали, что урежение ЧСС, вызывает уменьшение потребности миокарда в кислороде, улучшению коронарной перфузии и вероятно связано с удлинением диастолы.

723 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Тимофеева Т.Н., Баланова Ю.А., Константинов В.В., Капустина А.В., Лельчук И.Н., Деев А.Д., Колтунов И.Е.
ФГУ "ГНИЦПМ" Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность и динамику факторов риска и хронических неинфекционных заболеваний среди населения России.

Методы исследования. Представлены результаты обследования населения в 2003-2004 и 2009-2010гг. в рамках Федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ". Численность выборок составила 30 834 и 11 340 человек соответственно, с откликом не менее 80%. Средний возраст обследованных составил 41,1 лет при первом обследовании и 43,6 лет – при втором. Низкое или среднее образование при первом обследовании имели 72% лиц, при втором их доля уменьшилась до 69,1%.

Полученные результаты. Распространенность АГ среди населения РФ составляет 39,7%, выше среди женщин – 40,5% vs 38,0% среди мужчин. За истекшее время частота АГ не изменилась. Самая высокая распространенность АГ наблюдается в Читинской области, где этот показатель возрос с 43,5% при первом обследовании до 46,4% – при втором. Напротив, в Башкортостане, распространенность АГ была ниже и составила 36% при первом обследовании и 30% –при втором.

Распространенность ИБС среди населения в целом в 2009-10гг составила 12,9%, выше, чем в 2003-04гг – 11,9% ($p<0,01$). Более низкая частота ИБС наблюдалась в Республике Башкортостан и Белгородской области: 9,8% и 12,2% соответственно, более высокая – в Читинской области: 20,7%.

Распространенность сахарного диабета (СД) в целом также возросла: с 3,0% в 2003-04гг до 4,3% ($p<0,001$)– в 2009-10гг. Так, в Астраханской области этот показатель увеличился с 2,9% до 7,2%, напротив, в Башкортостане распространенность СД снизилась с 3,7% до 2,4%, соответственно.

За истекший период снизились как частота поражений почек (с 7,1% до 4,0%, $p < 0,001$), так и инсультов (с 9,9% до 5,1%, $p<0,001$).

Распространенность ожирения в целом не изменилась: 16% и 15,7% при первом и втором обследовании соответственно. Чаще ожирение наблюдалось среди женщин: 19,9% vs 9,7% у мужчин и 19,5% vs 8,7%, соответственно, при первом и втором обследованиях. Распространенность ожирения в Башкортостане, оставаясь ниже, чем в среднем по России, за истекший период возросла более, чем в 4 раза: с 3% до 13,6%. Противоположная ситуация наблюдается в Белгородской области, где распространенность ожирения, даже снизившись с 20,7% до 16,2%, остается выше, чем в целом в России.

В целом в России доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, снизилась с 2,2% при первом обследовании до 1,7% – при втором. Чаще злоупотребляют алкоголем мужчины в сравнении с женщинами: 3,5% vs 1,3% при первом обследовании и, соответственно, 3% vs 0,8%– при втором.

Выводы. За время проведения программы частота АГ среди населения не изменилась, однако уменьшилось число инсультов и тяжелых поражений почек. К сожалению, распространенность ИБС и СД увеличилась.

724 ВЛИЯНИЕ КВИНАПРИЛА НА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС И ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г.[1], Канорский С.Г.[2]
[1]МУЗ ГБ №2 "КМЛДО", Краснодар, Россия. [2]Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель. Определить эффективность терапии ингибитором ангиотензин-превращающего фермента квинаприлом ХСН I функционального класса (ФК) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадий на базе оценки его влияния на регуляторно-адаптивный статус (РАС).

Методы исследования. В исследовании участвовало 47 пациентов с ХСН I ФК на фоне ГБ I-II стадий. Из них 25 мужчин и 24 женщины, возраст 52,5±1,4 года, которым назначался квинаприл (аккупро, фирмы Pfizer, в дозе 17,3±4,7 мг/сутки). Исходно и через 6 месяцев терапии проводились проба СДС на аппарате РНС МИКРО (Россия) для количественной оценки РАС, отражающая взаимодействие двух важнейших функций вегетативного обеспечения – сердечной и дыхательной, с анализом исходной частоты сердечных сокращений (ЧСС), минимальной и максимальной границ диапазона синхронизации, диапазона синхронизации, длительности развития СДС на минимальной и максимальной его границах, индекса РАС (индекс РАС = диапазон синхронизации/длительность развития СДС на минимальной границе × 100), при этом индекс РАС>100, РАС высокий, 95-50 – хороший, 49-25 – удовлетворительный, 24-10 – низкий, <9 – неудовлетворительный; эхокардиография (ЭХОКГ) на ультразвуковом аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония) с анализом конечного диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ), толщины задней стенки (ЗС) ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), фракции выброса (ФВ) ЛЖ, передне-заднего размера левого предсердия (ЛП), скорости трансмитральных диастолических потоков Е (V_E) и А (V_A), их отношение (Е/А), время замедления трансмитрального диастолического потока Е (DT_E), время изоволюметрического расслабления (IVRT). Обработка данных по Монцевичюте-Эрингене с расчетом средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. При выполнении пробы СДС достоверно увеличивались минимальная (на 8,1%) и максимальная (на 10,6%) границы диапазона синхронизации, диапазон синхронизации (на 27,3%), индекс РАС (на 41,4%), уменьшались длительность развития СДС на минимальной (на 15,8%) и максимальной (на 16,8%) границах, существенно не изменялась исходная ЧСС; в результате проведенной ЭХОКГ достоверно увеличивались ФВ ЛЖ (на 3,5%), V_E (на 8,5%), Е/А (на 15,7%); уменьшались КДР ЛЖ (на 2,6%), толщина ЗС ЛЖ (на 4%) и МЖП (на 3,7%), V_A (на 10,5%), IVRT (на 13,4%); существенно не изменялись передне-задний размер ЛП, DT_E.

Выводы. Доказано, что при проведении пробы СДС расширение диапазона синхронизации и укорочение времени его развития на минимальной и максимальной границах, увеличение индекса РАС свидетельствуют об улучшении регуляторно-адаптивных возможностей организма. В нашем исследовании указанные изменения продемонстрировали позитивную динамику РАС, а так же улучшение структурных и функциональных свойств сердца пациентов с ХСН I ФК на фоне ГБ I-II стадий.

725 ВЛИЯНИЕ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТА НА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС И ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Трегубов В.Г.[1], Канорский С.Г.[2]

[1]МУЗ ГБ №2 "КМЛДО", Краснодар, Россия. [2]Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель. Определить эффективность терапии бета-адреноблокатором метопролола сукцинатом ХСН I функционального класса (ФК) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадий на базе оценки его влияния на регуляторно-адаптивный статус (РАС).

Методы исследования. В исследовании участвовал 51 пациент с ХСН I ФК на фоне ГБ I-II стадий. Из них 30 мужчин и 21 женщина, возраст 52,6±1,4 года, которым назначался метопролола сукцинатом замедленного высвобождения (беталок ЗОК фирмы "AstraZeneca", Швеция, в дозе 78,1±5,7 мг/сутки). Исходно и через 6 месяцев терапии проводились проба СДС на аппарате РНС МИКРО (Россия) для количественной оценки РАС, отражающая взаимодействие двух важнейших функций вегетативного обеспечения – сердечной и дыхательной, с анализом исходной частоты сердечных сокращений (ЧСС), минимальной и максимальной границ диапазона синхронизации, диапазона синхронизации, длительности развития СДС на минимальной и максимальной его границах, индекса РАС (индекс РАС = диапазон синхронизации/длительность развития СДС на минимальной границе × 100), при этом индекс РАС>100, РАС высокий, 95-50 – хороший, 49-25 – удовлетворительный, 24-10 – низкий, <9 – неудовлетворительный; эхокардиография (ЭХОКГ) на ультразвуковом аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония) с анализом конечного диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ), толщины задней стенки (ЗС) ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), фракции выброса (ФВ) ЛЖ, передне-заднего размера левого предсердия (ЛП), скорости трансмитральных диастолических потоков Е (V_E) и А (V_A), их отношение (Е/А), время замедления трансмитрального диастолического потока Е (DT_E), время изоволюметрического расслабления (IVRT). Обработка данных по Монцевичюте-Эрингене с расчетом средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (m) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. При выполнении пробы СДС достоверно уменьшались исходная ЧСС (на 17,9%), минимальная граница диапазона (на 13%), максимальная граница диапазона (на 10,9%), диапазон синхронизации (на 18%), длительность развития СДС на минимальной (на 24%) и максимальной (на 27,9) границах, существенно не изменялся индекс РАС; в результате проведенной ЭХОКГ достоверно увеличивались V_E (на 7,8%), Е/А (на 13,9%); уменьшались V_A (на 7,3%), IVRT (на 6,7%); существенно не изменялись КДР ЛЖ, толщина ЗС ЛЖ и МЖП, ФВ ЛЖ, передне-задний размер левого предсердия ЛП, DT_E.

Выводы. Доказано, что при проведении пробы СДС расширение диапазона синхронизации и укорочение времени его развития на минимальной и максимальной границах, увеличение индекса РАС свидетельствуют об улучшении регуляторно-адаптивных возможностей организма. В нашем исследовании продемонстрировано отсутствие однонаправленной позитивной динамики РАС и умеренное улучшение функциональных свойств сердца пациентов с ХСН I ФК на фоне ГБ I-II стадий.

726 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Третьяков С.В., Кратнов А.Е., Мороз Н.Г., Добровская Т.Д., Ражева О.К.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Существуют данные, что наличие метаболического синдрома (МС) ассоциируется с риском развития фибрилляции предсердий. Известно, что фактором, способствующим развитию аритмий, является нарушение деятельности вегетативной нервной системы, активность различных отделов которой позволяет оценить изучение вариабельности ритма сердца (ВРС).

Цель исследования – изучение влияния МС на параметры ВРС.

Материалы и методы. Обследовано 320 пациентов в возрасте от 18 лет до 61 года (средний возраст 42,1±10,5 лет). Для исключения ИБС выполнялась электрокардиог-

рафия (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Среди обследованных пациентов с ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м2) было выявлено 89 (27,8%) человек. С целью диагностики МС использовались критерии экспертов Всероссийского научного общества кардиологов 2007 года. У 145 (45,3%) пациентов выявлялся МС, из них у 93 (64,1%) наблюдалась артериальная гипертензия, у 26 (17,9%) – нарушенная гликемия натощак (уровень глюкозы капиллярной крови ≥5,6 ммоль/л), у 136 (93,8%) – избыточная масса тела (индекс массы тела ≥25 кг/м2). При изучении типов массы тела выявлено, что у 67 (46,2%) обследованных пациентов с МС не наблюдалось ожирения, у 56 (38,6%) обнаруживалась I степень, у 17 (11,7%) – II и у 5 (3,5%) – III степень ожирения.

Анализ ВРС во временной области за 24 часа записи ЭКГ проводился с помощью программы "Astrocard ® HOLTERSYSTEM-2F Elite" (ЗАО "Медитек", Москва).

Результаты и обсуждение. У пациентов с МС показатели RRNN, RMSSD, LF и VLF были достоверно меньше. На фоне снижения LF при МС показатель LF/HF достоверно не отличался от значений пациентов без МС (5,5±2,8 и 5,4±3,1). Следовательно, можно полагать, что при МС наблюдается снижение тонуса как парасимпатического (HF), так симпатического отделов вегетативной нервной системы (LF). При изучении показателей ВРС у пациентов с МС в зависимости от наличия артериальной гипертонии не было обнаружено достоверных различий. Также не выявлено достоверных различий показателей ВРС при МС в зависимости от наличия нарушенной гликемии натощак. При этом у пациентов с МС и избыточной массой тела наблюдались достоверно более низкие показатели SDNN, NN 50, RMSSD, TP, HF, LF, ULF и VLF.

У пациентов с избыточной массой тела общей группы, как и при МС, наблюдалось снижение активности обоих звеньев вегетативной нервной системы – симпатического и парасимпатического. Наименьшие значения показателей HF (144±100,8 мс^2) и LF (882,2±610,3 мс^2), характеризующие тонус парасимпатической и симпатической нервной системы, наблюдались у пациентов с ожирением III степени (индекс массы тела ≥40 кг/м^2).

Заключение. У пациентов с МС снижение ВРС, проявляющееся уменьшением тонуса парасимпатического и симпатического отделов вегетативной нервной системы, ассоциируется с наличием избыточной массы тела.

727 ПРИМЕНЕНИЕ КРЕСТОРА У БОЛЬНЫХ ИБС

Трофимова Т.Г., Андреева В.В.

Воронежский государственный университет, Воронеж, Россия

Нарушения липидного обмена – один из главных факторов риска развития атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых осложнений, которые являются основной причиной смерти населения в России. У пациентов высокого риска в многочисленных рандомизированных исследованиях доказана необходимость коррекции нарушений липидного обмена. Розувастатин – синтетический статин с высокой гипохолестеринемической активностью и высокой гепатоселективностью.

Цель и задачи. Изучить влияние розувастатина (Крестор, АстраЗенека) на показатели клинического течения и липидного профиля у больных ИБС.

Материал м методы. Обследовано 46 больных ИБС, ХСН I – II (по классификации NYHA). Средний возраст 56±5,8 лет. Во всех случаях уровень холестерина был более 6,5 ммоль/л. Во всех случаях проводили общепринятую терапию. У 32 больных в комплексную терапию был включен крестор в дозе 10мг/сут. однократно, длительность 6 мес. Остальные 14 больных образовали контрольную группу. Липидный профиль определяли до лечения крестором и ежемесячно в период исследования.

Содержание работы. В группе, принимавших крестор, отмечено уменьшение количества приступов стенокардии в неделю с 5,47±1,29 до 3,73±1,02 ($p<0,001$), частоты и длительности периодов депрессии сегмента ST в сутки (с 5,4±0,74 до 2,62±0,25 мин.), уменьшение количества принимаемых таблеток нитроглицерина в неделю с 4,47±1,37 до 2,93±1,05 ($p<0,05$), возрастание толерантности к физической нагрузке, уменьшение количества экстрасистол по сравнению с группой сравнения.

В группе лечения крестором отмечено снижение липопротеидов низкой плотности на 43%, общего холестерина на 39%, увеличение липопротеидов высокой плотности на 9%, уменьшение индекса атерогенности, начиная с 21 дня терапии.

Крестор хорошо переносится больными. В исследуемой группе не наблюдалось побочных явлений, характерных для терапии статинами, показатели трансаминаз и КФК не выходили за пределы нормы в течение всего времени наблюдения.

Вывод. Включение крестора в комплексную терапию ИБС позволяет эффективно контролировать уровень дислипидемии и улучшает клиническое течение ИБС.

728 ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНТА И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Трубникова О.А., Малева О.А., Груздева О.В., Сионина Е.В., Барбараш О.Л.

УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель: оценить взаимосвязь концентрации фактора Виллебранда (vWF) в плазме и нейрофизиологических показателей у пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) в периоперационном периоде.

Методы: в исследовании приняли участие 44 мужчин, перенесших КШ, средний возраст 55,7±5,3 лет. Средний анамнез ИБС составил 3,3±0,8 лет, 31 пациент имел стенокардию ФК II, у 11 пациентов – ФК III. Функциональный класс хронической сердечной недостаточности по NYHA II имели 75% пациентов, у 25% – III класс. У всех пациентов КШ проводилась в условиях ИК, длительность ИК составила 96,3±15,8 мин, время пережатия аорты – 48,4±20,4 мин. Оценивались следующие нейрофизиологические показатели: средняя экспозиция сложной зрительно-моторной реакции (СЗМР), уровень функциональной подвижности нервных процессов (УФП) и работоспособности головного мозга (РГМ) – с использованием модифицированной автоматизированной методики "Status-PF" (Иванов, В.И., 2001). Исследование концентрации vWF в плазме проводилось с помощью тест-системы "Bender MedSystems GmdH" (Австрия). Все обследования проводились за 5 дней до операции, на 2-е и 10-е сутки после проведения КШ. Для оценки взаимосвязи между показателями нейродинамики и концентрацией vWF в плазме использовали метод непараметрических корреляций Спирмена.

Результаты: до операции достоверных связей между концентрацией vWF в плазме и показателями нейрофизиологическими показателями не было. На 2–е сутки после КШ выявлены положительные корреляции между концентрацией в плазме vWF и временем выполнения СЗМР ($r=0,62$; $p=0,02$), УФП ($r=0,59$; $p=0,03$) и РГМ ($r=0,62$; $p=0,03$). Выявлены положительные корреляции между концентрацией в плазме vWF и количеством пропущенных сигналов в тесте УФП ($r=0,65$; $p=0,02$), а также отрицательные корреляции с количеством переработанных сигналов при выполнении теста РГМ ($r=-0,7$; $p=0,01$). Подобные же корреляционные взаи-

мосвязи наблюдались и через 10 дней после КШ. Таким образом, увеличение времени сенсомоторных реакций сопровождается более высокими концентрациями vWF в плазме.

Выводы: данное исследование показало, что у пациентов, перенесших КШ в условиях ИК, активизация тромбоцитарно-сосудистого гемостаза ассоциируется с увеличением времени сенсомоторных реакций в послеоперационном периоде.

729 ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП В СТРУКТУРЕ ПОЛИОРГАННЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Туральчук М.В.[1], Новик Г.А.[1], Гудкова А.Я.[2]

[1]Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия, Санкт-Петербург, Россия; [2]Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. ак. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. По данным североамериканского регистра кардиомиопатий, включившего 849 детей с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), установлено, что в 74% случаев заболевание является идиопатическим, а в 26% гипертрофический фенотип является одним из проявлений полиорганного поражения (болезней накопления, нервномышечных болезней или врожденных полиорганных синдромов). Исследований, направленных на выявление таких пациентов ни среди детей, ни среди взрослых пациентов с ГКМП в Российской Федерации, не проводилось.

Цель исследования. Установить частоту синдромов с гипертрофическим фенотипом среди детей с ГКМП в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента с ГКМП, диагностированной в детском возрасте, 21 мальчик и 11 девочек. Возраст на момент постановки диагноза составил 8 (±2) лет, у 7 пациентов диагноз был установлен в младенчестве. Возраст на момент обследования составил 14 (±2) лет. Семейная форма заболевания установлена у 12 пациентов. Пациентам проводилось общеклиническое обследование с анализом родословной, изучением анамнеза и медицинской документации, ЭХОКГ, ЭКГ и СМЭКГ.

Результаты. У двоих пациентов с ГКМП, диагностированной в младенчестве, были выявлены признаки врожденного полиорганного синдрома, клинически соответствующие критериям синдромов LEOPARD и Noonan. В двух других случаях гипертрофический фенотип сочетался с признаками нервномышечных заболеваний. У одного из пациентов, длительно наблюдающегося с диагнозом “субаортальный стеноз”, в подростковом возрасте появились признаки мозжечковой атаксии. Дополнительное неврологическое обследование позволило установить диагноз “Атаксия Фридрейха с ГКМП”. В другом случае диагноз семейной формы ГКМП в структуре нервномышечного заболевания был установлен после смерти ребенка: девочка 14 лет, страдающая эпилептиформными припадками умерла внезапно. Её отец также имел эпилептиформные припадки, признаки мозжечковой атаксии в сочетание с ГКМП, сопровождающейся обморочными состояниями на фоне пробежек желудочковой тахикардии.

Таким образом, доля синдромов с гипертрофическим фенотипом среди детей с ГКМП составила в нашем исследовании 12,5%.

Выводы. В настоящее время в Санкт-Петербурге отсутствует возможность широкого применения генетической диагностики у пациентов с ГКМП. Несмотря на это, тщательный анализ каждого случая ГКМП у детей с созданием базы данных пациентов с ГКМП в структуре полиорганных синдромов необходим для их дальнейшего изучения, оптимизации тактики ведения и стратификации риска развития нежелательных кардиоваскулярных событий, а также отбора пациентов для генетического консультирования и генетической верификации диагноза в будущем.

730 МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРЕССИРИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Тургумбаев Д.Д., Иманкулов С.А.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызская Республика

Цель. Целью настоящей работы является изучение патоморфологии сосудистого русла головного мозга на всем протяжении, на стороне ишемического очага и на противоположной стороне для выяснения причины инфаркта и его прогрессирования.

Методы. Работа выполнена на секционном материале с использованием морфометрического метода. Изучались структура сосудов и внутренний диаметр интракраниальных мозговых сосудов у 106 умерших больных от “инсульта в развитии”. Для получения объективных данных и для сравнения изучался просвет сосудов у 123 больных того же возраста (контрольная группа), умерших от других причин (несчастный случай), исключая сосудистые болезни.

Результаты. Результаты измерения показали, что в целом у больных с прогрессирующим течением ишемического инсульта существует статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра интракраниальных сосудов как на стороне ишемического очага, так и на противоположной, “здоровой” стороне. Разница между минимальными и максимальными величинами внутреннего диаметра сосудов у обследованных больных была большей, чем у больных контрольной группы.

Результаты сравнения внутреннего диаметра магистральных сосудов мозга показывают, что чаще всего у больных с прогрессирующим течением ишемического инсульта их внутренний диаметр сосудов на многих уровнях уменьшен с обеих сторон вследствие атеросклеротического сужения просвета артерий по сравнению с внутренним диаметром сосудов больных контрольной группы. Но при сравнении внутреннего диаметра сосудов у этих больных существует статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра на противоположной, “здоровой” стороне, чем на стороне инфаркта.

Выводы: Результаты измерения показали, что в целом у больных с прогрессирующим течением ишемического инсульта существует статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра интракраниальных сосудов как на стороне ишемического очага, так и на противоположной, “здоровой” стороне, вследствие атеросклеротического сужения просвета артерий по сравнению с внутренним диаметром сосудов больных контрольной группы. Выяснено, что при сравнении внутреннего диаметра сосудов у больных с прогрессирующим течением ишемического инсульта существует статистически достоверное уменьшение внутреннего диаметра на противоположной “здоровой” стороне, чем на стороне инфаркта. Уменьшение просвета внутреннего диаметра сосудов на “здоровой” стороне является одной из основных причин прогрессирования ишемического инсульта. В течении длительного времени или периода жизни они остаются компенсированными. Однако в патологических условиях с присоединением стенозирующих и окклюзирующих поражений, требующих мобилизации коллатерального кровообращения, выявляется их несостоятельность. Лица с подобными неблагоприятными изменениями просвета артерий мозга являются предрасположенными к более тяжелому течению ишемического инсульта.

731 ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Турдиев М.Р., Камилова У.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель – изучить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в экологически неблагоприятном – Сариасийском районе Сурхандарьинской области.

Материалы и методы. Обследованы больные в возрасте от 45 до 60 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящиеся в диспансерном наблюдении в сельских врачебных пунктах Сариасийского района Сурхандарьинской области.

Результаты исследования. По данным института здоровья Министерство здравоохранения Республики Узбекистан с 2009 года отмечается рост общей заболеваемости на 10 000 населения в экологически неблагоприятных – Узунском, Сариасийском, Денауском районах по сравнению с 2005 годом. При этом показатели общей заболеваемости на 10 000 населения в Сурхандарьинской области в целом снизились на 20% по сравнению с 2005 годом. В 2008 году из 207985 лиц прошедших первичный осмотр в сельских врачебных пунктах Сариасийского района Сурхандарьинской области у 73699 выявлены заболевания внутренних органов пациентов, из них у 16693 выявлены различные формы сердечно-сосудистых заболеваний. Анализ полученных данных показал, что из них 4010 человек составили впервые выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями. В структуре этих заболеваний больные АГ составили 619 больных, ХСН – 249, ИБС – 178. За 6 месяцев в 2009 году из 202847 лиц прошедших первичный осмотр у 70402 пациентов выявлены заболевания внутренних органов, из которых у 25665 встречались сердечно-сосудистые заболевания – из них впервые выявленные случаи 4680. В структуре этих заболеваний также преобладает ГБ 673 больных, ХСН -223, ИБС – 260. По Сариасийскому району в 2009 году обращаемость населения по поводу сердечно-сосудистых заболеваний на 10 000 населения вырос почти в 2,2 раза, т.е на 121,4% по сравнению с 2005 годом, при этом показатели впервые выявленных случаев были на 101,8% выше соответственно.

Выводы. Учитывая, что к экозависимой патологии в настоящее время относят многие заболевания внутренних органов, в том числе заболевания сердечно-сосудистой системы, то представляет интерес дальнейшее изучение распространенности заболеваний, их ранняя диагностика и разработка мер по профилактике в экологически неблагоприятных районах Сурхандарьинской области.

732 ПРИМЕНЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Угурчиева З.[1], Дидигова Р.Т.[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. Целью настоящего исследования является изучение качества жизни, в том числе ее гендерных особенностей среди пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения в Республике Ингушетия.

Материалы и методы. В исследование было включено 520 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III ст (300 мужчин в среднем возрасте 54±0,4 лет и 230 женщин в среднем возрасте 55,7±0,5 лет, соответственно). Качество жизни пациентов с ИБС была оценена с помощью опросника EQ-5D (European Quality of Life Instrument), состоявшего из 5 пунктов: передвижение, самообслуживание, повседневная активность, боль/дискомфорт и тревога/депрессия.

Результаты. Около 30% пациентов со стенокардией напряжения, включенные в исследование, имели некоторые проблемы с передвижением, тогда как некоторые трудности в самообслуживании были выявлены только у 15%. Наряду с этим около 40% пациентов с ИБС отмечают проблемы с выполнением повседневных дел. Ввиду того, что дискомфорт и боль являются типичными проявлениями стенокардии напряжения, около 60% пациентов испытывали небольшую боль или дискомфорт в груди. Аналогичные цифры получены по частоте небольшой тревоги и депрессии. В целом до 10% пациентов со стенокардией напряжения имели серьезные ухудшения качества жизни, при этом до 40% не испытывали каких либо трудностей в выполнении каждодневных дел и передвижении. Проблемы с передвижением, дискомфорт и чувство депрессии/тревоги больше были выражены у женщин, тогда как изменение в качестве самообслуживания и ограничения в выполнении повседневных дел у мужчин и женщин встречались с одинаковой частотой.

Заключение. Таким образом, у каждого второго пациента с ИБС, стенокардией напряжения качество жизни изменилось в связи с ограничением в выполнении каждодневной работы, передвижением и наличием дискомфорта в груди, что ассоциировалось с наличием тревоги/депрессии. Согласно самооценке пациентов состояние здоровья у каждого второго пациента ухудшилось.

733 КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Уклистая Т.А., Гусейнов Г.Т., Полунина О.С., Галиуллина Е.А., Мартиросян Е.Ф., Гуськова А.Ю.

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрава, Астрахань, Россия

У больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) отмечается высокая распространенность кардиоваскулярной патологии. Механизмы коморбидности при ХОБЛ требуют дальнейшего уточнения.

Цель исследования: изучить структуру сердечно-сосудистой патологии у госпитализированных больных ХОБЛ и оценить роль генетических полиморфизмов наряду с традиционными факторами риска в ее формировании.

Материалы и методы. Обследовано 220 больных ХОБЛ в возрасте 27-87 лет, находящихся на лечении в терапевтическом отделении Городской клинической больницы № 4 г. Астрахани в 2009-2010 году. Всем пациентами выполнено комплексное клинико-лабораторно-функциональное обследование, включающее определение холестерина, глюкозы, С-реактивного белка в крови, спирографию, пульсоксиметрию, ЭКГ, допплер-эхокардиоскопию, по показаниям – суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления, велоэргометрию. Проведено изучение полиморфизмов C+3953T гена интерлейкина-1β (IL-1β), G-308A гена фактора некроза опухоли-α (TNF-α), C-262T гена каталазы, A1166C гена рецептора ангиотензина II типа I, I/D гена ангиотензин-превращающего фермента (ACE), ε2/ε3/ε4 гена апо-липопротеина Е (ApoE) у русских больных ХОБЛ без кардиоваскулярной патологии в сравнении с пациентами, имеющими ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания, по длительности, не превышающими ХОБЛ. Полиморфизм генов определяли методом полимеразной цепной реакции.

Результаты исследования. В целом среди госпитализированных больных у 28% ХОБЛ сочеталась с ИБС, у 43% – с артериальной гипертонией, у 6% – с сахарным диабетом. У 30% пациентов по данным стандартной ЭКГ выявлены различные нарушения ритма сердца и проводимости. Анализ традиционных факторов риска выявил статистически значимые ($p<0,05$) отличия по показателям возраста и уровня СРБ в крови в группе пациентов ХОБЛ с ассоциированной сердечно-сосудистой патологией и без нее. Из исследованных полиморфизмов у 3 (ε2/ε3/ε4 гена ApoE, G-308A гена TNF-α, C-262T гена каталазы) выявлена статистически значимая ассоциация с ИБС, а у 2 (C+3953T гена IL-1β и I/D гена ACE) – с артериальной гипертонией. Отношение шансов для аллеля ε4 гена ApoE составило 3,94, доверительный интервал (ДИ) – 1,71-9,09, $p=0,001$, для аллеля А (генотипы GA и AA) гена TNF-α – 3,66, ДИ –

1,38-9,72, p=0,009, для генотипа CC гена каталазы – 2,8, ДИ – 1,1-7,11, p=0,03, для аллеля T (генотипы CT и TT) гена IL-1β – 3,66, ДИ – 1,46-9,14, p=0,006, для генотипа DD гена ACE – 5,97, ДИ – 2,12-16,87, p=0,001. Изучение комбинации генов значительно улучшало диагностические возможности генетического исследования.

Заключение. Полученные данные позволяют предполагать, что изученные полиморфные маркеры генов ApoE, TNF-α, каталазы, IL-β и ACE могут рассматриваться в качестве кандидатных генов сердечно-сосудистой патологии, сочетающейся с ХОБЛ. Однако установленные ассоциации требуют проверки на популяционном материале в различных этнических группах.

734 ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Уклистая Т.А., Мартиросян Е.Ф., Гуськова А.Ю., Полунина О.С., Гусейнов Г.Т., Галиуллина Е.А.

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрава, Астрахань, Россия

Несмотря на значительные достижения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) не только не снижается, но и неуклонно возрастает. В последние годы отмечается рост числа больных с ХСН, развившейся у пациентов с хроническим легочным сердцем (ХЛС) на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Согласно современной концепции ХОБЛ и ХСН являются многофакторными заболеваниями и развиваются вследствие взаимодействия, как генетических факторов, так и факторов внешней среды. В настоящее время изучается достаточно большое количество генов, участвующих в формировании ХСН.

Цель исследования: определить частоты встречаемости аллелей и генотипов по полиморфизмам C+3953T гена интерлейкина-1β (IL-1β), G-308A гена фактора некроза опухоли-α (TNF-α), C-262T гена каталазы, I/D гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE), A1166C гена рецептора ангиотензина II типа I (AGTIIR1) у больных ХСН на фоне ХОБЛ и проанализировать ассоциации полиморфных вариантов исследуемых генов с тяжестью течения ХСН.

Материалы и методы. Обследован 41 больной ХОБЛ в возрасте 36-80 лет, без сопутствующей ИБС и гипертонической болезни. Из них у 22 имело место ХЛС и ХСН I-III функционального класса. Всем больным выполнено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Полиморфизм генов определяли методом полимеразной цепной реакции. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета прикладных программ “Statistic for Windows” v. 6.0.

Результаты исследования. Достоверные различия по характеру распределения генотипов у больных ХОБЛ в зависимости от наличия или отсутствия ХСН были выявлены по полиморфизму C+3953T гена IL-1β (χ^2=7,08, df=2, p=0,029) и A1166C гена AGTIIRI (χ^2=6,21, df=2, p=0,044). При наличии ХСН распределение генотипов по полиморфизму C+3953T гена IL-1β было следующим: CC – у 12 больных, CT – у 9, TT – у 1, при ее отсутствии CC – у 17, CT – у 1, TT – у 1. У пациентов с ХСН распределение генотипов по полиморфизму A1166C гена AGTIIRI выглядело таким образом: AA – у 12 больных, AC – у 10, при ее отсутствии AA – у 4, AC – у 13, CC – у 2. Выявлены достоверные различия в распределении генотипов гена IL-1β по полиморфизму C+3953T в зависимости от функционального класса ХСН (χ^2-10,02, df=4, p=0,04). Сочетания двух полиморфизмов +3953 CT гена IL-1β и 1166 AA гена AGTIIRI отмечены только у больных ХОБЛ с ХСН.

Заключение. Полученные результаты делают возможным использовать генетические маркеры у больных ХОБЛ в качестве критериев при оценке индивидуального прогноза формировании групп повышенного риска развития ХСН.

735 ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Умаров А.А., Хурсанов Н.М., Умарова С.А., Ибрагимова Х., Тоиров Х.К., Таджиева З.А.

Таджикский государственный мед.университет, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить влияние сочетанного применения липразида и ципралекса (эсциталопрам) на вариабельность ритма сердца у больных гипертонической болезнью с коморбидными аффективными расстройствами.

Методы исследования. Обследовано 18 больных гипертонической болезнью II стадии, с мягкой и умеренной степенью повышения артериального давления (АД) (классификация ВОЗ/МОАГ 1999г). Возраст обследованных от 52 до 70 лет, (в среднем 63,1±1,8). Липразид 10 (лизиноприл 10 мг + гидрохлортиазид 12.5мг) первоначально назначали по 1 таб. в сутки, при недостижении целевого уровня АД дозу препарата удваивали. Среднесуточная доза ципралекса составляла 15мг. Исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) проводили до и после 8 недельного курса лечения препаратами. Оценивали запись ЭКГ в течение 5 минут при свободном дыхании в положении лежа. Исследовали временные: стандартное отклонение интервалов R-R (SDNN); корень квадратный суммы квадратов разности величин последовательных пар нормальных интервалов R-R (RMSSD); процент соседних интервалов R-R, отличающихся друг от друга более чем на 50 мс (pNN50) и спектральные показатели: мощность спектра области очень низких частот (VLF); мощность спектра низких частот (LF); мощность спектра области высоких частот (HF); показатель симпатико-парасимпатического баланса (LF/HF) ВРС. Спектральные показатели получали с помощью метода быстрого преобразования Фурье. Аффективные нарушения выявлялись и оценивались использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и опросника тревоги Спилберга (STAI).

Полученные результаты. Комбинированная терапия вышеуказанными препаратами способствовала значительному улучшению психологического статуса больных. К концу курса лечения, суммарный балл по подшкалам тревоги и депрессии снизился в среднем на 28% и 39%, соответственно, по отношении к исходному. Отмечалось достоверное, стойкое понижение систолического (на 21%) и диастолического (на 14%) артериального давления.

До начала приема препаратов у пациентов в среднем по группе отмечали исходно повышенный тонус симпатической части вегетативной нервной системы (низкие временные характеристики SDNN, RMSSD, pNN50). Преобладание симпатической части вегетативной нервной системы подтверждалось и при анализе спектральных показателей ВРС – снижение спектра высоких частот (HF) на фоне повышенного LF и LF/HF.

После курса лечения при повторном мониторировании отмечалось достоверное повышение показателя SDNN в среднем на 26,5%, pNN50 – на 72,2%, HF- на 20,8% на фоне снижения LF на 17,6% и LF/HF в среднем на 30,1%.

Вывод. Комбинированное применение липразида 10 и ципралекса больным гипертонической болезнью с аффективными расстройствами способствует снижению активности симпатической и повышению парасимпатической части вегетативной нервной системы. Такая динамика показателей ВРС свидетельствует о благоприятном влиянии препаратов на автономный дисбаланс регуляции сердечной деятельности.

736 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МАРКЕРОВ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ РИСКА

Уразалина С.Ж., Бойцов С.А.

ФГУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

В арсенале клиницистов существуют различные шкалы для стратификации риска. Уровень артериального давления является одним из определяющих факторов при определении величины риска.

Цель. Сравнить медианы биохимических показателей, параметров субклинического атеросклеротического поражения артерий у пациентов с "высоким нормальным АД" и с артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от группы риска

Материал: 445 женщин, предварительно отнесенных к группе низкого и умеренного риска по шкале SCORE без наличия заболеваний, связанных с атеросклерозом и сахарного диабета в возрасте от 30 до 65 лет.

Методы. Системы стратификации сердечно-сосудистого риска: шкала "SCORE"(2010), Рекомендации ЕОАГ/ЕОК (2003, 2007); дуплексное сканирование (ДС) сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) и наличия атеросклеротических бляшек (АСБ); компьютерная сфигмография с вычислением скорости пульсовой волны от сонной до бедренной артерии (СПВ); биохимические тесты: липидный спектр, вчСРБ, клиренс креатинина, глюкоза плазмы натощак.

Результаты. Проведена дополнительная стратификация риска по шкале Рекомендаций ЕОАГ/ЕОК (2003, 2007) с применением данных ДС СА: в группе низкого риска осталось 37,9%; среднего риска -32,6% и в группу высокого риска переведено 29,5% пациенток. Пациентки с "высоким нормальным АД" и с АГ были отнесены либо к группе низкого риска (n=42), либо к группе высокого риска (n=34) только по наличию одной АСБ в сонных артериях. При сравнительном анализе медиан по U-критерию Манн-Уитни изучаемых параметров достоверных различий между группами не выявлено.

Заключение. Медианы маркеров субклинического атеросклеротического поражения артерий (ТИМ, СПВ), параметров липидного обмена, вчСРБ у пациентов с высоким нормальным АД и с АГ достоверно не различались между группами низкого и высокого риска по шкале Рекомендаций ЕОАГ/ЕОК (2003, 2007).

737 ОПТИМИЗАЦИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПОЧЕК У ВЫСОКОТРЕВОЖНЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Усенко Г. А., Машков С. В., Усенко А. Г., Васендин Д. В., Величко Н. П., Нищета О. В., Козырева Т. Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы. На фоне антигипертензивной терапии (АГТ) определить различия в скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и уровне микроальбуминурии (МАУ) у мужчин с артериальной гипертензии II (АГ-II) в зависимости от особенностей психосоматического статуса (ПСС) пациента.

Методы исследования. С 2005 по 2011гг пациенты и здоровые мужчины (54,2±1,8 лет) разделялись на лиц холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Учитывали баланс симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов ВНС, содержание в крови кортизола, альдостерона, калия, натрия, сахара, мочевины, креатинина, рассчитывали осмотическое давление плазмы крови (ОДПК) и СКФ (формула Кокрафта-Гоулта), а также уровень МАУ в процессе АГТ, направленной и не направленной на коррекцию особенностей ПСС (тревожности, симпатикотонии у Х и С, активности РААС и депрессии у Ф и М). По основным показателям группы были сопоставимы.

Результаты. К особенностям ПСС отнесли: у ВТ/Х и С высокую тревожность, а у ВТ/Ф и ВТ/М депрессию. У Х и С содержание альдостерона в крови было ниже, а кортизола выше, чем у Ф и М. У Х и С превалировал SNS, а у Ф и М PSNS отдел ВНС. Содержание креатинина, ОДПК и МАУ снижалась, а СКФ увеличивалась в последовательном ряду: М>Ф>С>Х. У Ф и М выше склонность к атеросклерозу. МАУ отмечена только у ВТ-пациентов. В группах НТ-лиц такие же различия, но значения ближе к таковым у здоровых лиц. АГТ, направленная на коррекцию особенностей ПСС, сочеталась с приближением значений изучаемых показателей к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

Выводы. 1. В отличие от Х и С, ВТ/Ф и М – группы риска более высокой МАУ в сочетании с более низкой СКФ.

2. АГТ, направленная на коррекцию особенностей ПСС существенно приближала значения изучаемых показателей, в т. ч. СКФ и МАУ к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

738 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ДИНАМИКОЙ ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ВРЕМЕНЕМ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Усенко Г. А., Машков С. В., Усенко А.Г., Васендин Д. В., Нищета О.В., Величко Н.П., Козырева Т.Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы: в годы высокой (2000-2002) и низкой (2008-2010) солнечной активности (СА) определить время свертывания крови и уровень осложнений в группе мужчин, страдающих гипертонической болезнью-II, а также эффект антигипертензивной терапии (АГТ) направленной, и не направленной на коррекцию особенностей психосоматического статуса.

Методы исследования. Большая группа больных и здоровых мужчин (54,2±1,8 лет), была разделена на лиц холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Учитывали баланс симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов ВНС, содержание тромбоцитов (Тр), время свертывания крови (ВСК) и АПТВ, число лиц, перенесших осложнения ГБ в процессе АГТ. К особенностям психосоматического статуса (ОПСС) отнесли: у ВТ/Х и С высокую тревожность, а у ВТ/Ф и ВТ/М депрессию. У Х и С превалировал SNS, а у Ф и М PSNS отдел ВНС. Активность ГГНС (кортизол) у Х и С была выше, а РААС (альдостерон) ниже, чем у Ф и М. Учитывали эффект АГТ, направленной и не направленной на коррекцию ОПСС. К направленной для Х и С отнесли назначение "БАБ+анксиолитик+диуретик" и "блокатор АПФ+антидепрессант+верошпирон" для Ф и М. Другие варианты АГТ считались "не направленными" на коррекцию ОПСС.

Результаты. В период исследования ВСК в группах ВТ было короче, а уровень осложнений выше, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. ВСК у "депрессивных" ВТ/Ф и М оказалось ниже, а число лиц с осложнениями АГ выше, чем у ВТ/Х и С. Возможно, что у Ф и М это связано с более высокой склонностью к развитию атеросклероза. Сокращение ВСК и увеличение доли лиц с осложнениями

в группах Х и С совпал с пиком СА, у Ф и М – с годами низкой СА. Однако, АГТ, направленная на коррекцию ОПСС, существенно приближала ВСК и уровень осложнений до значений, близких к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности во все периоды СА.

Выводы. 1.ВТ/Ф и М– группа риска более тяжелого течения АГ во все годы СА. 2.АГТ, связанная с коррекцией особенностей ПСС, существенно приближает значения изучаемых показателей к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

739 ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТ В ПАТОГЕНЕЗЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Усков В.М., Золоедов В.И., Гайворонская Л.М.
Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия

Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются актуальной проблемой современной медицины. Высокая смертность, распространенность, “омоложение” ишемической болезни сердца указывают на необходимость более глубокого изучения патогенетических особенностей этого заболевания. ИБС встречается у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин. В то же время роль андрогенов в патогенезе ИБС изучена недостаточно, несмотря на существенное возрастание интереса к данному заболеванию. У больных ИБС андрогенодефицит встречался чаще и был более выражен, чем у здоровых лиц того же возраста, что, естественно, сопровождалось снижением качества жизни. Снижение продукции андрогенов у пожилых мужчин происходило параллельно с ростом частоты ИБС.

Цель исследования. Изучить особенности течения стабильной стенокардии напряжения у мужчин 45-60 лет на фоне ожирения с учетом степени выраженности возрастного андрогенодефицита.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены мужчины (n=39) с типичной клинической картиной стабильной стенокардии напряжения в возрасте 45-60 лет и ИМТ>30 кг/м^2 (ожирение I и II степени). У всех обследованных мужчин определяли уровень тестостерона в сыворотке крови и гормональный анализ. В соответствии с полученными результатами пациенты были разделены на 6 групп. В 1 группу вошли мужчины с уровнем тестостерона 2-4 нмоль/л, во 2 группу – с уровнем 4-6 нмоль/л, в 3 группу – с уровнем 6-8 нмоль/л, в 4 группу – с уровнем 8-10 нмоль/л, в 5 – с уровнем 10-12 нмоль/л и в 6 группу с уровнем 12-20 нмоль/л. В шестой группе, в отличие от первых пяти групп, были представлены мужчины без андрогенодефицита. У всех больных были изучены показатели, которые относятся к факторам риска стенокардии напряжения: возраст, оценка функционального класса стенокардии напряжения на основе жалоб больного, измерение окружности талии, уровня холестерина и триглицеридов в крови.

Полученные результаты. Возрастной андрогенный дефицит регистрировался у 3 из 4 больных ИБС, включенных в исследование. Возрастание андрогенодефицита сопровождалось ухудшением параметров холестерина, триглицеридов, ИМТ, увеличением окружности талии и возрастанием класса тяжести стабильной стенокардии напряжения.

Выводы. Возрастной андрогенодефицит встречался у мужчин со стабильной стенокардией напряжения в возрасте 45-60 лет с ИМТ> 30 кг/м^2 в 74% случаев, что позволяет судить о достаточно высокой связи между степенью выраженности андрогенного дефицита и классом тяжести стабильной стенокардией напряжения. Низкий уровень тестостерона у мужчин 45-60 лет с ИМТ>30 кг/м ^{2} сопряжён с более высокими цифрами возраста, ИМТ, окружности талии, функционального класса стенокардии напряжения и уровня холестерина и триглицеридов в крови. Поэтому можно предположить необходимость заместительной терапии андрогенодефицита в комплексном лечении стабильной стенокардии напряжения у мужчин среднего возраста.

740 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА

Усков В.М., Усков М.В., Усков В.В., Маркова Е.В.
Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия; МУЗ ГО, “ГКБ № 3”, Воронеж, Россия

Фибрилляция предсердий – наиболее часто встречающаяся в клинической практике разновидность аритмий. Тщательный и компетентный анализ данных об относительной пользе или риске, связанных диагностическими мероприятиями и способами лечения данной патологии, способствует разработке указаний, повышающих эффективность лечения, улучшающих исход заболеваний.

Цель. Изучение фармакологической или электрической кардиоверсии фибрилляции предсердий у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. Больные обоего пола с хронической сердечной недостаточностью при длительности фибрилляции предсердий менее 24 часов.

Полученные результаты. Повышенная склонность к фибрилляции предсердий была связана с постепенным укорочением эффективного рефрактерного периода по мере увеличения продолжительности приступа. Такое явление получило название “электрическое ремоделирование”. Эти результаты подтверждают клинические наблюдения о том, что эффективный рефрактерный период предсердий у больных с пароксизмальной формой фибрилляция предсердий укорочен и что рефрактерность не успевает приспособиться к ритму, особенно при брадикардии. Дальнейшие подтверждения эти положения получили при регистрации потенциала действия изолированного миокарда предсердий с фибрилляцией и у больных после кардиоверсии. Длительность монофазных потенциалов действия предсердий у больных с фибрилляцией предсердий уменьшалась после кардиоверсии и коррелировала с нестабильностью работы синусового узла.

Электрофизиологическое ремоделирование, происходящее в предсердиях в течение первых 24 часов после начала фибрилляции предсердий, включает в себя укорочение эффективного рефрактерного периода предсердий. Блокада кальциевых каналов может предотвратить ремоделирование предсердий, наблюдаемое при фибрилляции предсердий. Длительные эпизоды фибрилляции предсердий также могут нарушать сократительную функцию предсердий, а восстановление их сократительной функции зависит от длительности фибрилляции предсердий. После длительного приступа аритмии восстановление сократимости предсердий может происходить через несколько дней или даже недель после восстановления синусового ритма. В электрофизиологических исследованиях на пациентах выявлено, что длительность фибрилляции предсердий может удлинять время восстановления синусового узла. С клинической точки зрения это означает, что у некоторых пациентов с синдромом тахи-брадикардии фибрилляции предсердий может частично быть причиной дисфункции синусового узла.

Выводы. Таким образом, к фибрилляции предсердий могут приводить либо заболевания поражающие миокард предсердий, или нарушающие сократительную функцию миокарда желудочков сердца.

741 ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Усков В.М., Усков М.В., Усков В.В., Маркова Е.В.
Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия; МУЗ ГО, “ГКБ № 3”, Воронеж, Россия

Отмечаемый постоянный рост острых форм ишемической болезни сердца и их осложнений, требующих ургентной терапии, определяет необходимость оперативной оценки тяжести состояния больного, тактики транспортировки, медицинских манипуляций и терапии на всех этапах оказания врачебной помощи.

Цель. Создание унифицированной схемы, позволяющей в максимально короткий срок в оптимальном объёме решить вопрос о тактике ведения больного.

Материалы и методы исследования. Больные, перенесшие острый инфаркт миокарда. Ультразвуковое исследование сердца с измерением конечного диастолического объёма (КДО), конечного систолического объёма (КСО), фракции выброса конечного диастолического объёма (КДО)

Полученные результаты. Уже в первые 72 часа в сердце происходят изменения, проявляющиеся растяжением и истончением миокарда в зоне инфаркта. В повреждённой сердечной мышце, происходят биохимические процессы, ведущие к склерозированию погибших миоцитов и развитию интерстициального и периваскулярного фиброза, гипертрофии оставшихся миоцитов с изменением их взаиморасположения, изменению геометрии и размеров полости левого желудочка. Начало процессов ремоделирования чётко очерчено во времени и начинается непосредственно со дня острого инфаркта миокарда. В раннем постинфарктном периоде в ответ на перегрузку объёмом, давлением или при первичном поражении миокарда для поддержания адекватной насосной функции сердца включаются компенсаторные механизмы, направленные на сохранение на должном уровне функций поражённого миокарда. При прогрессировании процесса компенсаторные реакции становятся патологическими из-за своей избыточной активации, что приводит к развитию аномальной ригидности миокарда, снижению коронарного резерва, нарушению систолической и диастолической функций левого желудочка, дилатации его полости, появлению симптомов сердечной недостаточности, что в значительной степени ухудшает длительный прогноз заболевания, влияя на выживаемость больных, перенесших инфаркт миокарда. Одним из факторов, способствующих ремоделированию, является гемодинамическая нагрузка на стенку поражённого миокарда левого желудочка. При этом сократительная способность миокарда снижается, что составляет основу систолической дисфункции, которая характеризуется снижением фракции выброса и увеличением конечного диастолического объёма.

Выводы. Хроническая сердечная недостаточность – это патологическое состояние, определяемое неспособностью сердечно-сосудистой системы доставлять к органам и тканям необходимое для нормального метаболизма количество крови в покое и при функциональных нагрузках.

742 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КАРДИОЛОГИИ

Усков В.М., Усков М.В., Усков В.В., Маркова Е.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия; МУЗ ГО, “ГКБ № 3”, Воронеж, Россия

Среди заболеваний, ставших за последние годы самой частой причиной смерти взрослого населения, первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. Поэтому особый интерес у исследователей вызывает вопрос прогнозирования осложнений инфаркта миокарда.

Цель. Разработка математических методов прогнозирования в кардиологии.

Материалы и методы исследования. Методы динамического программирования с использованием ЭВМ.

Полученные результаты. По статистическим и экспериментальным данным строился ориентированный граф, на основе которого разрабатывали алгоритм, позволяющий судить о более или менее вероятных состояниях в будущем. При достаточном статистическом материале целесообразно пользоваться критерием максимального правдоподобия с барьером, поскольку ввод последнего позволяет в некоторых случаях отказаться от прогноза за счет увеличения достоверности прогнозирования. С увеличением барьера уменьшалось число объектов, подвергающихся прогнозированию, но зато повышалось надежность прогноза. Позднее были предложены и другие математические подходы, один из них – экспертные системы. Впоследствии была разработана экспертная система прогнозирования, которая являлась проблемно-независимой управляющей структурой. Реализация предложенных методов и алгоритмов в клинических условиях позволила обеспечить высокий уровень медицинской помощи, сократить время выбора диагностических мероприятий. Часто при прогнозировании исхода инфаркта миокарда и развития его осложнений применяется регрессионный анализ, однако это вызывает большие сложности. Причин таких сложностей немного, но они весьма весомы. Одним из наиболее интенсивно развиваемых направлений является применение нейросетей в кардиологии. Отличительной чертой системы является возможность пользователя (врача) передавать нейронной сети свой опыт. При создании автоматизированной подсистемы диагностики и прогнозирования следует учитывать, что принятие решения протекает в условиях неопределенности, неоднородности характеристик больных и неполной априорной информации. Существует значительное число признаков, которыми должна обладать задача, чтобы применение нейронных сетей было бы оправдано, и нейронная сеть могла бы ее эффективно решить, а именно: отсутствует алгоритм или неизвестны принципы решения задач, но накоплено достаточное число примеров; проблема характеризуется большими объемами входной информации; данные неполны или избыточны, зашумлены, частично противоречивы.

Вывод. Нейронные сети хорошо подходят для распознавания образов и решения задач классификации, оптимизации и прогнозирования.

743 МЕТОД УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Усков В.М., Маркова Е.В., Усков В.В., Усков М.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия; МУЗ ГО, “ГКБ № 3”, Воронеж, Россия

В настоящее время проблема артериальной гипертензии приобретает всё большее медико-социальное значение.

Цель. Разработка метода статистического управления качеством, предназначенного для решения оперативных и тактических задач.

Материалы и методы исследования. Представляется, по меньшей мере, пять сфер применения статистических методов в системах качества: 1) статистическая обработка информации о качестве продукции, имеющей, несомненно, случайный характер; 2) статистическое регулирование технологических процессов; 3) статистический подход к оценке результатов сплошного контроля и к выбору средств; 4) статистический приемочный контроль качества продукции на различных этапах ее изготовления; 5) прогнозирование и контроль надежности продукции.

Полученные результаты. Качество нельзя получить путем контроля. Качество должно быть заложено в каждый процесс. Чтобы улучшить качество, организация должна определить, какие ключевые процессы способствуют удовлетворению потребителя и повышают эффективность. Контрольные карты могут только предупредить

нас о наличии особой причины вариаций. Распределение параметров процесса, которое остается стабильным и находится внутри контрольных пределов, будет удовлетворительным, только если контрольные пределы лежат внутри допусков. Контрольные пределы применяются к рассмотрению средних, а допуски – к распределению индивидуальных значений. Эти распределения различаются масштабным множителем. В процессе производства проводятся выборки изделий заданного объема. После этого строятся диаграммы изменчивости выборочных значений плановых спецификаций в этих выборках и рассматривается степень их близости к заданным значениям. В компьютерном варианте контрольных карт наиболее часто встречается ситуация, когда на экране находятся две карты (и две гистограммы), одна из них называется X-картой, а другая – R-картой.

Обычно нанесенные на карты отдельные точки соответствуют выборочным значениям и соединяются прямыми линиями. Если результирующая кривая на графике выходит за верхний или нижний контрольный предел или ее конфигурация выражает определенную тенденцию поведения для следующих друг за другом выборок, то это рассматривается как указание на существование проблем с качеством.

Таким образом, построенные модели соответствуют клиническому опыту лечения заболеваний и углубляют понимание их природы, а полученные рекомендации при лечении с успехом могут применяться в клинической практике.

744 ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Усков В.М., Маркова Е.В., Усков В.В., Усков М.В.
Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия; МУЗ ГО, "ГКБ № 3", Воронеж, Россия

Метаболический синдром – одно из наиболее распространенных заболеваний и в структуре общей заболеваемости населения составляет 4-5%. В настоящее время на нашей планете около 160 млн. человек болеют сахарным диабетом и приблизительно столько же не знают о своем недуге. Каждые 12-15 лет это число удваивается, и к 2020 году количество больных может составить примерно 235 млн. человек. Индивидуальный подход к больному совершенно необходим. Он помогает избежать осложнений и кризисных ситуаций. Между врачом и пациентом необходимо тесное взаимодействие.

Цель. Стабилизация уровня артериального давления у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Больные артериальной гипертензией обоего пола, которым проводились суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование сердца, регистрация ЭКГ и лабораторные и следования.

Полученные результаты. Лечение артериальной гипертензии, то есть устранение симптомов и стабилизация уровня артериального давления. Ежедневный самоконтроль определяет, что следует предпринять, чтобы добиться лучшей компенсации артериального давления, а также позволяет решать многие проблемы, возникающие в повседневной жизни и обусловленные болезнью. Лечение артериальной гипертензии являются неразрывным комплексом мер, направленных на поддержание организма в нормальном состоянии. Поддержание уровня артериального давления в пределах нормы очень важно. Длительное несоответствие уровня артериального давления может привести к изменениям в сосудах сетчатки глаз с опасностью полной потери зрения, поражению сосудов головного мозга с развитием острого нарушения мозгового кровообращения.

Вывод. Таким образом, обезопасить себя от осложнений артериальной гипертензии можно только в том случае, если добиться у больного стабилизации артериальной гипертензии на таких же показателях, какие имеют здоровые люди.

745 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Фабрицкая С.В., Шалаева С.С., Туркина С.В., Стаценко М.Е.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель: оценить влияние милдроната на проявления автономной кардиальной нейропатии (АКН) в комплексном лечении больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов от 45 до 70 лет с ХСН II-III функционального класса (ФК) на 3 – 4-й неделе от начала инфаркта миокарда, страдающих сопутствующим СД 2 типа в состоянии компенсации или субкомпенсации углеводного обмена. Все включенные в исследование пациенты имели клинико-инструментальные проявления АКН. Пациенты получали препараты базисной терапии ХСН (бисопролол, эналаприл, симвастатин, аспирин и, при необходимости, диуретики и нитраты). Для коррекции нарушений углеводного обмена использовались гликлазид±метформин. Все пациенты рандомизированы на две группы по 30 человек. Пациентам 1- ой группы в дополнение к базисной терапии назначался милдронат в дозе 1г/сутки. Период наблюдения составил 16 недель. Определяли ФК ХСН, проводили тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), оценивали вариабельность ритма сердца (ВРС) и состояние вегетативной реактивности, выполняли эхокардиографическое исследование.

Результаты. В течение 16 недельного наблюдения отмечено достоверное уменьшение ФК ХСН, более выраженное в группе больных, принимающих милдронат (на 19% и 14% в 1-й и 2-й группе соответственно). Увеличение дистанции ТШХ через 16 недель терапии составило 26,5 и 18% соответственно в 1-й и 2-й группе. В обеих группах больных ХСН и СД 2 типа с АКН по окончании курса терапии отмечалось возрастание ФВ ЛЖ. (на 12% в 1-й группе и лишь на 7% – во 2-й). В 1-й группе на фоне базисной терапии с милдронатом больных ХСН и СД 2 типа с АКН через 16 недель наблюдения отмечалось увеличение среднего квадратического отклонения (SDNN) на 46% (с 28,3 мс до 41,2 мс; $p<0,05$) и снижение индекса напряжения (SI) регуляторных систем на 28% ($p<0,05$) по сравнению с исходными значениями. У больных 2-й группы SDNN увеличилось на 20%, а SI уменьшился на 12% по сравнению с исходными значениями. Различия между группами достоверны. При анализе результатов пробы на вегетативную реактивность исходно в обеих группах больных ХСН и СД 2 типа с АКН преобладали пациенты с нормальной и гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью. Через 16 недель терапии в 1-й группе у 35% пациентов регистрировалась нормальная вегетативная реактивность, у 24% – асимпатикотоническая и у 41% – гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность. В 2-й группе к концу исследования стал преобладать гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности (50,7%), доля пациентов с нормальным типом снизилась на 3,7%, а с асимпатическим – увеличилась на 7%.

Выводы: Применение милдроната в составе комплексной терапии ХСН у больных СД 2 типа с АКН сопровождается достоверным увеличением показателя среднеквадратического отклонения и уменьшением индекса напряжения регуляторных систем, снижением количества пациентов с гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью за счет статистически значимого увеличения числа лиц с нормотонией.

746 ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЯКУТСКА (1986-2008гг)

Федорова В.И., Климова Т.М., Балтахинова М.Е., Иванов К.И.
ФГНУ "Институт здоровья", Якутск, Россия

Избыточная масса тела и ожирение превратились в глобальную эпидемию, которая сопровождается повышенным риском развития клинически важных сопутствующих заболеваний. Масса тела – более достоверный прогностический фактор развития ишемической болезни сердца, чем артериальное давление, курение или нарушение толерантности к глюкозе. В связи с этим, целью исследования явилась оценка 20-летней динамики распространенности избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения среди мужского населения г.Якутска.

Материалы и методы: в работе использованы результаты двух одномоментных эпидемиологических выборочных исследований проведенных среди населения г.Якутска в 1986 и 2008гг. В 1986г было обследовано 2666 мужчин в возрасте 20-54 лет. Для сопоставительного анализа использованы данные 1333 человек в возрасте 35-54 лет (средний возраст 44,9±5,8 лет). В 2008 году по аналогичной программе было обследовано 473 мужчины в возрасте 35-64 лет. В анализ включены данные 357 человек в возрасте 35-54 лет (средний возраст 44,4±5,7 лет).

Статистический анализ данных выполнен с использованием пакета STATISTICA 8.0. Критическое значение уровня значимости (p) принималось равным 5%. Выборочные количественные параметры представлены в виде средних значений и стандартных отклонений (M±SD). Для сравнения количественных параметров использовался t-критерий Стьюдента, для качественных признаков – критерий Пирсона χ^2.

Избыточную массу тела и ожирение устанавливали при значении индекса массы тела (масса тела в кг/ рост м^2) ≥25 кг/м^2.

Результаты исследования: среднее значение индекса массы тела в обследованных выборках за прошедшее время увеличилось с 25,7±3,4 до 26,7±5,3 кг/м^2 (p=0,000). При этом прирост индекса массы тела отмечался у мужчин во всех возрастных группах.

В динамике установлено увеличение распространенности ИМТ и ожирения. Так, если в 1986г распространенность ИМТ и ожирения среди обследованного мужского населения составила 53%, то в 2008г– 66% (прирост в группах по возрасту составил 12-13%, p=0,000). Повышенная масса тела стала чаще наблюдаться среди лиц АГ. Так, если среди мужчин с АГ обследованных в 1986г избыточная масса тела и ожирение имелись у 63%, то в 2008 г. доля таких лиц увеличилась до 79% (p=0,000).

Заключение. Таким образом, в динамике среди городского мужского населения отмечается статистически значимое увеличение индекса массы тела, распространенности ИМТ, ожирения, и их вклада в развитие АГ. Поскольку, ИМТ и ожирение являются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа необходимо проведение профилактических программ по модификации образа жизни. Контроль массы тела в популяции способствовал бы предотвращению роста заболеваемости и смертности от болезней, связанных с повышенной массой тела.

747 МОДЕЛЬ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Федулова Е.В., Забело О.И., Алексеенко О.В., Шилов В.В., Кардаш О.Ф., Колядко М.Г.
ГУ "НПЦ "Институт фармакологии и биохимии НАН Беларуси", Минск, Республика Беларусь

Для изучения кардиотропной активности фармакологических препаратов применяются различные экспериментальные модели с применением адреномиметиков. Их общим недостатком является высокая смертность животных. Дофамин – стимулятор β_1-адренорецепторов, который также как и адреналин и норадреналин может вызывать повреждение миокарда. Однако для экспериментального моделирования он не использовался.

Цель: оценить возможность моделирования ишемии миокарда с помощью дофамина.

Материалы и методы. Объектами исследования являлись крысы самцы линий Wistar (n=11, масса 365-420 г), SHR (n=10, масса 270-350 г). Моделирование острого повреждения миокарда (ОПМ) осуществляли посредством однократного введения в хвостовую вену раствора дофамина в дозе 30 мг/кг. Для оценки ОПМ проводили регистрацию ЭКГ на приборе Biopac Systems MP 150 исходно и через 20 минут после введения препарата под уретановым наркозом (1мл уретана на 100г массы животного). Забор крови из сонной артерии для биохимического анализа выполняли через 30 минут после введения дофамина. На биохимическом анализаторе "Hitachi-902" (Германия) изучали маркеры повреждения миокарда (креатинфосфокиназа (КФК), миоглобиновая фракция (МВ) КФК, миоглобин), а также уровень глюкозы, триглицеридов, холестерина, мочевины. Контролем для биохимических исследований служила группа крыс самцов линий Wistar (n=10, масса 365-420 г), SHR (n=10, масса 270-350 г).

Результаты. Через 20 минут после введения дофамина у крыс линии Wistar и SHR наблюдалось достоверное (p<0,05) увеличение амплитуды зубца Q (на 10 и 9 мВ соответственно для Wistar и SHR) и уменьшение амплитуды зубца T (на 19 мВ для животных обеих линий). Помимо этого происходило удлинение комплексов QRS и QRST (более чем на 3 мВ для животных обеих линий, p<0,05). Кроме того у крыс линии Wistar наблюдалось значимое (p<0,05) увеличение амплитуды зубца S (на 20 мВ), тогда как у крыс линии SHR уменьшалась амплитуда зубца R (на 15 мВ). При анализе биохимических данных показано, что у крыс обеих линий происходит достоверное (p<0,05) увеличение уровней глюкозы (на 12 ммоль/л и на 4,1 ммоль/л, соответственно для Wistar и SHR), миоглобина (на 1,2 мкг/л и 7,6 мкг/л, соответственно для Wistar и SHR), мочевины (на 2,5 U/л для обеих линий животных). Кроме того, у крыс линии Wistar происходило достоверное (p<0,05) увеличение триглицеридов (на 2 ммоль/л), КФК (на 1384 U/л), КФК-МВ (на 2259 U/л). В течение эксперимента смерть животных не наблюдалась.

Выводы: Таким образом, при введении 30 мг/кг дофамина крысам линий Wistar и SHR моделируется острое повреждение миокарда, которое сопровождается ЭКГ и биохимическими изменениями.

748 ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА МНОГОКАНАЛЬНОГО ПОВЕРХНОСТНОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКИХ И НЕИШЕМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОГО ПРОВЕДЕНИЯ

Феофанова Т.Б.
НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН, Москва, Россия

Традиционные методы обследования не позволяют проводить точную неинвазивную диагностику и оценивать степень тяжести заболевания пациентов с сопутствующими нарушениями внутрижелудочкового проведения (НВЖП). На фоне НВЖП невозможно выявлять стресс-индуцированную ишемию и определять ее локализацию, интерпретировать полученные результаты, проводить дифференциальную диагностику. "Золотой" стандарт обследования – ангиокоронарография (АКГ), однако в 10-30% случаев выявляют неизмененные сосуды. Метод многоканального поверхностного ЭКГ-картирования (ПК) позволяет изучать процессы реполяризации миокарда при сопутствующих НВЖП, в связи с этим цель работы – исследовать возможности метода ПК, проводимого одновременно с ВЭМ-пробой, в дифференциальной диагно-

стике ишемических и неишемических изменений на фоне НВЖП. Материалы и методы. Проанализированы данные 67 пациентов с НВЖП (полной блокадой левой ножки, правой ножки пучка Гиса, двухпучковой блокадой): у 42 пациентов наблюдали сочетание ИБС и НВЖП (группа 1), у 25 – изолированное НВЖП или сочетание НВЖП и артериальной гипертензии (группа 2). Всем пациентам проведено ПК (в покое и одновременно с ВЭМ-пробой) и АКГ. При ПК анализировали разностные карты QRST, не зависящие от последовательности активации желудочков. Основной анализируемый параметр – DI (отклонение от средней нормы); изучали min DI, max DI, среднее отрицательное значение DI (СОЗ) и положительное значение DI (СПЗ), объём области позитивных значений (ОПЗ) и негативных значений (ОНЗ). Результаты. Исходно нарушения процессов реполяризации наблюдали в обеих исследуемых группах. Параметры разностных карт QRST в покое не различались. Группа 1: max DI 4,80; min DI -4,98; СОЗ -3,20; СПЗ 2,91; ОПЗ 18,55%; ОНЗ 21,12%. Группа 2: max DI 4,78; min DI -5,44; СОЗ -3,33; СПЗ 2,83; ОПЗ 14,40%; ОНЗ 22,08%. При одномоментном проведении ПК и ВЭМ-пробы на пике нагрузки в обеих группах наблюдали последовательные изменения значений DI. Группа 1: max DI 4,26; min DI -5,26; СОЗ -3,21; СПЗ 2,79; ОПЗ 9,83%; ОНЗ 24,93%. Группа 2: max DI 4,54; min DI -3,91; СОЗ -2,71; СПЗ 2,77; ОПЗ 9,79%; ОНЗ 11,88%. На 1-й минуте периода восстановления: группа 1: max DI 4,56; min DI -4,98; СОЗ -3,14; СПЗ 2,88; ОПЗ 13,08%; ОНЗ 22,03%. Группа 2: max DI 4,52; min DI -4,36; СОЗ -2,70; СПЗ 2,78; ОПЗ 10,23%; ОНЗ 14,73%.

Выводы. 1. Возможно неинвазивное исследование процессов реполяризации у пациентов с НВЖП. Необходимую информацию возможно получить путем анализа параметров разностных карт QRST при одновременном проведении ПК и ВЭМ-пробы. 2. Для дифференциальной диагностики наиболее информативные параметры разностных карт – min DI и область негативных значений DI. 3. При уменьшении min DI на 10% и более и/или при увеличении размера области негативных значений DI на 18% и более для любой из карт максимальной нагрузки и периода восстановления относительно изоинтегральной карты покоя делают заключение о наличии у пациента ИБС.

749 ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

ГОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет Росздрава", Краевой госпиталь для ветеранов войн, Барнаул, Россия

Цель: исследовать влияние методик информационно-волновой терапии (ИВТ) – низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ), излучения крайне высокой частоты (КВЧ), а также их комбинации – на центральную гемодинамику больных пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 325 больных с АГ (средний возраст 76,5±2,5 года), из них 55 женщин. У 18% больных была изолированная систолическая АГ, у остальных – ГБ III стадии. Средний уровень систолического артериального давления при поступлении в стационар был 156,2±3,3 мм рт.ст., диастолического – 96,4±0,6 мм рт.ст. У всех была ХСН, средний ФК -2,4±0,2. Исследование гемодинамики проводилось методом эходоппплеркардиографии с интервалом 20 дней. Больные рандомизировались в группы: 1-я – 130 больных, получавших НИЛИ внутривенно, накожно на кардиальные зоны Захарьина-Геда или с сочетанием этих методик, 2-я – 68 больных, получавших излучение КВЧ длиной волны 5,6 мм на 3-4 шейные позвонки или верхнюю треть грудины, 3-я – 42 больных, чередовавших сеансы НИЛИ на кардиальные зоны с КВЧ-излучением на верхнюю треть грудины, 4-я (группа сравнения) – 85 больных, получавших только фармакотерапию. Курс физиотерапии составлял 10-15 сеансов. Все пациенты получали сопоставимую медикаментозную терапию.

Результаты. У всех больных исходно имелось увеличение диаметра левого предсердия (ЛП), гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), диастолическая дисфункция миокарда левого и правого (ПЖ) желудочков при сохранении их систолической функции. К концу курса лечения у всех пациентов, получавших ИВТ, отмечено достоверное снижение диаметра ЛП, конечных систолического и диастолического размеров (КСР и КДР) ЛЖ, толщины задней стенки ЛЖ, увеличение фракции выброса (ФВ) и ударного объема (УО) ЛЖ. Снизилось время изоволюметрического расслабления ЛЖ и увеличение соотношения скоростей (Е/А) трансмитрального потока. У больных группы сравнения аналогичные изменения были менее выражены. В группе с сочетанием НИЛИ и КВЧ, кроме того, возросла ФВ ПЖ и уменьшилось среднее давление в легочной артерии ($p<0,05$). Использование НИЛИ имело наибольшую эффективность, прежде всего, за счёт позитивных изменений структуры и функции ПЖ: у больных 1-й группы, помимо выше указанных изменений, достоверно снизились КДР и КСР ПЖ, возросли ФВ и УО ПЖ, снизилось IVRT ПЖ, возросло соотношение пиков Е/А ПЖ. ($p<0,05$). Наибольший гемодинамический эффект НИЛИ отмечен при использовании внутривенного облучения и сочетания его с накожным.

Заключение. Применение ИВТ повышает эффективность комплексного лечения больных пожилого возраста с АГ, способствует позитивным изменениям структуры и функции миокарда. Более выраженные изменения гемодинамики отмечены при использовании НИЛИ с применением внутривенного воздействия.

750 ДИССИНХРОНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Фишман А.Ю., Чесникова А.И.

Ростовский государственный медицинский университет, Центр кардиологии и сердечнососудистой хирургии ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель нашего исследования: изучить особенности развития диссинхронии сердца у больных с ХСН и разными формами ИБС.

Материалы и методы. Обследованы 147 человек, из них 125 пациентов с сердечной недостаточностью ишемического генеза и 22 человека контрольной группы. В зависимости от формы ИБС пациенты с ХСН были распределены по следующим группам: 1 группа – больные ИБС, подвергшиеся кардиохирургическим вмешательствам (АКШ, МКШ, ЧКВ) – 28 человек; 2 группа – больные с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом – 42 человека; 3 группа – больные с аритмическим вариантом ИБС – 32 человека; 4 группа – больные со стабильной стенокардией напряжения без признаков нарушения ритма – 23 человека.

По стадиям ХСН пациенты распределились следующим образом: 43 пациента с I стадией, 50 – со II А и 32 со II Б стадией.

Среди обследованных пациентов преобладали больные с II и III функциональным классом ХСН (33 и 79 человек соответственно).

С целью диагностики диссинхронии миокарда проводилась эхокардиография на ультразвуковой системе Philips Sonos 7500. Были использованы следующие методики: М-режим, 2D-режим, стандартная допплерография и тканевая импульсно-волновая допплерография. Определялись показатели диссинхронии миокарда: SPWMD, A-PEP, IVMD, TDI (Ts) и гемодинамические параметры левого желудочка (ФВ по Симпсону, объемные показатели ЛЖ, масса миокарда ЛЖ).

Результаты. Среди пациентов с сердечной недостаточностью ишемического генеза у 28,8% были диагностированы

ЭхоКГ признаки диссинхронии. Анализ результатов в зависимости от наличия нарушений ритма показал, что в подгруппах с нарушениями ритма явления диссинхронии миокарда ЛЖ встречались достоверно чаще (p<0,05), чем в подгруппах с нормальным сердечным ритмом (39,14% против 20,04%). Среди пациентов с QRS≥0,12 частота встречаемости диссинхронии составила 86,36%, в группе с QRS<0,12 -13,64%. При сравнении значений ФВ и объемных показателей ЛЖ в группах больных ИБС с диссинхронией миокарда и без диссинхронии было выявлено, что ФВ ЛЖ в группе больных с диссинхронией была в среднем на 18,7% ниже, чем в группе больных ИБС без диссинхронии. В группе больных ИБС с диссинхронией были отмечены достоверно большие значения КДО, ИКДО, КСО, ИКСО.

Выводы. Диссинхрония миокарда выявлена у 28,8% пациентов с ХСН ишемического генеза. Частота выявления диссинхронии связана с наличием у пациентов нарушений ритма (39,14%) и шириной комплекса QRS ЭКГ и не зависит от формы ИБС. В группе больных ИБС с диссинхронией отмечались более выраженные признаки ремоделирования ЛЖ и более низкие показатели систолической функции ЛЖ.

751 РОЛЬ АДИПОКИНОВ В РАЗВИТИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Фотина О.Н., Антонюк М.В., Юбицкая Н.С.

Владивостокский филиал Учреждения РАМН Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивосток, Россия

Цель исследования – изучить содержание адипонектина, лептина и ФНО-а в сыворотке крови пациентов с метаболическим синдромом (МС) и оценить взаимосвязь их уровней с глюкозо-инсулиновым гомеостазом при формировании метаболического синдрома.

Методы исследования. В исследовании на условиях добровольного письменного информированного согласия участвовали 76 человек (35 мужчин, 41 женщина), средний возраст 45,7±1,9 лет. Первую группу (контрольная) составили 25 человек с нормальной массой тела, 2-ю группу – 51 пациент с МС. При диагностике МС руководствовались рекомендациями экспертов ВНОК (2009). Пациентам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование. В сыворотке крови определяли уровни глюкозы, инсулина, общего холестерина (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), рассчитывали индекс HOMA (инсулин натощак × глюкоза натощак /22,5). Содержание адипонектина, лептина, ФНО-α в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (наборы фирм BIO VENDER, Венгрия; DRG ELISA, Германия; INVITROGEN, Бельгия). Статистическую обработку данных проводили с использованием методов описательной статистики, корреляционного анализа по Пирсону. Статистическую значимость различий средних величин определяли по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты. Выявлено снижение содержания адипонектина у пациентов с МС по сравнению с группой контроля на 19,7% (p<0,01), повышение уровней лептина, ФНО-а в 2,1 и 2,7 раза соответственно (p<0,01). Проанализированы изменения содержания адипокинов в сыворотке крови в зависимости от величины индекса HOMA (1-я подгруппа при индексе HOMA < 2,7, 2-я подгруппа – > 2,7). У пациентов с МС без инсулинорезистентности по сравнению со значениями контрольной группы содержание адипонектина было ниже на 16%, у лиц с МС, имеющих инсулинорезистентность – на 23,9% (p < 0,01). Уровень лептина и ФНО-α у пациентов с МС был выше в обеих подгруппах по отношению к контролю. При этом у лиц с ИР показатель содержания лептина в 1,26 раза был выше, чем у пациентов с нормальным индексом HOMA. Проведенный корреляционный анализ выявил отрицательные связи уровня адипонектина с индексом Кетли (ИК), объемом талии (ОТ) (r=-0,32, p<0,05). Установлена прямая корреляция между уровнем лептина и ИК (r=0,67; p<0,01), ОТ (r=0,48, p<0,05), уровнем базального инсулина (r=0,29, p<0,05), индексом HOMA (r=0,32, p<0,05). Определена положительная корреляционная связь между уровнем ФНО-α и ИК, ОТ, глюкозой крови, инсулином и индексом HOMA.

Выводы. Проведенное исследование показало адипокиновый дисбаланс у больных с МС: снижение секреции адипонектина и увеличение лептина и ФНО-α. Установленная зависимость между снижением уровня адипонектина и наличием ИР подтверждает прямое влияние адипонектина на глюкозо-инсулиновый гомеостаз и участие данного адипокина в патогенезе МС.

752 СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ТРАПЕДИЛ- И ПАКЛИТАКСЕЛЬ-ЭЛЮИРУЮЩИМИ СТЕНТАМИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Франц М.В., Тепляков А.Т.**, Павлов П.И.**

* Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия. ** НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценка отдаленной (3-40 мес, в среднем 20,6±10 мес) антиишемической эффективности эндоваскулярной коронарной реваскуляризации трапедил-элюирующих (ТЭС) и паклитаксель-элюирующих (ПЭС) стентов у больных ИБС.

Материалы исследования: в исследование включено 109 пациентов с ишемической и постинфарктной дисфункцией ЛЖ. Больные рандомизированы на две группы: 1-й группе (n=58) имплантированы ТЭС Intrepide, 2-й (n-51) – выполнена успешная имплантация ПЭС Axxion, Taxus, Hercules. Продолжительность заболевания ИБС в среднем составила 44,7 мес в 1-й группе больных и 34,9 мес во 2-й. Частота перенесенного Q-образующего ИМ составила 32,7% в 1-й группе и 37,3% – во 2-й. Ещё 29,3% и 9,8% больных перенесли ИМ без зубца Q. Количество гемодинамически значимых (>50%) атеросклеротически пораженных КА составило 1,8±0,7 в 1-й группе и 1,8±0,8 – во 2-й. В 1-й группе 58 пациентам имплантировано 81 стент Intrepide (в среднем 1,3±0,7 ТЭС на одного больного). Пациентам 2-й группы установлено 75 ПЭС (в среднем 1,4±0,8 стента на одного больного). Во всех случаях после стентирования достигалась хорошая реваскуляризация дистального русла.

Полученные результаты: в отдаленном периоде наблюдения (в среднем через 18,5±8,2 мес) антиишемический эффект стентирования в 1-й группе проявлялся полным отсутствием симптомов стенокардии у 50% пациентов. В группе с имплантацией ПЭС через 24 мес симптомы стенокардии отсутствовали у 25,5% больных. Дистанция теста шестиминутной ходьбы увеличилась на 19,5% в 1-й группе и на 25,7% – во 2-й. Результаты ЭхоКГ свидетельствовали о тенденции к увеличению коронарного резерва сердца за счет снижения конечно-систолических и конечно-диастолических объемов и размеров ЛЖ и повышению ФВ ЛЖ на 3,8% и 3,6% в 1-й и 2-й группах соответственно. В группе ТЭС рецидивы стенокардии диагностированы в 29,1% случаях, в группе ПЭС – в 25,5%. По данным контрольной КАГ в группе ТЭС причиной возврата ишемии явилось прогрессирование атеросклероза в нативных КА 10,3%, в группе ПЭС – в 11,8% случаях. У 10,3% пациентов 1-й группы и 9,8% – 2-й рецидив ишемии был обусловлен рестенозом стентов, при этом в 12,1% и 3,9% случаях соответственно рестеноз сочетался с прогрессированием атеросклероза КА de novo. У 1 (1,9%) больного 2-й группы зарегистрирован нефатальный ИМ, причиной которого стал тромбоз стента Axxion через месяц после имплантации. Смерть зарегистрирована у 1 (1,9%) пациента на 29 мес после вмешательства, причиной смерти стало ОНМК. В 1-й группе

в отдаленном периоде летальных случаев, нефатальных ИМ и тромбозов стентов зарегистрировано не было. Повторная эндоваскулярная реваскуляризация КА успешно выполнена у 18,7% больных 1-й группы и 13,8% – 2-й. Хирургическая реваскуляризация посредством КШ осуществлена у 6 (10,3%) больных 1-й группы и у 4 (7,8%) – 2-й.

Выводы: коронарное стентирование ТЭС и ПЭС у больных ИБС обеспечивает безопасность и высокую антиишемическую эффективность в 100% случаев непосредственно после имплантации. Частота рестеноза ПЭС была в 1,4 раза ниже по сравнению с ТЭС (15,7% против 22,4%).

753 ИЗУЧЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫХ СВОЙСТВ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА РЕНИНА АЛИСКИРЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фрид С.А., Муталова Э.Г., Карпов А.А., Максютова С.С., Панова М.В., Еникеев Ю.В.
ГОУ ВПО БГМУ, Уфа, Россия

Цель: оценить антигипертензивное и нефропротективное действие алискирена в комбинации либо с антагонистом кальция амлодипином, либо с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) рениприлом у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: нами обследовано 52 пожилых пациента (средний возраст – 65,8±5,4 лет), находящихся на лечении в госпитале ветеранов г.Уфы, с гипертонической болезнью II – III стадии. Больные до рандомизации получали монотерапию либо эналаприлом (Рениприл, Фармстандарт, Россия), либо амлодипином (Нормодипин, Gedeon Richter, Венгрия), при этом целевой уровень артериального давления (ЦУ АД) достигнут не был. Средний уровень систолического артериального давления (АД) – 164,3±4,8 мм рт.ст., а диастолического – 94,6±5,2. Критерий исключения: заболевания обуславливающие развитие вторично сморщенной почки. Методом стратометрического отбора обследуемые разделены на 3 группы: пациенты с артериальной гипертензией (АГ) без поражения почек и ассоциированного клинического состояния (группа 1) – 18 человек, страдающие АГ и сахарным диабетом (СД) 2 типа (группа 2) – 17 человек и пациенты с поражением почек, обусловленным АГ (группа 3) – 17 человек. Все пациенты в течение 4 недель дополнительно к предшествующей терапии получали алискирен (Расилез, Novartis, Швейцария) 300 мг в сутки. Изучали уровень микроальбуминурии ("МАУ– ВиталДиагностик"), креатинин сыворотки крови, показатели клубочковой фильтрации (КФ) и клиренс креатинина (КК) по формуле MDRD и Кокрофта – Гаулта, а также показатели СМАД. Количество получавших и АПФ и антагонист кальция в каждой группе было сопоставимо.

Результаты: ЦУ АД ко 2 неделе терапии достигли все пациенты (12,5±1,5 суток), без межгрупповых различий. У пациентов группы 1 и 3 отмечалось достоверное уменьшение уровня МАУ ($p<0,05$) и уровня креатинина ($p<0,05$) и тенденция к увеличению клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции ($0,05<P<0,1$). У пациентов группы 2 отмечалась лишь тенденция к уменьшению уровня МАУ и уровня креатинина ($0,05<P<0,1$) и увеличению клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции ($0,05<P<0,1$), что возможно связано с более выраженными структурными изменениями почек при сочетании АГ и СД.

Выводы. 1. Добавление расилеза к лечению привело к достижению ЦУ АД у пациентов с АГ вне зависимости от наличия или отсутствия поражения органов мишеней и ассоциированного клинического состояния ко 2 неделе терапии.

2. У пациентов с АГ, а также у больных с поражением почек, обусловленным АГ, отмечалось достоверное уменьшение уровня микроальбуминурии, креатинина и мочевины сыворотки крови, а у пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа отмечалась лишь тенденция к уменьшению.

3. У всех обследуемых пациентов отмечалась тенденция к улучшению показателей клубочковой фильтрации и увеличение клиренса креатинина.

754 КАРДИОГЕННЫЕ (АРИТМОГЕННЫЕ) СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ (ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Фролов В.М., Симоненко В.Б., Сушкова И.Э., Мартыненко Т.В.
ФГУ"2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка", Москва, Россия

На долю кардиогенных синкопальных состояний (СС) приходится до 35% от всех обмороков (Capoor W.N.,1992), летальность при них – от 18 до 33% (Di Marco J.P., 1994).

Цели исследования: – изучение распространенности аритмогенно-обусловленных СС среди прикрепленных пациентов, структуры НСР наиболее часто являющихся причинами развития СС.

Материалы и методы. С января 2006г по январь 2011г выявлено 166 пациентов с СС. У 131(78,9%) пациентов СС были кардиогенными, из них, у 18(10,8%) СС были связаны с органическими (структурными) поражениями сердца, у 113(68,1%) – с аритмиями. Среди пациентов с аритмогенными СС мужчин было 82, женщин 31, в возрасте от 35 до 78 лет.

Результаты и обсуждение. Основной причиной СС явилась ФП (33%). На 2 месте- желудочковые тахикардии (ЖТ) (14%). Преобладание ФП в развитии СС обусловлено большей встречаемости ее в популяции и среди прикрепленных пациентов. При проведенном нами сравнительном анализе встречаемости СС при ФП и ЖТ выявлено, что СС встречались в 9% от всех случаев ФП, а при ЖТ – в 72%. Гемодинамическими факторами приводящими к СС при ФП являются: отсутствие полноценных систол предсердий, уменьшение сердечного выброса до 30%, укорочение диастолы, повышение давления в левом предсердии. Наиболее неблагоприятными формами являются ФП и трепетание предсердий (ТП) при синдроме WPW, наличие пауз (более 3500 мс). В 100% случаев СС развивается при ТП с коэффициентом проведения (1:1). Среди ЖТ наиболее неблагоприятной формой является полиморфная тахикардия при удлинении интервала QT ("torsade de pointes"). Среди наджелудочковых тахиаритмий: антидромная тахикардия при синдроме WPW (наблюдалась у 5 пациентов). Среди брадиаритмий, при которых развиваются СС: синдром слабости синусового узла (СССУ), (9 пациентов, 8%). СС встречаются у больных с имплантированными электрокардио-стимуляторами (ЭКС), выявлено (4 пациента, 3,53%). Причиной СС являлись как нарушения в системе стимуляции, так и НСР на фоне ЭКС. Наиболее часто НСР, как причина СС выявлялись при проведении холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ) (чувствительность 78%, а при проведении 3-х суточного мониторирования – 93%). Электрофизиологическое исследование (ЭФИ), в том числе неинвазивное (83%). Петлевой (событийный) рекордер, был эффективен во всех случаях его применения (6 случаев). Для выявления СС применялась проба с физической нагрузкой на велоэргометре (7 случаев). При проведении пассивной ортостатической пробы (тилт-тест), выявлялись аритмии обусловленные ортостатическими реакциями. В 14 случаях аритмии связанные с СС выявлены при проведении ЭКГ в покое.

Выводы. Распространенность СС по данным наблюдения в многопрофильном госпитале составила 68,%. Наиболее часто СС ассоциировались с ФП и ЖТ. Среди брадиаритмий наиболее частой причиной СС был СССУ. Наиболее приемлемым и информативным методом является холтеровское мониторирование ЭКГ.

755 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ С ПОМОЩЬЮ ОЦЕНКИ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПО СТАНДАРТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ

Фурман Н.В., Шматова С.С., Долотовская П.В., Мухортов В.В., Каткова Л.А.

ФГУ "Саратовский НИИ кардиологии" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель исследования: оценить возможность прогнозирования тяжести атеросклероза коронарных артерий у больных со стенокардией II-III ФК по Канадской классификации и отрицательным результатом тредмил-теста на основании параметров стандартной ЭКГ, характеризующих процессы реполяризации миокарда.

Материал и методы. У 46 пациентов, имеющих симптомы стенокардии II-III ФК, проведён тредмил-тест под контролем ЭКГ в 12 отведениях по модифицированному протоколу Bruce и коронароангиография. Во всех случаях тест с физической нагрузкой был отрицателен. Оценку процессов реполяризации миокарда проводили по поверхностной ЭКГ, рассчитывая величину интервала QT и его производных (корригированного интервала QT, интервала QTapex и корригированного интервала QTapex и их пространственной дисперсии) в покое и сразу после прекращения физической нагрузки.

Пациенты были разделены на две группы: группа 1 – гемодинамически значимый стеноз одной и более коронарной артерии с вовлечением левой коронарной артерии или проксимальной части передней нисходящей артерии, группа 2 – гемодинамически значимый стеноз одной и более коронарной артерии без вовлечения левой коронарной артерии или проксимального отдела передней нисходящей артерии. Оценка различий показателей в группах в зависимости от тяжести атеросклероза коронарных артерий выполнена по внутригрупповым коэффициентам относительного изменения ординальных переменных и векторам комплекса переменных.

На заключительном этапе проводили многофакторный дискриминантный анализ.

Результаты. Построена многомерная математическая модель, включающая среднюю величину интервала QT до и после нагрузки, сумму отклонений (векторов) комплекса переменных, среднюю величину QTapex до нагрузки, максимальную величину интервала QT и корригированного интервала QT, которая обеспечила 98,3% корректно классифицированных наблюдений для группы 1 и 97,8% для группы 2.

Выводы. Изменения показателей стандартной ЭКГ, характеризующих состояние процессов реполяризации миокарда, на фоне физической нагрузки, могут использоваться в качестве маркера тяжёлого поражения коронарных артерий в случае отрицательного (по общепринятым признакам) результата тредмил-теста.

756 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ И ЭКТОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернавский С.В., Барсов М.И., Дроздова И.Н.

ФГУ "ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ", Москва, Россия

Роль метаболического синдрома (МС) в развитии и формировании сахарного диабета 2 типа и атеросклероза у лиц среднего возраста общеизвестна. Нарушение углеводного обмена играет ведущую роль в синдромокомплексе МС.

Целью исследования явился анализ зависимости между различными уровнями гликемии и нарушениями ритма сердца (НРС), состоянием ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), основного обмена у пациентов с МС.

Проведено исследование 63 больных МС (40 мужчин, 23 женщины), средний возраст 45+2 лет. Все пациенты соответствовали критериям МС согласно рекомендациям ВНОК 2009г. Оценивались три вида углеводного обмена: I – уровень глюкозы крови натощак 3,3-5,5 ммоль/л, через 2 часа после еды менее 7,8 ммоль/л (нет нарушения углеводного обмена); II – уровень глюкозы крови натощак от 5,6 до 6,1 ммоль/л, через 2 часа после еды менее 7,8 ммоль/л (нарушенная гликемия натощак); III – уровень глюкозы крови натощак от 5,6 до 6,1 ммоль/л, через 2 часа после еды от 7,8 до 11,1 ммоль/л (нарушенная толерантность к глюкозе). Кроме этого учитывались данные суточного мониторирования ЭКГ, уровни альдостерона, ангиотензина -1, кортизона, тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3). Проведенный корреляционный анализ показал, что при отсутствии нарушений углеводного обмена имевшие место НРС имели тесную связь лишь с массой миокарда, частотой сердечных сокращений, уровнем альдостерона и ТТГ и находились в обратной зависимости от уровня глюкозы крови. При нарушенной гликемии натощак – уровень гликемии коррелировал с НСР в виде суправентрикулярной экстрасистолии, повышенным уровнем гормонов коры надпочечников, депрессией сегмента ST на фоне гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). При нарушенной толерантности к глюкозе отмечалась тесная связь уровня глюкозы как с атерогенными фракциями холестерина, при этом уровень постпрандиальной гликемии находился в обратной зависимости с уровнем альфа-холестерина, так и с гиперальдостеронемией. В то же время уровень постпрандиальной гликемии был в наибольшей степени связан не только с уровнем липидов крови, но и с нарушениями ритма сердца в виде вентрикулярной и суправентрикулярной экстрасистолии, коротких эпизодов фибрилляции предсердий, зависел от уровня основного обмена. Заключение: у больных МС между нарушениями углеводного обмена и развитием НРС имеется тесная взаимосвязь. Пороговым уровнем гликемии у больных МС для развития НРС является показатель 5,6 ммоль/л. Ведущую роль в развитии НРС играет не только уровень гликемии, но и гиперактивация РААС. Показатели гликемии натощак в большей степени коррелируют с НРС и гиперактивацией РААС, показатели постпрандиальной гликемии связаны с атерогенной дислипидемией на фоне субклинического гипотиреоза.

Таким образом, выявленные взаимосвязи уровня гликемии и нарушений сердечного ритма позволяют оптимизировать проводимые лечебно-профилактические мероприятия у больных МС.

757 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Чернавский С.В., Барсов М.И, Дроздова И.Н.

ФГУ "ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ", Москва, Россия

Риск развития ишемической болезни сердца, инфаркта головного мозга (ИГМ), общей коронарной смертности возрастает по мере увеличения компонентов метаболического синдрома (МС). Прогноз развития ИГМ и инфаркта миокарда (ИМ) у больных с полиметаболическими нарушениями является важной медико-социальной проблемой.

Нами проанализировано течение МС у 634 (336 мужчин и 298 женщин) больных на протяжении 7-летнего периода проспективного наблюдения. К концу периода наблюдения ИГМ констатировался у 82 (12,9%) больных, ИМ – у 93 (14,7%) пациентов. На основе дискриминантного анализа был разработан прогноз развития ИГМ и ИМ у больных МС. В результате математического моделирования развития ИГМ получено следующее дискриминантное уравнение: Y=1,08X1+11,92X2+ 5,55X3+16,1X4-0,93X5+5,2X6+8,01X7+ 4,16X8+0,37X9+ 2,0X10, где Y- сумма балов для прогноза развития ИГМ, а X1 – наличие стенозов в передней мозговой артерии, X2 – наличие стенозов в общей сонной артерии, X3 – наличие стенозов в позвоноч-

ной артерии, Х4 – уровень ХС ЛПНП, Х5 – уровень постпрандиальной гликемии, Х6 – уровень гликемии натощак, Х7 – наличие нарушений сердечного ритма по данным мониторирования ЭКГ по Холтеру, Х8 – наличие депрессии сегмента ST по данным ВЭМ, Х9 – уровень АДд по данным СМАД, Х10 – уровень АДс по данным СМАД. При сумме балов более 499 прогнозируется развитие ИГМ, при меньшей сумме балов – его отсутствие в течение ближайших семи лет. Общий процент правильной классификации – 78,9%. Математическая модель прогноза развития ИМ у больных МС выглядела следующим образом: Y=14,2X1+8,31X2+0,48X3+1,44X4+4,19X5+2,5X6+0,24X7-0,71X8+3,61X9+12,8X10, где Y- сумма балов для прогноза развития ИМ, а Х1- наличие депрессии сегмента ST по данным ВЭМ, Х2 – наличие нарушений сердечного ритма по данным мониторирования ЭКГпо Холтеру, Х3 – уровень АДс по данным СМАД, Х4 – уровень АДд по данным СМАД, Х5-уровень ХС ЛПНП, Х6 – ИМТ, Х7- ММЛЖ, Х8 – уровень постпрандиальной гликемии, Х9 – уровень гликемии натощак, Х10 – наличие гемодинамически незначимых стенозов в общей сонной артерии. При сумме балов более 514 прогнозируется развитие ИМ, при меньшей сумме балов – неосложненное течение МС. Общий процент правильной классификации – 91,4%. Необходимо отметить, что изменения в магистральных артериях головы на фоне гипергликемии, нарушений липидного спектра крови, уровни как систолического, так и диастолического АД не оказывают решающего значения в развитии ИГМ у больных МС. Напротив, наличие атеросклеротических изменений в магистральных артериях головы и нарушений липидного и углеводного обмена являлись ведущими факторами в развитии ИГМ. Развитие ИМ у больных МС тесно связано с уровнем систоло-диастолической гипертонии, с частотой нарушений сердечного ритма и критериями ишемии миокарда по данным нагрузочных проб, а также со степенью абдоминального ожирения, атерогенной дислипидемией и гипертрофией миокарда левого желудочка сердца. В то же время, нарушения углеводного обмена и наличие атеросклеротических изменений магистральных артерий головы не оказывают решающего значения на возникновение ИМ у этих больных.

758 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хаишева Л.А., Плескачев С.А., Гончарова О.Н., Олонцева Е.В., Бакулова В.Б., Ростова Г.В., Шлык С.В., Быковская Т.Ю, Самохина Л.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучение жесткости и эластичности сосудистой стенки, особенностей микроциркуляторной гемодинамики у пациентов с АГ.

Материалы и методы: обследовано 99 пациентов с АГ I-II степени, средний возраст (63,2±2,6 года), длительность заболевания 9,2±7,2 года. В диагностике поражения сосудов использовали: величину скорости распространения пульсовой волны (СРПВ); системы “Поли-Спектр”. ООО “Нейро-Софт” г. Иваново. Микроциркуляторное русло (МЦР) изучали с помощью допплерографа ультразвукового компьютеризированнового для исследования кровотока (Минимакс-допплер-К), ООО СП “Минимакс”, г. Санкт-Петербург. Оценивали: линейные скорости кровотока: Vas – максимальная систолическая скорость кровотока; Vam – средняя линейная скорость кровотока; Vakd – конечная диастолическая скорость; Qas (мл/мин): – систолическая объемная скорость по кривой средней скорости (показатель тканевой перфузии); использовали окклюзионную (манжеточною) пробу.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациенты были разделены на две группы: I гр (длительность АГ до 10 лет) – 42 пациента, АГ 4,91±3,65 лет, II группа (АГ более 10 лет) – 57 пациентов, имели в анамнезе АГ 8,93±7,0 лет (p <0,05).

Резервные возможности МЦР, характеризует прирост линейной скорости кровотока после постокклюзионной пробы, который должен составить не менее чем 20% от исходных величин, сохранен только среди пациентов I группы. Среди больных, с длительностью АГ более 10 лет наоборот отмечалась достоверное снижение данного показателя.

Увеличение объемной скорости кровотока происходило уже на первой минуте пробы, максимальный ответ наблюдался в обеих группах на 3 минуте – именно это увеличение является амплитудой реакции, затем в норме должно наблюдаться снижение Qas к 5 – 7 минуте, достоверно не отличающемуся от исходного уровня, что и произошло среди пациентов 1 –ой группы, а у больных, имеющих длительный стаж АГ достижения фоновых значений объемной скорости кровотока не наблюдалось и превышало их на 10-15%.

В целом по группе СРПВ по Сэ составила 12,3±0,7 м\с и была достоверно выше среди пациентов, имеющих АГ более 10 лет. СРПВ по сосудам мышечного типа имеет тенденцию к увеличению данного показателя в среднем по группе 8,3±0,6 м\с. При проведении корреляционных взаимосвязей выявлена достоверная связь слабой силы между СРПВ в сосудах эластического типа и средней линейной скоростью кровотока =0,28, так же получена связь слабой силы между систолическим АД и Vam =0,3 (p<0,05), связь средней силы между систолическим АД и СРПВ в сосудах эластического типа = 0,51 (p<0,05).

Выводы. Пациенты с АГ имеют нарушения МЦР и СРПВ, при увеличении продолжительность АГ линейные показатели скорости кровотока статистически значимо увеличиваются, напрямую коррелируя с длительностью заболевания. Между изменениями в МЦР и СРПВ по сосудам эластического типа имеются корреляционные взаимосвязи, которые указывают на общность процессов.

759 ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА

Халтурина И.Г., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

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).

Материалы и методы: 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.

Результаты. 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 в обеих группах 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 оптимизации 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 оптимизирующее влияние на коагуляционный и тромбоцитарный гемостаз.

760 АССОЦИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД С МАРКЕРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хамидуллаева Г.А., Курбанова Д.Р., Абдуллаева Г.Ж., Каримова Б.Ш.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить ассоциацию нарушенного суточного профиля АД у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ) и высоким риском с маркерами сердечно-сосудистого ремоделирования.

Материал и методы исследования. В исследование включены 172 больных ЭГ с I-II степени АГ с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ВНОК, 2008) в среднем возрасте 47,28±9,95 лет. Проводилось офисное измерение АД по методу Короткова, суточное мониторирование АД. Оценивалась эндотелиальная функция с помощью "манжеточной пробы", толщина комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии методом дуплексного сканирования. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате ультразвуковой системы "Sonoline versa pro" ("SIEMENS", Германия). Наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) диагностировали при показателе индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) > 125 г/м^2.

Результаты. В результате обследования больных ЭГ ГЛЖ была выявлена у 86% больных, нарушение эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) по приросту диаметра плечевой артерии <10% у 83,5% больных. Суточный ритм АД оценивался по амплитуде АД на основе показателя Степени Ночного Снижения (СНС) АД. В целом по группе отмечено снижение значений СНС САД и ДАД, составивших 7,28±8,3% и 9,07±10,1% соответственно. Так, 112 (65,1%) обследованных пациентов имели патологический характер СПАД по САД и 99 (57,6%) по ДАД. Дальнейший анализ с выделением групп с наличием и отсутствием ГЛЖ выявил особенности по выраженности отклонений офисных значений АД и его суточного профиля. У больных с ГЛЖ отмечено достоверно более высокие значения офисных САД и ДАД, по данным СМАД значений средних дневных и ночных САД, индекса нагрузки по дневным и ночным значениям САД и ДАД. В процессе корреляционного анализа в группе больных с ГЛЖ выявлены прямые корреляции между ИММЛЖ и ср.сут. значениями САД (r=+0,3; p<0,05), среднедневными САД (r=+0,32; p<0,05), индексом САД днем (r=+0,35; p<0,05), отрицательная корреляция между индексом концентрической трансформации левого желудочка и индексом нагрузки САД днем (r=-0,31; p<0,05). Прослеживалась умеренная обратная зависимость между среднесуточным САД, среднедневным и средне ночным САД и нарушением ЭЗВД (r=-0,33 при p=0,004; r=-0,34 при p=0,003; r=-0,29 при p=0,000). Параметры СМАД (среднесуточное, среднедневное, средне-ночное САД) также прямо коррелировали с нарастанием толщины КИМ (r=+0,33 при p=0,000; r=+0,30 при p=0,000; r=+0,36 при p=0,002).

Заключение. Выявлены корреляционные связи параметров нарушенного суточного профиля АД с маркерами сердечно-сосудистого ремоделирования у больных ЭГ с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. При этом отмечена приоритетность систолического АД в формировании изучаемых ассоциаций.

761 СКРИНИНГ НАРУШЕНИЙ СНА, ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ И СИНДРОМА АПНОЭ СНА У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

[1]Харина Н.В., [1]Иванникова Л.В., [2]Лышова О.В.

[1]Госпиталь ФГУЗ "Медико-санитарная часть ГУВД по Воронежской области"; [2]ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России, Воронеж, Россия

Актуальность. Данные годовых отчётов нашего терапевтического отделения за последние пять лет, свидетельствуют о высокой встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы. В 2010г на эту патологию пришлось 955 (63,8%) госпитализаций из 1497 случаев. Анализ заболеваемости (по количеству случаев) показал, что первое место занимает гипертоническая болезнь (ГБ): 494 (51,7%) случая; второе – ишемическая болезнь сердца (ИБС): 421 (44,1%) случай. Эти две патологии считаются одними из главных причин развития хронической сердечной недостаточности, которая долгое время протекает бессимптомно. Первыми её проявлениями могут быть нарушения регуляции дыхания во время сна и расстройства сна.

Цель: исследовать встречаемость синдрома апноэ во сне (САС), субъективные характеристики сна и выраженность дневной сонливости у больных ГБ.

Объект: 138 мужчин в возрасте от 28 до 70 лет, средний возраст 45,0 (σ=9,1) лет, из них у 35 (25%) диагностирована ГБ I стадии, у 86 (62%) – II стадии (61%), у 17 (12%) – III стадии. В последнем случае 16 пациентов имели ИБС, 8 из них перенесли инфаркт миокарда; один пациент из 17 перенёс острое нарушение мозгового кровообращения.

Методы. В каждом случае стандартное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование дополнялось тестированием по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна, Эпвортской шкале дневной сонливости и анкете скрининга САС.

Результаты. 131 (95%) пациент из 138 обследованных знал о повышении у него артериального давления (от 140 и 90 мм рт.ст. и выше), при этом 86 (66%) сообщили о более высоких его уровнях в утренние часы, по сравнению с вечерними; 48 (37%) – обратили внимание на высокий уровень диастолического артериального давления. На утренние головные боли жаловались 65 пациентов (47% от общего числа обследованных), на храп во сне – 115 (83%). 34 (25%) пациента сообщили, что окружающие отмечали у них остановки дыхания во сне. У 96 (70%) можно было подозревать САС. Дневную сонливость в состоянии расслабленного бодрствования испытывали 74 (54%) пациента, во время активной деятельности – 2 (1%). Из 138 опрошенных подавляющее большинство описывало дневную сонливость разной степени выраженности при просмотре телевизионных передач (79%), во второй половине дня во время отдыха (73%), после приёма пищи (62%). Суммарный балл, набранный по анкете субъективных характеристик сна, свидетельствовал о явных его нарушениях у 71 (51%) пациента, у других 63 (46%) выявлено пограничное состояние. Среди негативных характеристик сна с разной частотой упоминались следующие: частые и очень частые ночные пробуждения (19%); короткая продолжительность сна (17%); плохое и очень плохое качество сна (14%); долгое и очень долгое засыпание (12%); плохое и очень плохое каче-

ство утреннего пробуждения (12%); множественные и тревожные сновидения (4%). Заключение. Установлена высокая частота встречаемости нарушений сна, дневной сонливости и синдрома апноэ во сне у мужчин с гипертонической болезнью.

762 СВЯЗЬ ПРИЁМА АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В РАННИЙ ПЕРИОД ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМОВ СЕГМЕНТА ST С РАЗВИТИЕМ КРУПНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЗА ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Харченко М.С., Эрлих А.Д., Грацианский Н.А.
Лаборатория клинической кардиологии ФГУ "НИИ Физико-химической медицины" ФМБА России, Москва, Россия

Предпосылки. Использование нескольких антитромботических препаратов при остром коронарном синдроме без подъёма сегмента ST (ОКС БП ST) уменьшает частоту ишемических осложнений. При этом возрастает вероятность развития крупных кровотечений. Остаётся не до конца ясным, какие именно антитромботические препараты и какие их сочетания с большей вероятностью могут быть связаны с развитием кровотечений при ОКС БП ST при его консервативном лечении.

Материал и методы. Включение больных в исследование проводилось по принципам проведения регистра: последовательно госпитализированные больные (25 в месяц), поступавшие в ГКБ № 29 (стационар без возможности проведения инвазивных процедур). Основную группу составили больные с симптомами ОКС БП ST и развившимся в стационаре крупным кровотечением (по шкале GUSTO или TIMI) (n=24) – Кр+. В группу сравнения вошли больные с ОКС БП ST без крупного кровотечения, попарно (в пропорции 2:1) подобранные к основной группе (n=48) – Кр-. Пары соответствовали друг другу по полу и возрасту. При анализе проводилось прямое сравнение групп по частоте использования различных антитромботических препаратов.

Результаты. Группы Кр+ и Кр- достоверно не отличались по основным демографическим и клиническим параметрам на момент поступления в стационар. В группе Кр+ была значимо ниже медиана клиренса креатинина (39,0 мл/мин против 57,5 мл/мин; p=0,04), чаще диагностировался острый инфаркт миокарда (79% против 44%; p=0,004). В группе Кр+ была отмечена необычайно высокая летальность (63%), однако не все случаи смерти за время госпитализации были непосредственным следствием развившегося кровотечения. Летальность в группе Кр- была 0%.

Частота использования ацетилсалициловой кислоты (АСК) на догоспитальном этапе в связи с развитием ОКС БП ST в группе Кр+ было достоверно меньшим, чем в группе Кр- (25% против 54%; p=0,019). Частота приёма АСК в первые 24 часа госпитализации также была меньшей в группе Кр+ (88% против 100%; p=0,012). Частота использования клопидогреля в первые 24 часа госпитализации была 29% в группе Кр+ и 35% в группе Кр- (p=0,65). Догоспитально антикоагулянты использовались у 17% больных в группе Кр+ и 33% в группе Кр- (p=0,14). Частота применения антикоагулянтов в первые 24 часа госпитализации достоверно не различалась в группах Кр+ и Кр- (88% против 96%; p=0,4). Не было также достоверного различия по частоте использования нефракционированного гепарина [НФГ] (63% против 46%; p=0,18), и фондапаринукса (17% против 21%; p=0,7) в первые 24 часа госпитализации. Частота использования низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в первые 24 часа госпитализации в группе Кр+ была достоверно меньшей (8% против 29%; p=0,045). Не было значимых различий между группами по длительности лечения антикоагулянтами.

Заключение. У больных с ОКС БП ST развитие крупного кровотечения в стационаре сочетается с меньшей частотой использования АСК догоспитально и в первые 24 часа госпитализации, а также с меньшей частотой использования НМГ, но не других гепаринов в первые 24 часа госпитализации.

Нечастое развития крупных кровотечений, а значит, небольшое число больных в группах сравнения не даёт возможности делать вывод о причинно-следственном характере полученных взаимосвязей. Но результаты этого анализа могут стать поводом для дальнейшего прицельного изучения причин выявленных различий.

763 ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Харченко О.А., Романенко С.В., Фурса А.В.
Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, Днепропетровск, Украина

Важным фактором ограничения жизнедеятельности у больных после оперативной коррекции врожденных пороков сердца (ВПС) является развитие синдрома сердечной недостаточности как исхода послеоперационного ремоделирования и дилатации преимущественно правых отделов сердца. Эти явления ассоциированы с высокой аритмогенной желудочковой активностью и нарушением автономного обеспечения сердечной деятельности, диагностическим и прогностическим маркером чего может служить турбулентность сердечного ритма (ТСР).

Цель исследования. Изучить особенности ТСР у лиц с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) в отдаленном периоде после оперативной коррекции ВПС.

Методы исследования. 60 пациентам, перенесшим оперативную коррекцию ВПС (дефекты перегородок, пороки Фалло, пороки магистральных сосудов и клапанов сердца), возраст 30,0±10,5 лет, 35 (58%) мужчин, проведено суточное мониторирование (СМ) ЭКГ (система Кардиотехника 4000, Россия) и эхокардиография в М- и В-режимах (LOGIC P5 PRO, GE, США). Желудочковые аритмии различных градаций выявлены при СМ ЭКГ у 48 обследованных (80%), однако лишь у 18 больных (возраст 34,5±9,9 лет, 10 мужчин) количественные характеристики ЖЭ позволили провести анализ ТСР. Расчет ТСР базировался на принципах методики G. Schmidt (1999) и осуществлялся с помощью программы ВАРАН®, разработанной в лаборатории экспертно-реабилитационной ультразвуковой и функциональной диагностики Укр Гос НИИ МСПИ. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью непараметрического корреляционного анализа Спирмена (ППП "Statistica 6.0"), результаты считали статистически значимыми при уровне p<0,05.

Результаты. Согласно полученным данным, оба показателя ТСР у обследованных больных не выходили за пределы нормальных значений, предложенных G. Schmidt. Медиана HRTO -2,15%, 95% ДИ от -3,25 до -1,48%, HRTS – 20,3 мс/RR, 95% ДИ от 15,0 до 24,5 мс/RR. Оба параметра ТСР не зависели от возраста и пола больных (все p>0,05). HRTS не был связан с частотой ЖЭ (R = 0,05, p = 0,8), в отличие от HRTO, для которого установлена средней силы обратная зависимость от суточного количества ЖЭ (R=-0,57, p=0,014), что может существенно снижать информативность этого показателя у лиц с высокой эктопической активностью.

Снижение HRTS было ассоциировано (R=-0,52, p=0,04) с развитием дилатации правого желудочка (ПЖ), в то время как статистически значимых связей HRTO с КДР ПЖ выявлено не было (R=0,28, p=0,27). ТСР не была связана с систолической дисфункцией ПЖ (R=-0,11, p=0,7 для HRTO, R=0,34, p=0,27 для HRTS), что, возможно, объясняется отсутствием пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью в данном исследовании. Также не выявлено корреляций параметров ТСР со структурно-функциональным состоянием левых желудочка и предсердия (p>0,05 для всех корреляционных пар).

Выводы. У больных после оперативной коррекции ВПС снижение ТСР связано с дилатацией ПЖ, что отражает нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма, связанные с послеоперационным ремоделированием сердца.

764 ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КРОВОТОКА И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ОПЕРИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Харченко О.А., Романенко С.В., Фурса А.В., Зубко И.Н.
Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности. Днепропетровск, Украина

Качество жизни у больных с врожденными пороками сердца (ВПС) обусловлено множеством факторов, а именно морфофункциональным состоянием сердца и сосудов, толерантностью к физическим нагрузкам (ТФН), нарушениями функционирования центральной и периферической нервных систем. Несмотря на тесную связь центральной гемодинамики с состоянием магистральных артерий, эта проблема у больных после оперативной коррекции ВПС изучена недостаточно.

Цель. Изучить взаимосвязь гемодинамических параметров кровотока магистральных артерий головы (МАГ) и ТФН у больных в отдаленном периоде после оперативной коррекции ВПС.

Материалы и методы. Обследовано 85 пациентов, оперированных по поводу дефектов перегородок, пороков Фалло, пороков развития крупных артерий, аортального и митрального клапанов, средний возраст 28,4±1,57 лет, 57,7% мужчин. Всем больным было проведено дуплексное сканирование МАГ (система GE Logiq P5 Pro) с определением пиковой систолической скорости кровотока (Vps) и расчетом индексов резистивности (RI) и тест 6-минутной ходьбы. К первой группе отнесли 52 пациента с высокой ТФН, с дистанцией 6-минутной ходьбы 426 м и более, что соответствует 0- I ФК по NYHA. Второй группу составили 33 пациента со сниженной ТФН, с дистанцией 6-минутной ходьбы 425 м и менее, что соответствует II и выше ФК по NYHA. Статистическую обработку проводили с помощью t-критерия Стьюдента для независимых групп, результаты считали статистически значимыми при уровне $p<0,05$.

Результаты. У пациентов 2ой группы по сравнению с 1ой группой установлено статистически значимое снижение Vps по общим сонным артериям (ОСА) (84,64±20,66 против 109,23±18,47, $p<0,001$), внутренним сонным артериям (ВСА) (69,30±16,23 против 83,59±15,76, $p<0,001$) и позвоночным артериям (ПА) (52,36±13,38 против 60,57±13,51, $p=0,008$). Снижение общего периферического сопротивления сосудов у лиц со сниженой ТФН косвенно подтверждается достоверными межгрупповыми отличиями показателя RI по ОСА (0,72±0,07 против 0,78±0,07, $p=0,002$), ВСА (0,60±0,07против 0,65±0,08, $p=0,004$) и ПА (0,66±0,10 против 0,74±0,13, $p=0,15$).

Выводы. У лиц после оперативной коррекции ВПС прогрессирующее снижение ТФН ассоциировано с нарушениями центральной гемодинамики в виде уменьшения скорости кровотока по МАГ и снижении их индексов резистивности.

765 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ КАНДИДАТНЫХ ГЕНОВ СО СКОРОСТЬЮ НАТРИЙ-ЛИТИЕВОГО ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА В ПОПУЛЯЦИИ

Хасанов Н.Р., Хан Мутасим Биллах, Мухутдинова Э.М., Ослопов В.Н., Хасанова Д.Р.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Изучить ассоциации полиморфизма M235T гена ангиотензиногена ANG, I/D гена ангиотензинпревращающего фермента ACE, G49S гена β-адренорецептора ADRB1, 4a/4b минисателлита гена эндотелиальной NO-синтазы eNOS, T5C гена аполипопротеина A-V APOA5, R2197K гена АТФ-связывающего мембранного кассетного транспортера типа A1 ABCA1, G603A гена нейронального транспортёра глутамата EAAT2, G/A rs545098 гена субъединицы GluR1 ионотропного рецептора глутамата AMPA1, C/T rs9307959 гена субъединицы GluR2 ионотропного рецептора глутамата AMPA2, C/T rs189994 в гене апоптоз-индуцирующего фактора AIF, IVS9-675 C>A гена индуцируемого гипоксией фактора 1 HIF-1A, G/A rs1052576 в гене каспазы 9 CASP9, A/G rs3219023 в гене медиатора глутаматовой токсичности полимеразы 1 поли (АДФ)-рибозы PARP-1 и A/G rs7141 гена белка эфрина B3 мембранного лиганда рецептора тирозинкиназы EFNB3 с величиной скорости натрий-литиевого противотранспорта (НЛП) в мембране эритроцита в популяции.

Материал и методы. В исследование было включено 254 жителя Республики Татарстан, относящихся к татарскому этносу, в том числе 83 больных ГБ (32,7%). Всем обследованным определялась скорость НЛП по методу M.Canessa (1980). Идентификация аллелей полиморфных маркеров кандидатных генов проводилась методом ПЦР.

Результаты. Проведен корреляционный анализ (Gamma-корреляция), позволяющий оценить вклад каждого из кандидатных генов в формирование величины скорости НЛП. Определены достоверные корреляции полиморфизма A/G rs3219023 гена PARP-1 (=-0,11, $p=0,04$) и полиморфизма M235T гена ANG (=0,16, $p=0,04$) с величиной скорости НЛП. Выявленная корреляция скорости НЛП с полиморфизмом A/G rs3219023 в гене PARP-1 может свидетельствовать об участии регуляторов апоптоза в формировании структурно-функционального состояния клеточных мембран. Корреляция M235T полиморфизма гена ангиотензиногена с генетически детерминированной скоростью НЛП в мембране эритроцита представляет большой интерес в свете показанных ранее ассоциаций полиморфизма гена ANG и высокой скорости НЛП с ГБ.

Выводы. 1. Скорость натрий-литиевого противотранспорта в мембране эритроцита коррелирует с полиморфизмом A/G rs3219023 гена полимеразы 1 поли (АДФ)-рибозы и полиморфизмом M235T гена ангиотензиногена.

766 ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЫБОР ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Хелия Т.Г., Дроздова Л.Ю., Воронина В.П., Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю.
ФГУ "ГНИЦПМ" Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: изучить факторы, влияющие на выбор терапии при лечении пациентов с ишемической болезнью сердца и соответствие этого выбора современным рекомендациям в реальной клинической практике.

Материалы и методы: в течение 2010г был проведен опрос всего у 149 врачей терапевтических специальностей поликлиник города Москвы. Процент опрошенных составил: 51%-терапевты, 8%-кардиологи, 41%-врачи других специальностей. Стаж работы менее 5лет имели 11%, 5-10лет-3%, 10-15лет-7%, более 15лет-65%. Опросник состоял из 12 вопросов с 5-6 вариантами ответов.

Результаты исследования: большинство врачей (41%) были уверены в том, что грамотно назначенная лекарственная терапия более эффективна, чем коронарная ангиопластика в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца, сомневались в этом 48%, а 11% – решили не отвечать на поставленный вопрос. 49% опрошенных врачей знают, что агрессивной медикаментозной терапией ишемической болезни сердца является комбинация из антиагреганта+статина+ингибитора АПФ+бета-блокатора. Правильно опреде-

лить наиболее опасный побочный эффект антагониста кальция дигидропиридинового ряда (учащение приступов стенокардии и развитие инфаркта миокарда) в списке предложенных вариантов смогли 38% врачей. В реальной клинической ситуации (пациенту, перенесшему острый инфаркт миокарда, страдающему сердечной недостаточностью с ФВ=30%) 42% врачей в дополнение к ингибитору АПФ для улучшения прогноза жизни предпочли назначить метопролол сукцинат, 21% выбрали ивабрадин, 11% – не ответили на заданный вопрос. На кардиоселективный бета-блокатор – метопролол смогли указать 28% врачей.

Выводы: использованный метод интерактивного или письменного опроса дал возможность выявить недостаточное знание современных клинических рекомендаций по лечению ишемической болезни сердца.

767 ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В.
ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Росздрава, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: проанализировать половые и возрастные особенности липидного обмена у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материалы: Включен 91 пациент с диагнозом ИМпST. Пациенты были разделены по полу, возрасту согласно классификации ВОЗ: 45-59 лет, 60-74 лет, старше 75 лет. Средний возраст мужчин и женщин не отличался и составил 59,15±1,49 и 62,94±1,91 лет (p>0,05), соответственно. Ожирение оценивалось по данным индекса массы тела (ИМТ) классификации ВОЗ (1997): менее 18,5 кг/м^2 – дефицит массы тела; от 18,5 до 24,9 кг/м^2 – нормальный показатель; от 25,0 до 29,9 кг/м^2 – избыточная масса тела; от 30 до 34,9 кг/м^2 – ожирение I степени; от 35 до 40 кг/м^2 – ожирение II степени, более 40 кг/м^2 – ожирение III степени. Измеряли объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ). Оценивали показатели липидограмм пациентов. Статистическая обработка исследуемого материала проводилась программой Statistika 6.0. Достоверные значения, при p<0,05.

Результаты: Анализируя средние значения ИМТ среди мужчин (29,04±1,21 кг/м^2) и женщин (30,26±0,58 кг/м^2) ИМпST достоверно не различались. При изучении ИМТ в зависимости от пола у пациентов ИМпST было выявлено, что нормальную массу тела имели лишь 6% мужчин и только 7% женщины. Избыточная масса тела выявлена преимущественно у мужчин 59% по сравнению с женщинами 36% (p<0,05). Отмечена тенденция к увеличению количества женщин с ожирением I степени – 52%, чем у мужчин 35% (p<0,05); ожирение II степени наблюдалось только у 5% женщин (p>0,05). Среди изучаемых пациентов ИМпST выявлено увеличение ОТ (109,66±2,27см) и ОБ (124,06±1,89см) у женщин по сравнению с ОТ (103,59±1,49см) и ОБ (93,44±1,46см) (p<0,05) у мужчин. При анализе показателей липидограмм у пациентов ИМпST было выявлено повышение уровня общего холестерина (ОХС) (5,78±0,06 ммоль/л) и триглицеридов (ТГ) (1,62±0,04 ммоль/л) у женщин по сравнению с мужчинами (5,53±0,4 и 1,48±0,03 ммоль/л, соответственно) (p<0,05); достоверных различий уровня (липопротеидов высокой и низкой плотности) ЛПВП, ЛПНП и индекса атерогенности не выявлено. При анализе возрастных особенностей достоверных различий средних показателей ИМТ (29,62±0,41, 30,33±0,49, 29,73±0,85лет) и липидограмм (ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, индекса атерогенности) не выявлено. Получено увеличение ОТ 109,1±3,71см и ОБ 114,2±3,95см у лиц старше 75 лет по сравнению с более младшими возрастными группами 45-59 лет (98,08±2,05см, 99,53 ±2,78см), 60-74 лет (102,22±1,42см, 104,17±2,94см).

Вывод: Нарушение липидного обмена можно интерпретировать, как гендерные различия, которые влияют на тяжесть течения ИМпST и наиболее выражены у женщин. Необходимо учитывать не только индекс массы тела, но измерять объем талии для исключения абдоминального ожирения у пациентов. Среди женщин и лиц старше 75 лет при ИМпST абдоминальное ожирение встречается чаще, что влияет на прогноз заболевания. Таким образом, корригируемые факторы риска должны лежать в основе вторичной профилактики больных острым инфарктом миокарда.

768 ПУРИНОВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННЫЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Телитченко В.Н.
ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Росздрава, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Изучить показатели пуринового обмена у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) осложненным сердечной недостаточностью.

Материалы: Включены пациенты с диагнозом ИМпST, осложненным сердечной недостаточностью (СН) по классификации Killip I-III степени. Всего 91 человек, средний возраст 60,86±1,2 лет. Контрольную группу составили здоровые добровольцы 59,83±0,79лет, сопоставимы по возрасту. Все больные были разделены на группы, учитывая степень тяжести СН по Killip: I, II, III, средний возраст в изучаемых группах составил: I – 57,69±2,51, II – 59,64±1,35, III – 70,8±3,19лет. При поступлении пациентам проводилась оценка активности ферментов пуринового обмена: ксантиноксидазы в плазме крови определяли по уровню образовавшейся в результате реакции мочевой кислоты (МК), 5□-нуклеотидазы в сыворотке крови – методом Edwards. Активность аденозиндезаминазы определяли по методу Kalckar с модификацией (Tritsch, 1983). Содержание МК в плазме крови определяли колориметрическим методом с использованием фосфорновольфрамового реактива Фолина – Дениса. Статистическая обработка исследуемого материала проводилась программой Statistika 6.0. Достоверными различия изучаемых показателей считали p<0,05.

Результаты: При изучении показателей пуринового обмена отмечено достоверное увеличение активности аденозиндезаминазы 6,42±0,16 нмоль/мин/мг, ксантиноксидазы 45,79±1,68 нмоль/мин/л, 5-нуклеотидазы 8,93±0,17 нмоль/мин мг и уровня МК 1,95±0,11 ммоль/л по сравнению со здоровыми добровольцами. У пациентов ИМпST на фоне дефицита аденозинтрифосфата происходит увеличение активности 5-нуклеотидазы и запускается ксантиноксидазная реакция с вовлечением гипоксантна, что в конечном итоге приводит к необратимости катаболизма пуринов, а следовательно, к увеличению активности ксантиноксидазы и уровня МК. На фоне прогрессирования СН Killip I – III степени тяжести среди групп получено достоверное увеличение активности ксантиноксидазы (35,86±1,36; 42,88±1,08; 62,98±2,46 нмоль /мин/л) и уровня МК (1,64±0,12; 1,9±0,13; 2,57±0,37 ммоль/л) (p<0,05), соответственно. Анализируя активность аденозиндезаминазы в группах с усугублением СН достоверных различий не отмечено.

Выводы. Наиболее выраженные нарушения пуринового обмена выявлены у пациентов ИМпST при развитии отека легких. Установлено увеличение активности ксантиноксидазы по мере прогрессирования степени тяжести ОСН, что можно использовать для оценки прогноза ОСН у больных ИМпST.

769 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА БЕЗ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хорькина Ю.А., Боровкова Н.Ю.
ГОУ ВПО Нижегородская медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучить особенности ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) сердца у больных с гипертонической формой хронического гломерулонефрита (ХГН) без почечной недостаточности.

Материалы и методы. Исследовали особенности структурно-функционального состояния ЛЖ сердца методом эхокардиографии на ультразвуковом сканере "ALOKA SSD – 4000" (Япония) у 50 больных ХГН (средний возраст 44,3±10,6 года) гипертонической формы с АГ 1 – 3 степени без признаков хронической почечной недостаточности в сравнении с 20 практически здоровыми лицами. Статистическая обработка проведена с помощью программы "STATISTICA 6.0" и представлена в виде M±m.

Результаты. Проведенное исследование у больных ХГН выявило четкую связь между формированием гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) сердца и степенью тяжести гипертензивного синдрома. Так, при 1 ст. АГ толщина межжелудочковой перегородки была в пределах нормы (1,05±0,05 см), тогда как при 2 и 3 ст. она достоверно увеличивалась (1,20±0,02 и 1,3±0,04 см соответственно, p<0,05). Толщина задней стенки ЛЖ также имела нормальные значения в случае 1 ст. АГ (1,02±0,05 см), достоверно возрастая при 2 и 3 ст. гипертензивного синдрома (1,56±0,39 и 1,29±0,04 см соответственно, p<0,01; 0,05). Масса миокарда ЛЖ сохранялась в пределах показателей здоровых у больных АГ с 1 ст. (218,49±24,05 г), отчетливо увеличиваясь при 2 ст. (267,06±12,23 г, p<0,01) и еще более при 3 ст. (383,17±17,66 г, p<0,001) АГ. Конечные систолический и диастолический размеры ЛЖ не выходили за пределы показателей здоровых как при 1 ст. АГ (4,90± 0,18 см и 3,28±0,06 см) так и при 2 ст. (4,94±0,05 см и 3,36±0,10 см), но достоверно увеличивались у пациентов с 3 ст. гипертензивного синдрома (5,65±0,03; p< 0,001 и 4,30±0,11; p<0,0001). Относительная толщина стенки (ОТС) ЛЖ выявила различный тип его ремоделирования в зависимости от тяжести АГ. В целом, если у гипертензивных больных ХГН при 1 ст. АГ структурных изменений ЛЖ сердца не было обнаружено, то при 2 ст. констатирована концентрическая гипертрофия ЛЖ, а при 3 ст. – эксцентрическая с дилатацией ЛЖ.

Вывод. У больных гипертонической формой ХГН без признаков почечной недостаточности при АГ 2 и 3 ст. имеет место ремоделирование ЛЖ сердца.

770 ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хохлова Л.Н., Чегодаева Л.В., Ванькова Л.В.
Медицинский институт, Саранск, Россия

Общей для всех развитых стран является тенденция к неуклонному росту числа лиц со стойким снижением функции почек. Сегодня, очевидно, что для болезней, ранее считавшихся исключительно "почечными", характерны разнообразные сердечно – сосудистые осложнения. В свою очередь у кардиологического больного нередко можно наблюдать признаки поражения почек, иногда весьма выраженные и трудно корригируемые. Наконец, сегодня не вызывает сомнения общность факторов риска и прогрессирования хронических заболеваний сердечно – сосудистой системы и почек. В связи с этим многие лечебные стратегии оказываются одинаково полезными как для исходно кардиологического, так и для нефрологического больного. Учитывая, большую распространенность сахарного диабета и гипертонической болезни в общей популяции, важное значение имеет поиск ранних признаков поражения почек у больных этими заболеваниями.

Цель нашего исследования выявление микроальбуминурии, как раннего признака поражения почек, у больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Нами был проведён анализ результатов лабораторных исследований у 142 больных с артериальной гипертензией. Все больные находились на лечении в отделении терапии №1 ГКБ №13 г. Саранска. Больные были разделены на 3 группы. Первая группа, 47 больных, с диагнозом: Артериальная гипертензия IIст., высокий риск, ХСН Iст. Вторая группа (49 чел.) с диагнозом: Артериальная гипертензия IIIст., очень высокий риск, ХСН IIст., осложнённой ОНМК; третья группа – 46 больных с диагнозом: Артериальная гипертензия IIIст., очень высокий риск, ХСН IIст. Сахарный диабет 2 типа, ср.ст. тяжести.

Результаты. Наличие микроальбуминурии было выявлено во всех трёх группах. В первой группе микроальбуминурия наблюдалась у 32% (n=15) больных. Во второй группе наличие микроальбуминурии выявлено у 53% (n=26) пациентов. Наибольшее количество больных с микроальбуминурией зарегистрировали в третьей группе, что составило 78% (n=36). Креатинин, мочевина плазмы крови были повышены только в группе больных с сахарным диабетом. Также во всех трёх группах наблюдалось снижение скорости клубочковой фильтрации менее 90 мл/мин/1,73 м^2.

Заключение. Таким образом, наличие микроальбуминурии является ранним основным признаком почечного поражения. Повышение мочевой экскреции альбумина у пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, хронической сердечной недостаточностью является одним из достоверных маркеров высокой вероятности не только ухудшения функции почек, но и развития угрожающих жизни сердечно-сосудистых осложнений. Следовательно, определение альбуминурии низких величин – перспективный подход к оценке долгосрочного прогноза у пациентов с так называемой предгипертензией, а также в других ситуациях, когда велика вероятность возникновения АГ, например у лиц с абдоминальным ожирением или при наличии отягощённого семейного анамнеза.

771 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ С АКТИВНОСТЬЮ ВОСПАЛЕНИЯ И ВОЗРАСТОМ

Храмцова Н.А., Дзизинский А.А.
ГОУ ДПО "Иркутский государственный институт усовершенствования врачей", Иркутск, Россия

В структуре причин кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений нередко обсуждается ключевая роль эндотелиальной дисфункции. Увеличение толщины комплекса интима-медиа приводит, как известно, к значительному росту сердечно–сосудистых осложнений. В отдельных работах обнаружена прямая корреляционная зависимость между уровнем СРБ и эндотелиальной дисфункцией. При всех системных заболеваниях соединительной ткани ремоделирование сосудистой стенки приводит к заметным изменениям ее реактивности. Имеются данные о более раннем развитии и прогрессировании атеросклероза у больных ревматоидным артритом (РА), что, видимо, не исключает у этих пациентов субклинического ревматоидного васкулита. Предполагается, что ускоренное развитие атеросклероза фактически является своеобразным внесуставным (системным) проявлением РА.

Целью настоящего исследования явилось изучение функционального состояния сосудов у больных ревматоидным артритом.

В одномоментное аналитическое поперечное исследование было включено 110 больных, страдающих РА. Диагноз был верифицирован по критериям ARA (1987г.). Средний возраст больных составил 53,7±9,6 лет. Исследование структуры и параметров ремоделирования сосудов проводилось на аппарате LogiqBookXP "General Electrics" (США), функция эндотелия оценивалась неинвазивным способом по D. S. Celermajer.

Частота эндотелийзависимой вазодилатации у больных РА в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) составила 85,7%, без АГ – 59,6% (p<0,01) эндотелийнезависимой – 46% и 31,9% (p<0,05), соответственно. Сосудистая дисфункция значительно преобладала у пациентов РА в сочетании с арте-

риальной гипертонией и высокой активностью воспаления по DAS 28. При этом морфофункциональные характеристики сосудов у больных РА без гипертонии и высокой активности воспаления были сопоставимы с контролем. Значимыми предикторами сосудистой дисфункции у больных, страдающих ревматоидным артритом, явились активность воспаления по DAS 28 (OR-9,45, p<0,01), продолжительность РА более 10 лет (OR-6,69, p<0,01), гипергликемия (OR-4,19, p<0,05), прием глюкокортикоидов в суммарной дозе свыше 3,0 г в пересчете на преднизолон (OR-3,98 и 3,01, соответственно), артериальная гипертония (OR-4,75, p<0,01), уровень холестерина ЛПНП > 3,0 ммоль/л (OR-3,76, p<0,01) и снижение скорости клубочковой фильтрации (OR-3,83, p<0,01). При этом существенный вклад в формирование эндотелийзависимой вазодилатации оказывал уровень СРБ (7,23; 1,89<OR<21,7; p<0,01), эндотелийнезависимой – возраст больных (4,19; 1,61<OR<11,4; p<0,01).

Таким образом, сосудистая дисфункция в большей степени взаимосвязана с артериальной гипертонией, активностью воспаления и другими последствиями ревматоидного артрита, при этом отмечена корреляция параметров сосудистой ригидности с возрастом больных.

772 КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Хубулава Г.Г., Шихвердиев Н.Н., Марченко С.П., Наумов А.Б., Пелешок А.С.

Клиника Хирургии усовершенствования врачей им. П.А. Куприянова Военно-Медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия

Существуют заболевания, требующие проведения неотложных кардиохирургических вмешательств: острый коронарный синдром, расслаивающая аневризма аорты, острая недостаточность ЛЖ при инфекционном эндокардите аортального клапана, тампонада сердца.

Цель. Оценить непосредственные результаты лечения и эффективность предоперационной подготовки пациентов к неотложным кардиохирургическим вмешательствам.

Материалы и методы. Анализировали результаты хирургического лечения 126 пациентов, оперированных по неотложным показаниям в период с 2000 по 2011гг. Средний возраст пациентов составил 57±5,2 лет. Острый коронарный синдром диагностирован у 63 пациентов, острое разрушение внутрисердечных структур имело место у 13, расслоение восходящей аорты – у 36 пациентов, дуги аорты – у 9 пациентов, острая парапротезная регургитация на аортальном клапане – у троих, на митральном – у двоих больных. Лечение 65% пациентов с острым коронарным синдромом начинали с установки внутриаортального баллонного контрпульсатора (ВАБК) за 2-24 часа до операции, что позволяло осуществлять эффективное восстановление сердечной деятельности после отключения АИКа. В предоперационную подготовку у 17 пациентов была включена респираторная поддержка аппаратом Respironics BiPAP Vision (неинвазивная вентиляция). Контрольную группу составили 8 человек: 3 с острым разрушением аортального клапана и регургитацией 3 степени, 5 с недостаточностью митрального клапана и регургитацией 3 степени. В группу с НВЛ включены 13 наблюдений: 8 пациентов с недостаточностью аортального клапана 3 степени, 5 пациентов с недостаточностью митрального клапана 3 степени. В обеих группах при не эффективности респираторной поддержки пациенты переводились на ИВЛ.

Результаты. Всем пациентам было показано экстренное оперативное вмешательство: протезирование клапана сердца, восходящей аорты или ее дуги. Критерии включения: кардиогенный отек легких, гипоксемия (Sat менее 90% при дыхании воздухом), ясное сознание, адекватное поведение, отсутствие тяжелых нарушений ритма, стабильная гемодинамика (систолическое АД более 90 мм рт.ст.). За период лечения в клинике погибло 14 пациентов (11,1%). Основной причиной смерти являлась острая сердечная недостаточность – 7, кровотечение – 2, полиорганная недостаточность-4, дыхательная недостаточность – 1. Наибольшая летальность наблюдалась у пациентов с аневризмой дуги аорты (умерло 2 из 9 оперированных, 22,2%). Традиционная респираторная терапия была неэффективной в 4 случаях, эти пациенты были переведены на ИВЛ. У 4 пациентов индукция в анестезию сопровождалась тяжелыми гемодинамическими нарушениями. Среди пациентов, находящихся на НВЛ, обеспечить адекватную оксигенацию не удалось в одном случае. Общая летальность: в контрольной группе 4 пациента, в группе НВЛ – 2.

Выводы. Кратковременная интенсивная терапия, включающая методы вспомогательного кровообращения (ВАБК), и проведение хирургического вмешательства в ранние сроки позволяет существенно улучшить результаты лечения неотложных состояний у пациентов кардиологического профиля.

Назначение НВЛ для коррекции нарушений, вызванных отеком легких, в дооперационном периоде позволяет эффективно контролировать газообмен и без интубации трахеи подготовить пациента к экстренному вмешательству. Способствует уменьшению дооперационной летальности и позволяет избежать тяжелых гемодинамических нарушений во время индукции в анестезию.

773 ПОЛУЧЕНИЕ КАРДИОМИОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА ИЗ КЛЕТОК ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ IN VITRO

Худяков А.А., Билибина А.А., Курапеев Д.И., Малашичева А.Б.

ФГУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

В основе патогенеза многих сердечно-сосудистых заболеваний лежит изменение функций клеток, составляющих сердечно-сосудистую систему, поэтому для изучения таких патологий необходимо существование удобной и надёжной системы, на которой было бы возможно моделирование того или иного заболевания. В настоящее время существует множество протоколов получения кардиомиоцитов и кардиомиоцит-подобных клеток, из которых исследователю необходимо выбрать подходящий и работающий в условиях данной лаборатории вариант. Целью данной работы являлась разработка метода получения культуры кардиомиоцитов для дальнейшего применения в исследованиях, посвящённых патогенезу ряда врождённых пороков сердца.

Клетки-предшественники кардиомиоцитов получали из ткани миокарда человека путём ферментативной диссоциации. Клетки выращивали в клональном посеве и затем дифференцировали при помощи специфических факторов.

Степень дифференцировки оценивали по экспрессии специфических маркеров кардиомиоцитов при помощи метода обратной ПЦР (оценивалась экспрессия следующих маркеров: сердечный актин, тропонин Т, GATA-4, Mef2C, Nkx2.5, βMHC), а также при помощи метода иммуноцитохимической окраски клеток (окраска на α-актинин, тропонин I и десмин).

Были получены и охарактеризованы клетки-предшественники кардиомиоцитов, происходящие из различных участков сердца человека. Показана возможность дифференцировки клеток-предшественников в кардиомиоцит-подобные клетки, экспрессирующие специфичные для кардиомиоцитов маркеры – саркомерные белки α-актинин и тропонин I (выявлены с помощью иммуноцитохимической окраски клеток), а также сердечный актин, тропонин Т, GATA-4, Nkx2.5 (экспрессия оценивалась с помощью метода обратной ПЦР).

Показано, что дифференцировка мезенхимных стволовых клеток жировой ткани в направлении кардиомиоцитов при помощи деметиидина, не приводит к эффективному получению культуры кардимиоцитов.

Получены и охарактеризованы несколько клеточных линий-предшественников кардиомиоцитов. Разработан метод введения в культуру предшественников кардиомиоцитов и их последующая дифференцировка. Культивирование кардиомиоцитов in vitro позволит в будущем моделировать процессы, имеющие место в эмбриогенезе человека, в частно-

сти, пороки развития сердца. В дальнейшей работе планируется применение других методов получения кардиомиоцитов, сравнение их с имеющимся методом и выбор наиболее эффективного.

774 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ПОСТУРАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Хурсанов Н.М., Умаров А.А., Халикова Н.А., Дадахонова Ф.Н., Саидзоирова М.А.

Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель. Оценить влияние сочетанного применения липразида и рексетина на функционально-приспособительные реакции у больных гипертонической болезнью с коморбидной депрессией.

Методы исследования. В исследование включены 29 больных гипертонической болезнью, в возрасте от 54 до 72 лет (в среднем 62,3±2,1 года). У 10 пациентов имело место артериальная гипертензия (АГ) I-й, у 19 – II-й степень тяжести в соответствии с классификацией ВОЗ/МОАГ 1999г. по уровню артериального давления (АД).

Для выявления и оценки аффективных расстройств использовались: Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression) и опросник тревоги Спилберга STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Липразид 10 (лизиноприл 10мг + гидрохлортиазид 12,5мг) назначался 1 раз в день, при недостижении целевых цифр АД доза препарата удваивалась. Среднесуточная терапевтическая доза составляла 1,5 таб. Рексетин назначался в суточной дозе 20мг. Для оценки постуральных реакций после 8 недельного курса лечения использовалась активная ортостатическая проба. Уровень АД и частоту сердечных сокращений (ЧСС) определяли непосредственно перед ортостатической пробой в покое затем сразу после перехода из горизонтального положения в вертикальное (в конце 1-й, 3-й и 6-й мин).

Полученные результаты. К концу курса лечения липразидом 10 и рексетином отмечалось существенное улучшение общего состояния больных, которое сопровождалось стойким снижением систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) соответственно на 18 и 15% от исходного. Отмечалось и существенная положительная динамика со стороны психологического статуса пациентов, о чем свидетельствовали значительное (на 28%) уменьшение усредненных баллов по шкалам депрессии и тревоги. При динамическом анализе ортостатической пробы отмечено сохранение характера изменений гемодинамики (близкое к физиологическому) на фоне терапии липразидом 10 и рексетином. При переходе из горизонтального положения в вертикальное САД понизилось в среднем на 11 мм рт.ст., ДАД на 9 мм рт.ст. Увеличение ЧСС в среднем на 10,1 уд. в мин. в начале пробы, которое уменьшилось к концу 6-й мин. в среднем до 7,5 уд. в мин., также укладывается в пределы общепринятых физиологических норм.

Вывод. Сочетанное применение липразида 10 и рексетина не провоцируют развитие постуральных явлений у больных гипертонической болезнью с коморбидными аффективными расстройствами.

775 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ПОДВЕРГШИХСЯ АНГИОПЛАСТИКЕ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ

Царенок С.Ю., Горбунов В.В., Гагаркина Л.С.

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Показано, что центральное аортальное давление, особенно центральное пульсовое давление, и индекс аугментации коррелируют со степенью ремоделирования крупных артерий и СПВ как классического показателя жесткости сосудистой стенки.

Целью нашей работы явилось изучение показателей центрального аортального давления и сосудистой жесткости у больных с хронической коронарной недостаточностью, подвергшихся ангиопластике со стентированием.

Материалы и методы исследования: Обследовано 19 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса, подвергшихся ангиопластике со стентированием, получающих стандартную терапию бета-адреноблокаторами, ингибиторами АПФ, двухкомпонентную дезагрегантную терапию, статины. Средний возраст пациентов составил 55,5±8,6 лет. В качестве группы сравнения исследовали пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения III функционального класса (13 человек), сопоставимых по полу и возрасту. Показатели центрального аортального давления определялись на приборе SphygmoCor с помощью системы SphygmoCor Px (Австралия).

Результаты: У 21% пациентов, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам, выявлено повышение центрального систолического и диастолического давления, в 31% случаев выявлено снижение центрального пульсового давления. Достоверных отличий по уровню центрального систолического и диастолического артериального давления с группой сравнения не выявлено. Все показатели, характеризующие жесткость сосудистой стенки в обеих исследуемых группах были повышены, однако были хуже в группе лиц с ишемической болезнью сердца, не имеющих в анамнезе чрескожные коронарные вмешательства, что, возможно, объясняется меньшей приверженностью данной категории больных к терапии. Скорость распространения пульсовой волны в группе контроля составила 7,9±1,8 м/с; в группе сравнения – 8,6±2,0 м/с. Давление аугментации в группе контроля составило 11,1±7,3 мм рт.ст.; в группе сравнения – 17,6±7,2 мм рт.ст. Индекс аугментации в основной группе составил 21,3±17,2; в группе сравнения – 35,3±9,1. Продолжительность систолы (ED) в группе больных с хронической коронарной недостаточностью, подвергшихся ангиопластике составила 273,8±30,2 мс, что достоверно ниже, чем в группе сравнения (297±33,3 мс, $p<0,03$). Индекс Buckberg (отношение диастолической площади к систолической площади аортальной пульсовой волны), характеризующий субэндокардиальный кровоток и потребности миокарда в кислороде, в группе контроля составил 158,2±25,2%, что достоверно ниже, чем в группе сравнения (190,8±42%, $p>0,01$). Данные показатели, вероятно, свидетельствуют о более выраженной коронарной недостаточности в группе больных с чрескожными коронарными вмешательствами в анамнезе.

Заключение: У больных с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам, наблюдается повышение показателей, характеризующих сосудистую жесткость, выявлена систолическая дисфункция и снижение субэндокардиального кровотока.

776 ВЛИЯНИЕ ТЕРМАЛЬНЫХ ВОД ЗАБАЙКАЛЬЯ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧЕЛОВЕКА

Цырендоржиева В.Б., Нимаева Д.Ц.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Воды Алханая в Забайкалье относятся к холодным (1,9° – 3,7° С), ультрапресным водам гидрокарбонатно-кальциевого типа с общей минерализацией от 19,0 до 43,6 мг/л. Аршаны Алханая содержат следующий состав микроэлементов: йод, селен, фтор, стронций, никель, молибден, серебро, мышьяк и др. До настоящего времени бальнеологическое действие аршанов Алханая на организм человека не изучалось.

Цели исследования: изучено влияние целебных аршанов

Алханая на гемодинамические показатели у лиц разных возрастных групп.

Материала и методы. В исследование было включено 40 пациентов молодого возраста от 17 до 21 года и 48 пациентов старшей возрастной группы, в возрасте от 35 до 55 лет. Лица молодого возраста были разделены на 4 группы: 1- с вегетососудистой дистонией (ВСД) с исходно нормальным артериальным давлением; 2 – с ВСД по гипотоническому типу; 3 – с ВСД по гипертоническому типу; 4 – без ВСД.

Пациенты старшей возрастной группы были разделены на две группы: 1 – с исходной мягкой артериальной гипертензией; 2 – с исходно нормальным артериальным давлением. Всем проводилось измерение систолического давления (САД), диастолического давления (ДАД), исходного числа сердечных сокращений (ЧСС) и контроль через 5 минут, 15 минут, 30 минут, 6 и 12 часов после воздействия воды.

Полученные результаты. Установлено, что у молодых лиц без ВСД практически не происходило изменений гемодинамических показателей через 12 часов после водных процедур. У лиц с ВСД по гипотоническому типу произошло наиболее достоверное увеличение САД через 12 часов. У лиц с ВСД по гипертоническому типу отмечено снижение всех трех параметров, однако наблюдалось наиболее значительное снижение ДАД. У лиц с ВСД с исходно нормальным АД не произошло изменений ни одного показателя.

У пациентов старшей возрастной группы с исходно нормальным АД и у лиц с исходной мягкой артериальной гипертензией отмечалось недостоверное снижение всех показателей.

Выводы. В ходе проведенных исследований выявлено, что лечебные аршаны Алханая показаны больным с ВСД по гипотоническому типу, так как оказывают преимущественно тонизирующее влияние. В то же время, данный вид лечения у гипертензивных лиц с мягкой артериальной гипертензией не вызывает повышения АД, а напротив, обладает некоторым гипотензивным эффектом.

777 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ПРОГРАММЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Черкашина А.Л., Шеинская И.М., Фрик И.В.

ГУЗ ИОКБ, кардиологический диспансер, Иркутск, Россия

Цель: повышение уровня доступности специализированной кардиологической помощи населению отдаленных районов области, обеспечение городских и районных муниципальных медицинских учреждений высокотехнологичным оборудованием для диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: на территории области разработана программа модернизации здравоохранения на период 2011-2013гг, в которой усовершенствование организации медицинской помощи пациентам с кардиопатологией является одним из главных критериев доступности и качества специализированных методов диагностики и лечения для населения. В рамках реализации этой программы планируется закупка более 400 единиц медицинской техники, в том числе высокотехнологичного оборудования для диагностики кардиологических заболеваний. Сейчас на территории региона работают 4 региональных межмуниципальных кардиологических центра, оснащенные блоками интенсивной терапии, в которых созданы условия для оказания специализированных (в т.ч. высокотехнологичных) медицинских услуг для больных с сердечно-сосудистой патологией и проведения тромболизиса на этапе скорой медицинской помощи. В работе используются федеральные и региональные стандарты медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда, ишемической болезнью сердца. Разработан, утвержден и работает механизм маршрутизации и этапности госпитализации в региональные кардиоцентры для больных с острым коронарным синдромом. Для оперативного консультирования специалистов все кардиологические центры области связаны в едином телекоммуникационном пространстве. На базах городских и крупных сельских районных больниц получили широкое распространение стационарзамещающие подразделения и амбулаторная реабилитационная служба для больных с сердечно-сосудистой патологией. Создана и работает пятиуровневая система контроля качества медицинской помощи больным, в т.ч. областная экспертная комиссия по оценке качества предоставляемых медицинских услуг. В рамках модернизации планируется организация еще 4 межмуниципальных кардиологических центров, которые позволят охватить более 2/3 территории области.

Результаты: внедрение программы модернизации здравоохранения области и, в рамках ее реализации, создание дополнительных межмуниципальных кардиологических центров, приведет к планируемому в 2012 году (по сравнению с 2009г.):

– снижению смертности населения от болезней систем кровообращения на 7,7%, в т.ч. в трудоспособном возрасте на 10%;

– снижению больничной летальности при ОИМ на 10,7%;

– увеличению доли госпитализированных больных с ОИМ в первые 12 часов на 30-35%;

– увеличению пятилетней выживаемости больных после ОИМ на 10%.

Выводы: все вышеперечисленные уже проводимые и запланированные мероприятия по модернизации оказания медицинской помощи кардиологическим больным Иркутской области, приведут к положительному сдвигу в доступности и качестве специализированных медицинских услуг для этой категории пациентов и снижению смертности от сердечно-сосудистой патологии.

778 КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ПРОВОДИМОСТИ

Чернова А. А.

КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Этиологические факторы нарушений проводимости разнообразны и могут быть сведены практически к любым заболеваниям сердечно-сосудистой системы. В то же время в последние два десятилетия внимание исследователей привлекают и генетически детерминированные (первичные) нарушения проводимости, связанные с некоторыми передающимися по наследству аномалиями в строении проводящей системы сердца. Следует отметить, что составленные соответствующими образом родословные с большим количеством родственников хоть и могут быть пригодны для установления типа наследования заболевания, но такой анализ может привести к неправильным результатам и выводам. Только целенаправленные обширные семейные исследования в отличие от описания отдельных генеалогий дают систематизированную информацию о генетических основах заболевания.

Цель исследования: изучение прироста наследственной отягощенности в семьях г. Красноярска с патологией проводящей системы сердца за 10-летний период и выявление генетических предикторов нарушений сердечной проводимости.

Материал и методы исследования. Из базы данных кафедры внутренних болезней №1 КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого были отобраны семьи с первичными, наследственно-обусловленными нарушениями сердечной проводимости. За 2010-2011 г. было проведено семейное обследование 53 пробандов и 145 их родственников I -II –III степени родства. Все пробанды были разделены на 4 группы в зависимости от варианта нарушений сердечной проводимости: 1 группа: с АВБ различной степени: 10 пробандов и 9 их родственников I -II –III степени родства. 2 группа:

с БЛНПГ: 29 пробандов и 26 их родственников I -II –III степени родства. 3 группа: с БПНПГ: 7 пробандов и 9 их родственника I-II – III степени родства.4 группа: с сочетанием АВБ и БЛНПГ, АВБ и БПНПГ: 7 пробандов и 9 родственник I-II – III степени родства.

Все обследуемые подписывали форму информированного согласия. Проводился клинический осмотр, ЭКГ, ЭхоКГ, Вэм, КРГ, холтер ЭКГ.

Выводы. В семьях пробандов с различными нарушениями сердечной проводимости отмечен достоверный прирост заболеваемости данной патологией за 10-летний период с 22,65% (29 больных родственников из 128) до 36,55% (53 больных родственника из 145 здоровых). В семьях пробандов с различными нарушениями сердечной проводимости отмечен достоверный прирост заболевания данной патологией среди отцов пробандов с 33,33% до 76,2%, братьев с 20% до 62,5%, сыновей с 16,67% до 41,67% к 2011 году, внуков с 8,33% до 26,7%, бабушек с 16,67% до 25%,. К 2011 году в семьях пробандов выявлено 28,57% больных племянников, 50% больных племянниц, 50% больных правнучек с отсутствием заболевания в 2000 году. Выявлены достоверные различия между больными с нарушениями внутрижелудочковой проводимости по гомозиготному генотипу II гена альфа2В-адренорецепторов по сравнению с лицами контрольной группы, соответственно 40,4% и 33,47% ($p<0,05$).Выявлены достоверные различия между больными с нарушениями атриовентрикулярной проводимости по гомозиготному генотипу DD гена альфа2В-адренорецепторов по сравнению с лицами контрольной группы, соответственно 29,09% и 15,51% ($p<0,05$).Выявлены достоверные различия между больными с нарушениями внутрижелудочковой проводимости по гомозиготному генотипу DD гена eNOS по сравнению с лицами контрольной группы, соответственно 16,5% и 3,19% ($p<0,001$). Выявлены достоверные различия между больными с нарушениями атриовентрикулярной проводимости по гетерозиготному генотипу ID гена eNOS по сравнению с лицами контрольной группы, соответственно 44,45% и 25,45% ($p<0,01$).

779 РАДИОНУКЛИДНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Чернов В.И., Минин С.М., Саушкина Ю.В., Ефимова И.Ю., Лебедев Д.И., Лишманов Ю.Б.

НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить возможности радионуклидных методов исследования в определении эффективности и прогнозе кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) у пациентов с дилатационной кардиомиопатией.

Материалы и методы. В исследование включено 27 пациентов в возрасте 32 до 62 лет (средний возраст 55,4±8,3 лет) с дилатационной кардиомиопатией, сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по NYHA и полной блокадой левой ножки пучка Гиса. Всем пациентам до КРТ была выполнена однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) с ^{123}I-йодфенилметилпентадекановой кислотой (^{123}I-ФМПДК) для изучения метаболизма миокарда. До и через 12 месяцев после КРТ проводили ОЭКТ с ^{99m}Tc-технетрилом в покое для оценки миокардиальной перфузии и равновесную томовентрикулографию (РТВГ) для определения контрактильной функции желудочков сердца.

Результаты. По результатам РТВГ после КРТ все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – 6 человек, у которых фракция выброса (ФВЛЖ) не изменилась или уменьшилась, 2 группа – 11 пациентов, у которых ФВЛЖ увеличилась на 4-10 абсолютных% и 3 группа – 10 больных, у которых ФВЛЖ увеличилась более чем на 10 абсолютных%. До КРТ группы не различались по показателям контрактильной функции желудочков сердца и миокардиальной перфузии. По данным ОЭКТ с ^{123}I-ФМПДК величина дефекта накопления жирной кислоты была значимо выше в 1-й группе по сравнению с 3-й группой (22±8,12 и 13,73±4,1 соответственно, $p=0,041$).

После СРТ у пациентов всех групп наблюдалась положительная динамика сердечной недостаточности, функциональный класс которого уменьшился минимум на 1 единицу. Кроме того, после СРТ во 2 и 3 группах отмечалось статистически значимое увеличение ФВЛЖ, ударного объема левого желудочка, уменьшение межжелудочковой и левожелудочковой диссинхронии. У пациентов 3 группы после СРТ имело место снижение размеров конечно-систолического (с 197±52 до 107±46, $p=0,001$) и конечно-диастолического (с 251±58 до 183±76, $p=0,01$) объемов левого желудочка, а так же улучшение функции правого желудочка и уменьшение размеров дефектов перфузии (с 13,64±3,47 до 4,09±3,65, $p=0,001$).

Выводы: У трети пациентов с дилатационной кардиомиопатией через год после начала СРТ наблюдается значительное улучшение функции левого желудочка и его перфузии. Предиктором такого положительного ответа является отсутствие обширных дефектов метаболизма жирных кислот в миокарде.

780 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТРОМБОЛИТИКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Чернышова О.Н., Бондаренко Л.А., Рахматуллов Ф.К., Рудакова Л.Е., Кукушкина Л.С., Кострикова Т.П.

ПГУ Медицинский институт кафедра “Внутренних болезней”, Пенза, Россия

Цель. Изучение результатов тромболитической терапии (ТЛТ) с применением Актилизе, Метализе, Пуролаза у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с элевацией сегмента ST.

Методы исследования. Изучаемая группа состояла из 130 больных ОИМ с элевацией сегмента ST, поступивших в экстренном порядке в отделения кардиологии ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина в период 2008–2011гг и рандомизированных для назначения тромболитиков. Средний возраст 55±1,8 лет, по полу – 25 женщин и 105 мужчин. В зависимости от применяемого препарата для ТЛТ больные были разделены на 2 группы: 1 группа – с применением Актилизе – 78 пациентов; 2 группа – Метализе, Пуролаза – 52 пациента. Оценивали клиническое течение инфаркта миокарда, параметры гемодинамики, ЭКГ через 90 мин., 3 ч., 6 ч., 24 часа от начала ТЛТ и в течение всего периода стационарного лечения, развитие нежелательных эффектов ТЛТ, показатели ЭхоКГ, стационарную летальность.

Полученные результаты. ОИМ передней стенки ЛЖ диагностирован у 61, задней стенки – у 59, циркулярный – у 10 человек. Перенесенный инфаркт в анамнезе имели 32 пациента. В анамнезе артериальная гипертония отмечена у 59 (45,4%) больных, сахарный диабет – у 14 (10,7%) пациентов, АКШ в анамнезе – у 1 больного. Время от начала симптоматики ОИМ до начала ТЛТ колебалось от 0,5 до 4 часов. В течение 1-го “золотого часа” ТЛТ проведена у 28 больных (21%), в течение следующих 3-7 часов – у 100 (77%) больных, позднее 7 часов – у 2 больных. В 1 группе – эффективный тромболизис состоялся у 35 (44,8%) больных, во 2 группе – у 32 (61,5%) больных. Формирование патологического зубца Q (QS) отмечено у 68 (87%) больных в 1 группе, у 41 (78,8%) больных в 2 группе. Инфаркт миокарда, ассоциированный с минимальным поражением миокарда, отмечен у 10 человек на Актилизе (19%), у 11 (31%) человек – на Метализе, всего у 21 пациента (23%). В процессе ТЛТ реперфузионная аритмия – фибрилляция желудочков – у 5 больных (6,4%) 1 группы и у 4 больных (7,7%) 2 группы, в 4 случаях фатальная; у 4 больных пароксизмы мерцательной аритмии, у 3 – желудочковая экстрасистолия. Желудочно-кишечное кровотечение диагностировано у 4 (5,1%) больных на фоне введения актилизе, у 1 больного (1,9%) на фоне метализе. Клинические проявления ретромбо-

за и даже реокклюзии, приводящие к рецидиву ИМ, диагностированы: у 15 больных (19,2%) на фоне актилизе, у 8 больных (15,3%) на фоне метализе, пуролазы. Неблагоприятный летальный исход в целом отмечен у 10 больных (7,6%).

Выводы. Таким образом, тромболитическая терапия посредством ТЛТ Актилизе, Метализе и Пуролазы в лечении ОИМ с подъемом сегмента ST характеризовалась высокой эффективностью у большинства больных, хорошей переносимостью, низким процентом стационарной летальности.

781 ВИТАМИННЫЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРОЖИВАЮЩИХ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Чистилина А.Н., Колинько Л. П., Юсупова Е.Ю.
ГОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития РФ, Тюмень, Россия

Цель. Охарактеризовать витаминный профиль пациенток с метаболическим синдромом по данным лабораторных исследований.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования явились 132 женщины с метаболическим синдромом (МС) в возрасте от 39 до 60 лет (в среднем 49,50±7,45 лет), после включения в исследование пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n=64) – женщины с МС без нарушений углеводного обмена, ср. возраст 48,92±7,64 лет; 2 группа (n=68) – женщины с МС в сочетании с нарушениями углеводного обмена (НУО) – 37 человек с нарушением гликемии натощак (НГН) и 31 человек с нарушением теста толерантности к глюкозе (НТГ), ср. возраст 51,04±8,02. В 1-ой группе, почти половина пациентов имела избыточную массы тела ИМТ составил в среднем 30,23±4,32, тогда как у пациентов с НУО ИМТ составлял 35,53±5,8 кг/м^2.

Результаты: Снижение содержания витамина А в плазме крови ниже рекомендованных значений (0,1 мкг/мл) зафиксировано у 20,2% (13) пациенток 1 группы и у 17,6% (12) пациентов из 2-ой группы, рекомендованные концентрации (0,1-1 мкг/мл) отмечены у 71,8% (46) и 79,4% (54), соответственно. При этом, повышение концентрации витамина А в плазме отмечено у 7,8% (5) пациенток 1-ой группы и у 2,94%(2) пациентов 2-ой группы. Концентрация витамина Е в плазме крови ниже рекомендованных значений зафиксирована у 23,4% (15) пациентов 1-ой группы, что достоверно реже, чем в группе больных МС с НУО ($p<0,05$) – 8,82%(6). Нормальное содержание витамина Е достоверно чаще регистрировалось у пациенток 2-ой группы ($p<0,001$), также у данной категории пациентов не отмечено повышенного содержания витамина Е в плазме. Наиболее выраженные сдвиги баланса витаминов определялись по содержанию витамина С, так у 93,7 (60) пациентов с МС без НУО концентрация витамина С составила менее 0,6 мг%, что достоверно выше ($p<0,001$), чем в группе пациентов без НУО – 30,88%(21), соответственно группы различались ($p<0,001$) и по частоте нормального содержания витамина С, повышение уровня которого не отмечено не у одной пациентки из всех групп принимающих участие в исследовании. По частоте нарушения содержания витамина B_1 в моче, достоверных различий между группами получено не было, снижение его экскреции отмечено у 62,5% (40) пациентов 1-ой группы и у 42,64%(29) пациентов с НУО. Повышение экскреции витамина B_1 регистрировалось в 15,62%(10) и 11,75%(8) случаев, соответственно.

Выводы. 1. При анализе данных лабораторных методов исследования дефицит витаминов имеет характер полигиповитаминоза у 53,1% пациенток с метаболическим синдромом без нарушения углеводного обмена и у 22,06% пациенток с нарушением углеводного обмена.

2. Наличие полигиповитаминоза, как алиментарно зависимого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний с учетом лабораторных методов, требует изучения эффективности немедикаментозных программ коррекции, в том числе с использованием питательных смесей.

782 ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА, ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СТВОЛА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Чистякова М.В., Радаева Е.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить динамику изменений размеров легочной артерии, и легочную гемодинамику у больных с хроническим вирусным гепатитом.

Методы исследования: обследовано 22 пациента с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) В и С и 10 практически здоровых человека. Средний возраст 37,7 лет, длительность заболевания 4,3±2,1 года. Всем больным проводилось обследование на аппарате Vivid 3. Методом ЭхоКГ из левого парастернального доступа по длинной оси ЛЖ определялись следующие параметры: оценивали размеры легочной артерии на уровне кольца створок, ствола и ветвей артерии в парастернальном доступе на уровне створок аортального клапана. Кроме того высчитывали систолическое давление в легочной артерии с помощью непрерывноволновой допплерографии измеряли скорость трикуспидальной регургитиации. Сумма транстрикуспидального градиента и давления в правом предсердии равна систолическому давлению в легочной артерии. Давление в правом предсердии принимают равным 5 мм рт. ст., если нижняя полая вена коллабирует после глубокого вдоха более, чем на 50%. При неадекватном коллабировании нижней полой вены давление в правом предсердии принимают равным 15 мм рт.ст. Среднее давление в лёгочной артерии (ДЛА ср.) рассчитывалось по формулам A. Kitabatake: lg10(ДЛА ср)=-2,8*[AT/(AT+DT)]+2,4, где AT-время ускорения транспульмонального потока; DT-время замедления транспульмонального потока.

Полученные результаты: установлено, что размер фиброзного кольца у больных с ХВГ достоверно больше, чем в контроле и составил 33,25±1,1мм, тогда как у здоровых 20,33±1,4мм. Размер легочной артерии на уровне ствола также был достоверно больше, чем в контроле и составил 29,35±1,02мм, в группе контроля составил 25,66±2,2мм. При измерении ветвей легочной артерии правая ветвь также больше, чем в контроле и составила 14,85±2,1мм у пациентов с ХВГ, 12,66±2,2мм в группе контроля. Размер левой ветви легочной артерии был выше, чем в контрольной группе, составил 14,5±2,03мм у больных и 13±2,05мм у здоровых пациентов. При оценке среднего давления в легочной артерии у больных с ХВГ данный показатель составил 13,92±1,01мм. рт.ст, тогда как в контроле 10±1,05мм рт.ст. Систолическое давление в легочной артерии у больных составило 28,28±2,2 мм рт.ст. у здоровых 27±2,4 мм рт.ст.

Выводы: отмечается увеличение ствола и ветвей легочной артерии в группе больных с ХВГ. Кроме того, среднее и систолическое давление в легочной артерии оказалось выше в группе пациентов с ХВГ.

783 ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Чистякова М.В., Радаева Е.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: установить динамику изменений размеров, толщины стенки правого желудочка и изменение диаметра нижней полой вены. Определить продольную систолическую и диастолическую функции правого желудочка методом тканевой допплерэхокардиографии у больных с хроническим вирусным гепатитом.

Методы исследования: обследовано 26 пациента с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) В и С и 10 практически здоровых человека. Средний возраст 39,7 лет, длительность

заболевания 3,4±2,2 года. Всем больным проводилось обследование на аппарате Vivid 3. Методом ЭхоКГ рассчитывали размер правого желудочка и предсердия, толщину стенки правого желудочка, диаметр нижней полой вены. Методом тканевой допплерэхокардиографии (ТДэхоКГ) определяли движение трикуспидального фиброзного кольца (ТФК). Контрольный объем располагали в месте соединения свободной стенки ПЖ с передней створкой трехстворчатого клапана (нижнебоковая стенка ТФК). Рассчитывались систолические и диастолические индексы: максимальная скорость второго позитивного пика S2, максимальная систолическая скорость первого негативного пика Е, максимальная скорость второго негативного пика А, отношение Е/А. Проводились измерения пяти последовательных сокращения, затем результаты усреднялись.

Полученные результаты: при сопоставлении показателей ТДэхоКГ отмечалось снижение скорости S со стороны ТФК до 9,6см/с в группе больных и 10см/с у пациентов в контрольной группе. При оценке диастолической скорости Е достоверно различий между группами не установлено и составило 10±1,1см/с и 10±2,02см/с соответственно. При исследовании скорости А, отмечается увеличение скоростей до 10,5±1,02см/с в контроле и 13±1,2см/с у больных. При анализе отношения Е/А на ТФК отмечается снижение до 1,11±0,6 усл.ед в контрольной группе и 0,76±1,1 усл.ед у пациентов с ХВГ. При исследовании толщины стенки правого желудочка у пациентов с ХВГ отмечалось формирование гипертрофии правого желудочка. Толщина стенки составила 6,38±2,4мм, у здоровых 5,2±2,02мм. Диаметр правого желудочка у больных составил 26,85±2,4мм, в контроле 25±2,2мм. Диаметр нижней полой вены составил 21,33±2,05мм у пациентов с ХВГ, тогда как в контрольной группе данный показатель составил 19±2,2мм.

Выводы: таким образом, при обследовании сердца методом тканевой допплерэхокардиографии у больных с ХВГ проявляются отчетливые ранние признаки функциональных нарушений систолической и диастолической продольной функции правых отделов сердца. Кроме того, происходит формирование гипертрофии правого желудочка, тенденция к увеличению правого желудочка и расширению нижней полой вены.

784 ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чумакова Г.А.[1,2], Веселовская Н.Г.[2,3], Миронова Н.Г.[3], Бокслер М.И.[3], Ушакова Т.Н.[3]

[1]ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; [2]УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия; [3]КГУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Известно, что ожирение оказывает прямое липотоксическое действие на миокард, приводящее к морфологическим и структурным изменениям сердца и его ремоделированию. Эпикардиальный жир (ЭЖ) являясь гормонально-активной тканью, а также, имея тесные анатомические и функциональные связи с миокардом, оказывает непосредственное прямое влияние на сердечную мышцу и коронарные сосуды.

Цель исследования: изучить взаимосвязь толщины эпикардиального жира (тЭЖ) с размерами левых камер сердца и параметрами диастолической дисфункции (ДД) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В исследование было включено 80 пациентов, 46 мужчин и 34 женщины с МС (ВНОК, 2007), средний возраст обследованных составил 52,4±2,1 лет. Проводилось общеклиническое лабораторное обследование. Также антропометрические измерения с определением веса, роста, индекса массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ). С помощью ЭхоКГ оценивались следующие параметры: размеры ЛП, КДР, КСР, КДО, КСО, ЗСЛЖ, МЖП, трансмитральный диастолический кровоток с определением Е/А, DT, IVRT, а также тЭЖ за правым желудочком. Группу 1 составили пациенты с тЭЖ≥ 7 мм (n=38), группу 2 пациенты с ЭЖ≤7 мм (n=42). Группы были сопоставимы по стадии, степени артериальной гипертонии и стандартизированы по проводимой лекарственной терапии.

Результаты: в группе 1 средние показатели ЭЖ составили 9,5 мм±1,3 мм, в группе 2 – 5,4±1,0 мм (p=0,014). При оценке размеров ЛЖ выявлено, что средние показатели КДР в группе 1 были 59,4±3,2 мм, в группе 2- 50,1±2,3 мм, различия между группами были статистически значимые (p=0,019). В группе 1 (тЭЖ≥ 7 мм), средние показатели ФВ составили 60,3±3,8%, в группе 2 – 72,4±4,3 (p=0,040). Средние показатели размеров ЛП были 49,4±3,2 мм, в группе 1 и 40,5±2,3 мм в группе 2 (p=0,025). Средние показатели МЖП и ЗСЛЖ составили 11,2 ±0,9 мм и 11,8±1,1 мм соответственно в группе 1; 10,8±0,9мм (p=0,755) и 11,4±1,0 мм в группе 2 (p=0,788). У мужчин при оценке взаимосвязи тЭЖ с показателями ДД получены следующие коэффициенты корреляции: Е/А (r=0,38; p=0,065), IVRT (r=0,71; p=0,015), DT (r=0,68; p=0,020), у женщин Е/А (r=0,36; p=0,064), IVRT (r=0,69; p=0,017), DT (r=0,70; p=0,015). ДД I типа в группе 1 встречалась у 47% пациентов (n=18), в группе 2 у 23% пациентов (n=10) (p<0,05).

Выводы: Таким образом, было выявлено, что показатели тЭЖ≥7 мм ассоциировались с увеличением левых отделов сердца и ДД ЛЖ у пациентов с МС. Поэтому, определение тЭЖ в клинической практики может служить скрининговым маркером для формирования группы риска развития ХСН у пациентов с ожирением и МС с целью раннего назначением комплекса профилактических мероприятий.

785 ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Чумакова Г.А.[1,2], Веселовская Н.Г.[2,3], Козаренко А.А. [1,2], Гриценко О.В.[1]

[1]ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; [2]УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия; [3]КГУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

При прогрессировании ожирения отложение жира происходит не только в типичных локализациях (абдоминальная область, ягодицы), но и в эктопических локальных жировых депо. Известно, что жировая ткань эпикардиального депо является гормонально-активной и атерогенной, продуцируя биологически-активные вещества, оказывающие непосредственное влияние на миокард и коронарные сосуды.

Цель исследования: изучить взаимосвязь толщины эпикардиального жира (тЭЖ) со степенью поражения коронарного русла у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: В исследование было включено 64 мужчины с ожирением I-III степени, средние значения ИМТ составили 36,7±3,1 кг/м2, средний возраст обследованных 53,4±2,5 лет. Все пациенты имели ИБС: стенокардию напряжения II-III ф. кл, подтвержденную нагрузочными тестами (веллоэргометрия, тредмил тест), проведенных по стандартной методики. Проводилось общеклиническое лабораторное обследование. Также антропометрические измерения с определением веса, роста, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ). С помощью ЭХОКГ в В-режиме оценивалась тЭЖ за правым желудочком. Всем пациентам была проведена диагностическая коронароангиография (КАГ). Группу 1 составили пациенты с тЭЖ≥ 7 мм (n=31), группу 2 пациенты с ЭЖ<7 мм (n=33). Из исследования были исключены пациенты с сахарным диабетом 2 типа. Группы были сопоставимы по стадии, степени артериальной гипертонии и стандартизированы по проводимой лекарственной терапии.

Результаты: Было выявлено, что у пациентов с общим ожирением в 45% случаев определялось 3-х сосудистое поражение коронарного русла (n=29), пациентов с 2-х сосудистым поражением коронарного русла было 35% (n=22), с 1-сосудистым 20% (n=13). Средние показатели тЭЖ у пациентов с 3-х

сосудистым поражением составили 9,8±1,4 мм, что отличалось от группы с 2-х сосудистым поражением 5,2±1,1 мм (p=0,018) и 1 –сосудистым поражением 4,9±1,0 мм (p=0,032). Средние показатели ОТ и ИМТ в группах с разным поражением коронарного русла достоверно не отличались. В группе 1 средние показатели ИМТ составили 38,4±3,2 кг/м2, в группе 2 – 36,8±2,4 кг\м2 (p=0.688), средние значения ОТ в группе 1 были 98,4±5,1 см, и не отличались от группы 2- 102,3±6,1 см (p=0,628). Показатели тЭЖ в группе 1 составили 9,4±1,3 мм, в группе 2 – 5,1±1,2 мм (p=0,020). В группе 1 с эпикардиальным ожирением и тЭЖ≥ 7 мм – 3-х сосудистое поражение коронарного русла было выявлено у 70% пациентов (n=22), в группе 2 только у 51% пациентов (n=17) (p<0,05). Причем стенозы 2 и более коронарных артерий в группе 1 определялись у 91% пациентов, в группе 2 у 74% пациентов (p<0,05).

Выводы: Таким образом, пациенты с эпикардиальным ожирением имели более тяжелое поражение коронарного русла на КАГ. Поэтому определение тЭЖ в клинической практике может служить скрининговым маркером группы риска доклинических стенозов и бессимптомных форм ИБС у пациентов с ожирением.

786 Т-ЛИМФОЦИТЫ И МАКРОФАГИ В СТАБИЛЬНЫХ И НЕСТАБИЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА

Чумаченко П.В., Жданов В.С., Виробова И.А., Белоконь Е.В., Акчурин Р.С.

ФГУ "РКНПК" Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия; ФГУ "ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий", Москва, Россия

Нестабильные бляшки являются частой причиной развития острого инфаркта миокарда. Одной из причин их нестабильности является повреждение покрышки бляшки которое может вызываться клетками воспаления.

Цель. Провести сравнительное исследование содержания Т-лимфоцитов и макрофагов в стабильных и нестабильных атеросклеротических бляшках.

Материалы и методы. Изучены атеросклеротические бляшки, взятые у 32 больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Мужчин среди больных было 24 человека, женщин было 8. В группу нестабильных бляшек вошли бляшки с поврежденной покрышкой и бляшки на покрышках которых имелись тромботические наложения. Криостатные срезы атеросклеротических бляшек исследовали иммуноморфологически с помощью моноклональных антител к Т-лимфоцитам (CD-4, CD-8) и антител к макрофагам (CD-11, CD-68). Клетки с иммунопероксидазной реакцией считали на поле зрения при увеличении 400.

Результаты. Общий подсчет Т-лимфоцитов и макрофагов в стабильных и нестабильных атеросклеротических бляшках показал близкие количественные значения этих клеток. Более того различия среди популяций этих клеток в стабильных бляшках по сравнению с клетками в нестабильных бляшках были статистически недостоверны. Анализ количества клеток в различных структурных частях атеросклеротической бляшки, выявил увеличение клеток (Т-лимфоцитов и макрофагов) в покрышке нестабильных атеросклеротических бляшек по сравнению с количеством клеток в этой структуре стабильных бляшек. Так количество Т-лимфоцитов в покрышке стабильной бляшки было меньше нежели в покрышке нестабильной бляшки (соответственно CD-4=2,7±0,4; CD-8= 2,6±0,4 и CD-4=5,25±0,9; CD-8=9,0±2,6) (p<0,05). Макрофаги в покрышке нестабильной бляшки превышали количество макрофагов в покрышке стабильной бляшки (макрофаги в нестабильной бляшке – 35,5±13,8; макрофаги в покрышке стабильной бляшки – 5,7±1,6). Это различие так же было статистически достоверно (p<0,05). Гистологический срез атеросклеротической бляшки имеет два края, подсчет проводили в том крае бляшки, где была большая клеточная инфильтрация. Сравнительный анализ Т-лимфоцитов и макрофагов в таком крае атеросклеротической бляшки выявил статистически достоверное увеличение CD-4 Т-лимфоцитов хелперов и CD-68 макрофагов в нестабильных бляшках (в нестабильных бляшках: CD-68= 45±10,1; CD-4 = 16,6±3,3; в стабильных бляшках: CD-68=25±4,6; CD-4=9,2±1,6 (p<0,05). Количество Т-лимфоцитов киллеров/ супрессоров (CD-8) в этом же крае нестабильных бляшек, было больше нежели число этих клеток в стабильных бляшках, но эта разница была статистически недостоверна (p>0,05).

Выводы. Отмечено статистически значимое увеличение числа Т-лимфоцитов и макрофагов в покрышке нестабильной бляшки по сравнению с покрышкой стабильной бляшки. Такое увеличение клеток воспаления может способствовать повреждению покрышки атеросклеротической бляшки.

787 ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ НА РИСК РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ЯЗВ СТОПЫ

Шаварова Е.К., Мундоли М.Р., Кобалава Ж.Д.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель: оценить взаимосвязь между уровнем пульсового давления и развитием или прогрессированием диабетических язв у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы: с октября 2007 по октябрь 2009 года в исследование были включены 1612 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, обратившихся в Диабетический центр, Маньери, Керала, Южная Индия. Основным критерием включения было отсутствие язв стопы. Артериальное давление измеряли ртутным сфигмоманометром с использованием манжетки соответствующего размера, принимая во внимание среднее из трех измерений в положении сидя с 2 минутным интервалом после 10-минутного отдыха. Пульсовое давление рассчитывалось как различие между систолическим и диастолическим артериальным давлением. Наличие нейропатии диагностировалось в соответствии с критериями Международной рабочей группы по диабетической стопе, наличие ангиопатии нижних конечностей констатировалось по плече-лодыжечному индексу <0,9. Развитие диабетической язвы стопы диагностировалось по классификации Вагнера (нулевая стадия не учитывалась) через 1 год.

Результаты: средний возраст обследованных (58,3% – мужчины) составил 58,5±10,6 лет, длительность сахарного диабета – 10,4±5,5 лет, средний уровень гликированного гемоглобина 7,7±1,4%, систолическое, диастолическое и пульсовое давление – 140,5±18,9, 85,4±11,3, и 59,4±15,2 мм рт.ст., соответственно. 52% пациентов получали антигипертензивную терапию, 45,6% – антиагреганты, 10,2% – статины. Через 1 год наблюдения диабетические язвы стопы выявлены у 41 пациента, причем относительный риск развития был в 2,41 раза выше в верхнем квартиле пульсового давления по сравнению с нижним квартилем (95% ДИ 1,18 – 4,83). После разделения пациентов на группы с нейроишемическими и нейропатическими язвами и приведения по возрасту и полу достоверные различия в степени повышения риска были отмечены только для группы с нейроишемическими язвами: верхний квартиль пульсового давления ассоциировался с повышенным в 2.12 раза относительным риском появления язвы.

Выводы: повышение пульсового давления является независимым предиктором развития диабетической язвы стопы и должно учитываться при стратификации риска развития язв, в особенности нейроишемического генеза.

788 ВЫРАЖЕННОСТЬ СОСУДИСТОГО МИКРОВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Шаврин А.П., Ховаева Я.Б., Кирьянова Н.В., Сыромятникова Т.Н.

ГОУ ВПО ПГМА им.академика Е.А.Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель. Определить выраженность воспалительного процесса при разном уровне артериального давления.

Материал и методы. Обследовано 194 человека в возрасте от 18 до 55 лет, 93 мужчины, 101 женщина. Средний возраст 43,2±0,9 г. Все обследуемые были разделены на 5 групп. Первую группу составили лица с систолическим артериальным давлением (САД) менее 110 мм рт.ст. и диастолическим артериальным давлением (ДАД) менее 70 мм рт.ст. Вторую группу образовали лица с уровнем артериального давления от 110/70 до 119/79 мм рт.ст. В третью группу вошли лица с нормальными значениями АД – от 120/80 до 129/84 мм рт.ст. Четвертую группу составили лица, у которых регистрировалось высокое нормальное АД, – от 130/85 до 139/89 мм рт.ст. Пятую группу образовали лица с АД выше 140/90 мм рт.ст. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем пациентам иммуноферментым методом (ИФМ) проводилось определение количественного содержание С-реактивного белка (CRP), провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли-альфа (TNFα), интерлейкинов -1 и 8 (IL), стандартными наборами ООО "Цитокин" (СПб).

Результаты. При исследовании CRP был выявлен различный его уровень у пациентов с разным уровнем АД. Минимальное количество CRP выявлено в первой группе – 1,32±0,8 мкг/мл. Во второй и третьей группах количество CRP было соответственно 2,22±0,7 мкг/мл и 2,7±1,3 мкг/мл (p>0,05). Наибольшие величины CRP выявлены в группе пациентов с высоким нормальным АД (7,2±1,2 мкг/мл) и у гипертоников (7,17±1,3 мкг/мл), что достоверно больше, чем в первой, второй и третьей группах (p=0,0001). При изучении провоспалительных цитокинов, выявлено увеличение количества IL-1, IL-8, TNFα по мере повышения уровня АД. Увеличение провоспалительных цитокинов отмечается в четвертой группе (лица с высоким нормальным АД) и у гипертоников, по сравнению с группами более низкого АД (p<0,05).

Для проверки взаимосвязи между уровнем АД и выраженностью воспалительного процесса был проведен регрессионный анализ, который показал, что по мере повышения АД увеличивается содержание растворимых факторов воспаления – CRP, IL-1, IL-8 и TNFα (r=0,56-0,86; p=0,03-0.01). В логистической модели зависимости трех показателей в трехмерном пространстве было выявлено, что существенное увеличение уровня САД отмечается у лиц с высоким уровнем CRP и провоспалительных цитокинов. При этом корреляционный анализ выявил прямую взаимосвязь между САД и уровнем CRP (r=0,57, p=0,02), и IL-1, IL-8, TNFα (r=0,47-0,65, p=0,04-0,01).

Заключение. Результаты проведенного исследования указывают на то, что уровень АД зависит от выраженности внутрисосудистого микровоспаления, определяемого по растворимым провоспалительным факторам. Эти патологические процессы одинаковы у лиц с высоким нормальным артериальным давлением и у гипертоников.

789 ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СОСУДИСТОЕ МИКРОВОСПАЛЕНИЕ

Шаврин А.П.

ГОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Эректильная дисфункция (ЭД) является медицинской и социальной проблемой во многом определяющей здоровье мужчин. Фактором риска развития ЭД является артериальная гипертензия, которая сочетается с дисфункцией эндотелия. Причиной развития, которой может быть сосудистое микровоспаление.

Цель исследования: изучить маркеры воспаления у мужчин с эректильной дисфункцией, артериальной гипертензией и субклиническим атеросклерозом сосудов.

Материал и методы. Обследовано 62 практически здоровых мужчин в возрасте от 25 до 60 лет. Для диагностики ЭД проводили анкетирование анкетой "Международный индекс эректильной функции" (IIEF). Определяли уровень артериального давления (АД) методом Короткова согласно рекомендациям ВНОК,2008. Толщину комплекса интима/медиа (КИМ) в общей сонной артерии на аппарате АЛОКА 5000. Иммуноферментным методом в сыворотке крови определяли цитокины: интерлейкины (IL) 1,8, фактор некроза опухоли-α (TNFα), тест-системами фирмы ООО "Цитокин" (СПб, Россия), и С-реактивный белок (CRP) тест-системой фирмы SeroElisa (США).

Разделение на группы проводили с помощью кластерного анализа, методом К-средних. Первую группу образовали лица, у которых уровень АД был в пределах нормальных значений (ВОЗ,2004), таких было 25 пациентов, средний возраст 44,4±1,2 года. Вторую группу составили 37 человек, у которых уровень АД превышало 140/90 мм рт.ст. (p>0,05). Средний возраст в группе был 46,2±1,7 года Статистическую обработку данных проводили с помощью программы "Статистика" Вер.6.0.

Результаты. Уровень САД в 1-й группе был 118,6±1,8 мм рт.ст., ДАД 75,6±1,2 мм рт.ст., во 2-й группе – 154,0±1,2 м рт.ст., и 95,7±1,5 мм рт.ст. соответственно (p=0,000). Лица 1-й группы набрали 26 и боле баллов, что соответствует нормальной эректильной функций. Во 2-й группе у 21 человека (56,8%) выявлялась эректильная дисфункция разной степени выраженности (p=0,02).

При этом, толщина КИМ в 1-й группе была 0,58±0,02 мм, во 2-й – 0,91±0,02 мм (p=0,01). Количество CRP в 1-й группе было 2,1±0,8 мкг/мл, во 2-й группе 9,4±1,2 мкг/мл (p=0,02). Уровень провоспалительных цитокинов во 2-й группе был так же выше и составил IL-1 58,7±5,1 пг/мл, IL-8 – 98,4±14,6 пг/мл, против IL-1 2,8±0,5 пг/мл (p=0,03), IL-8 – 13,2±0,6 пг/мл (p=0,01), в 1-й группе. По уровню TNFα различий между группами не было (p>0,05). Корреляционный анализ выявил взаимосвязь между уровнем АД и выраженностью эректильной дисфункции (r=0,58, p<0,05), толщиной КИМ и уровнем CRP (r=0,46, p<0,05), а также между ЭД и провоспалительными цитокинами (r=0,51-0,67, p<0,05).

Заключение. Эректильная дисфункция сочетается с высоким артериальным давлением, и повышением в крови растворимых маркеров воспаления (CRP, IL-1, IL-8) в концентрациях характеризующих системный воспалительный процесс. Это может способствовать развитию дисфункции эндотелия сосудов и являться ключевым звеном взаимосвязи артериальной гипертензии и эректильной дисфункции.

790 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шамкина А.Р., Садыкова А.Р., Гизятуллова Р.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования: изучить распределение электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (Эхо-КГ) признаков ГЛЖ у женщин репродуктивного возраста в зависимости от наличия непропорционально высокой массы миокарда левого желудочка (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 22 пациентки с высоким нормальным АД (ВНАД) и 66 пациенток с АГ по классификации ВНОК (2008) с давностью АГ 0,5–24 года. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими АГ. Обследуемым проводились ЭКГ, Эхо-КГ. Факти-

ческую ММЛЖ рассчитывали по формуле R.B.Devereux et al. (1977), должную ММЛЖ – по формуле G.Simone et al. (1998). По отношению фактической ММЛЖ к должной рассчитывался коэффициент диспропорциональности (КД). Непропорционально низкую ММЛЖ констатировали при 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) [G.Simone et al., 1998]. Из-за малочисленности (n=1) 1-я группа в сравнении не использовалась. ГЛЖ определялась по признаку Соколова-Лайона, Корнельскому, Губнера-Унгерлейдера, амплитуде R_{aVL}, $R_{V5,6}$ (ЭКГ-ГЛЖ) и индексу ММЛЖ (отношение ММЛЖ к поверхности тела) (ИММЛЖ) ≥110 г/м^2 (Эхо-КГ-ГЛЖ). Для оценки достоверности различий распределения в группах использовались критерий χ^2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений – критерий Манна-Уитни-Вилкоксона (U).

Результаты. Среди пациенток с ВНАД+АГ и АГ в 3-й группе, по сравнению со 2-й группой, значимо (p<0,05 по ТМФ) наиболее часто встречаются ЭКГ-ГЛЖ (31% vs 6,8%; p<0,01 и 38,6% vs 9,6%; p<0,02, соответственно), в частности, признак R_{aVL}>7,5 мм (20,7% vs 3,4%; p<0,05 и 25% vs 9,6%; p<0,05, соответственно), Эхо-КГ-ГЛЖ (51,7% vs 6,8%; p<0,01 и 56,8% vs 9,6%; p<0,001, соответственно), сочетание ЭКГ-ГЛЖ и ЭхоКГ-ГЛЖ (20,7% vs 3,4%; p<0,05 и 25,0% vs 4,8%; p<0,05, соответственно); отмечаются значимо (p<0,05 по критерию U) более высокие средние значения ИММЛЖ (118,8±24,6 vs 83,1±25,7, p<0,001 и 110,9±23,3 vs 91,3±25,6, p<0,02, соответственно). Среди пациенток с ВНАД+АГ в 3-й группе, по сравнению со 2-й группой, отмечаются значимо (p<0,05 по критерию U) более высокие средние значения признака Губнера-Унгерлейдера (12,5±7,2 мм vs 8,3± 5,6 мм, p<0,05), амплитуды R_{aVL} (5,7±3,2 мм vs 2,8±2,0 мм, p<0,01); среди пациенток с АГ – амплитуды R_{aVL} (6,2±3,2 мм vs 3,0±2,3 мм, p<0,01).

Вывод. У женщин репродуктивного возраста среди пациенток с ВНАД+АГ и АГ непропорционально высокая ММЛЖ ассоциируется со статистически значимо (p<0,05) б льшей частотой встречаемости ЭКГ-ГЛЖ, в частности, признака R_{aVL}>7,5 мм и Эхо-КГ-ГЛЖ, более высокими средними значениями ИММЛЖ, признака Губнера-Унгерлейдера, амплитуды R_{aVL}.

791 АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Шангина А.М., Кушнаренко Н.Н., Витковский Ю.А., Говорин А.В., Щербакова О.А.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить агрегационную способность тромбоцитов у больных подагрой с различными клиническими стадиями.

Материалы и методы: обследовано 57 мужчин с подагрой, средний возраст которых составил 48,8±6,5 лет. Длительность подагры от 1,5 до 10 лет. В 1 группу вошли 22 больных (38,5%) с острым подагрическим артритом I-II степени активности (ОПА); во 2-ю – 20 (35%) с межприступной подагрой (МП); в 3-ю – 15 (26,3%) с хроническим подагрическим артритом (ХПА). Диагноз удовлетворял классификационным критериям ВОЗ. В группу контроля вошли 12 относительно здоровых мужчин, соотносимых по возрасту. Спонтанную и АДФ (10мкг/мл) – индуцированную агрегацию тромбоцитов исследовали на лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов “Биола”.

Результаты: у пациентов с ОПА и ХПА по данным кривой светопропускания степень (отн. ед.) и скорость (%) спонтанной агрегации тромбоцитов была значительно выше, чем в контрольной группе (6,73±4,8 отн. ед. и 7,14±4,5%, 4,23±2,1 отн. ед. и 3,21±1,8%, 0,6±0,1 отн. ед. и 0,6±0,2% соответственно; p<0,001). Данные показатели у больных с МП были ниже таковых при обострении, но выше, чем в контрольной группе (2,18±1,8 отн. ед. и 3,25±2,0%; p<0,001).

Степень АДФ- индуцированной агрегации тромбоцитов у пациентов с острым и хроническим подагрическим артритом увеличивалась в два раза (94,57±44,1 отн. ед., 103,25±38,8 отн. ед., 49,98±15,7 отн. ед.; p<0,001), а скорость- на 54 и 69% соответственно по отношению к контролю (125,29±49,7%, 137,53±47,6%, 81,82±13,2%; p<0,001). У больных с межприступной подагрой степень и скорость агрегации тромбоцитов при стимуляции АДФ не отличалась от контрольных значений (65,45±36,7 отн. ед. и 83,33±40,4%).

Выводы. У пациентов с различными клиническими вариантами подагрического воспаления выявлена гиперагрегация тромбоцитов, наиболее выраженная при хроническом подагрическом артрите.

792 ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Шангина А.М., Кушнаренко Н.Н., Шаповалов К.Г., Говорин А.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить показатели микроциркуляции у больных в период обострения и ремиссии подагрического артрита.

Материалы и методы. Обследовано 26 мужчин с первичной подагрой, средний возраст которых составил 48,8±6,5 лет. Длительность подагры от 1,5 до 10 лет. В 1-ю группу вошли 14 больных (53,8%) с межприступной подагрой (МП). Во 2-ю – 12 пациентов (46,2%) с хроническим подагрическим артритом (ХПА). Диагноз удовлетворял классификационным критериям ВОЗ. В группу контроля вошли 12 относительно здоровых мужчин, соотносимых по возрасту. Состояние микроциркуляторного русла оценивалось неинвазивным методом лазерной допплеровской флоуметрии с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП “Лазма”, Россия). Датчик устанавливался на коже подушечки большого пальца стопы, на коже средней трети передней поверхности голеней. ЛДФ- граммы регистрировались в течение 7 минут. Оценивались показатель микроциркуляции (ПМ), среднеквадратичное отклонение (σ), коэффициент вариации (Kv). С помощью вейвлет- преобразования осцилляций кровотока получали показатели шунтирования (ПШ), нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса сосудов.

Результаты. У пациентов в зоне кожи подушечки I пальца стоп в обеих группах отмечалось увеличение ПМ (п.е.) в 1,5 раза (1-я гр.- 12,36±3,59п.е.; 2-я гр.- 14,02±5,64п.е.; p<0,05) и уменьшение показателя Kv в 1,4 раза (1-я гр.- 18,17±5,95; 2-я гр.- 14,88±5,10; p<0,01) по сравнению с показателями контрольной группы (ПМ- 8,92±1,90п.е., Kv- 27,03±8,6). Средняя модуляция кровотока (σ) в первой группе была сравнима с контрольными значениями (1,90±0,48 и 2,33±0,59, соответственно), во второй- снижалась на 50% (1,11±0,67; p<0,05).

В обеих группах больных с подагрой нейрогенный тонус снижался в 1,2 раза (1-я гр.- 2,30±0,87, 2-я гр.- 2,23±0,71) по сравнению с контролем (2,71±0,38; p<0,05) и закономерно повышался показатель шунтирования (1-я гр.- 1,53±0,45, 2-я гр.- 1,60±0,56, контроль- 1,04±0,37; p<0,05).

В группе пациентов с межприступной подагрой в зоне передней поверхности средней трети голени ПМ (4,46±1,68п.е.), значения σ (0,71±0,20) и Kv (18,95±6,50) практически не отличались от контрольных значений (4,56±0,99п.е.; 0,71±0,20; 18,95±6,50 соответственно). У больных второй группы наблюдалось снижение базального кровотока на 40% (3,12±1,71; p<0,05), σ- на 50% (0,46±0,21; p<0,05), повышение НТ- на 20% (3,41±1,49; p<0,05), МТ- на 26% (3,81±1,65; p<0,05) относительно контроля (2,80±0,71 и 3,02±0,94 соответственно).

Выводы. Таким образом, у больных с подагрой выявлены существенные нарушения микроциркуляции в зоне подушечки I пальца стопы, характеризующиеся увеличением базального кровотока, снижением нейрогенного тонуса, наиболее выраженные в группе пациентов с ХПА. Наряду с локальными изменениями у больных подагрой установлены и системные нарушения кровотока.

793 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шанина И.Ю.

ГУЗ "Самарский областной клинический кардиологический диспансер", Самара, Россия

Целью исследования явилось улучшение диагностики и оптимизация лечения различных форм ИБС в сочетании с ХОБЛ на фоне консервативного и оперативного лечения пациентов.

Обследовано 90 больных (в каждой группе по 30). 1 группа – больные с инфарктом миокарда (ИМ) в сочетании с ХОБЛ на консервативном лечении. 2 группа – больные с ИМ в сочетании с ХОБЛ с хирургическим лечением ИБС. 3 группа – больные с ИМ, не страдающие ХОБЛ, получавшие оперативное и консервативное лечение ИБС.

Всем больным проводилось обследование: показатели липидного спектра – ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, СРБ количественно, исследование функции внешнего дыхания (абсолютные и должные показатели FVC, FEV1, MEF25-75, MEF25, MEF50, MEF75, а также отношение FEV1/FVC), тест с 6-минутной ходьбой. Качество жизни (КЖ) пациентов исследовалось с помощью вопросника: SF-36. Достоверность различий показателей в исследуемых группах проводилась непараметрическим методом с помощью U-критерия Манн-Уитни. Достоверными считались различия при значении показателя p менее 0,05.

При анализе липидного спектра в 1-й группе по сравнению со 2-й группой – достоверно более высокие показатели холестерина ЛПНП (3,61 (95%ДИ 2,96-4,26) – 3,14 (95%ДИ 2,83-3,45) p=0,041), а у больных 3-й группы по сравнению с пациентами 1-й группы – достоверно более низкие показатели СРБ (1,34 (95%ДИ 1,00-1,67) – 4,01 (95%ДИ 0,01-8,02) p=0,017). При спирометрии: 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). 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) 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. При анализе теста с 6-ти минутной ходьбой – наименьшее расстояние у представителей 1-й группы (382,5 (95%ДИ 264,76-500,24), затем у представителей 2-й (424,38 (95%ДИ 393,54-455,21) и далее 3-й (437,0 (95%ДИ 419,71-454,29) групп. По вопроснику SF-36 отмечено снижение большинства показателей у больных 1-й группы по сравнению с представителями 2-й и 3-й групп.

Таким образом, повышенный на 15,7% уровень ЛПНП, повышенная в 3 раза концентрация СРБ, низкие спирометрические показатели, наименьшая толерантность к физической нагрузке и наибольшее ухудшение КЖ оказались в группе больных с сочетанной патологией ХОБЛ и ИБС без оперативного лечения ИБС.

794 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Шанина И.Ю.

ГУЗ "Самарский областной клинический кардиологический диспансер", Самара, Россия

Целью исследования явилось определение качества жизни и клинической значимости инвазивного лечения ИБС у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в сочетании с ХОБЛ на показатели электрокардиографии, эхокардиографии, липидного спектра, системной воспалительной реакции.

Обследовано 90 больных. 1 гр. (30 человек) – больные с инфарктом миокарда (ИМ) в сочетании с ХОБЛ на консервативном лечении. 2 гр. (30 человек) – больные с ИМ в сочетании с ХОБЛ с хирургическим лечением ИБС. 3 гр. (30 человек) – больные с ИМ, не страдающие ХОБЛ, получавшие оперативное и консервативное лечение ИБС.

Всем пациентам выполнялись: ЭКГ, ЭхоКГ (окончательной обработке подвергались: КДР, КСР, ФВ, ЛП, ПЖ, среднее давление в ЛА). Измерялись показатели липидного спектра – ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ сыворотки крови, СРБ количественно. Качество жизни (КЖ) пациентов исследовалось с помощью вопросников: SF-36, респираторный вопросник госпиталя святого Георгия (SGRQ) и CAT-тест. Вопросник SF-36– у пациентов всех групп, а специализированные вопросники: CAT-тест и SGRQ – у пациентов с ХОБЛ (гр. 1 и 2). Достоверность различий показателей проводилась непараметрическим методом с помощью U-критерия Манн-Уитни (p менее 0,05).

При анализе липидного спектра в 1-й гр. по сравнению со 2-й гр. достоверно более высокие показатели ХС ЛПНП (3,61 (95%ДИ 2,96-4,26) – 3,14 (95%ДИ 2,83-3,45) p=0,041). А у пациентов 3-й гр. более высокие показатели ОХС, чем у 2 гр. (4,99 (95%ДИ 4,6-5,37) – 4,67 (95%ДИ 4,28-5,06) p=0,019) и ХС ЛПВП (1,29 (95%ДИ (1,16-1,42) – 1,09 (95%ДИ 1,01-1,18) p=0,013). У больных 3-й гр. по сравнению с 1-й гр. отмечены достоверно более низкие показатели СРБ (1,34 (95%ДИ 1,00-1,67) – 4,01 (95%ДИ 0,01-8,02) p=0,017). При сравнительном анализе изменений на ЭКГ в исследуемых группах достоверных различий не обнаружено. При анализе показателей ЭхоКГ у больных 2-й гр. – достоверно более высокое по сравнению с пациентами 3-й гр. значение среднего давления в ЛА (28,33 (95%ДИ 25,94-30,72) – 26,23 (95%ДИ 23,25-29,22) p=0,023) и достоверно более низкое значение КДР (54,67 (95%ДИ 51,9-57,43) – 55,37 (95%ДИ 52,07-58,66) p=0,004). У пациентов 1-й гр. – достоверно более высокое значение среднего давления в ЛА по сравнению с пациентами 3-й гр. (27,07 (95%ДИ 25,77-28,36) – 26,23 (95%ДИ 23,25-29,22) p=0,041). По вопроснику SF-36: снижение большинства показателей у больных 1-й гр. по сравнению с 2-й и 3-й гр. При анализе показателей КЖ суммарные баллы по вопроснику SGRQ оказались ниже (соответственно КЖ лучше) у больных 1-й (14,75 (95%ДИ 11,22-18,28) и 2-й групп (17,08 (95%ДИ 12,43-21,72). Приблизительно сходные данные получены по CAT-тесту.

Таким образом, пациенты в группе перенесенного ИМ в сочетании с ХОБЛ на консервативном лечении, имеют: 1) Повышенные: на 10,4% уровень общего холестерина, на 15,7% уровень холестерина ЛПНП, на 20,7% индекс атерогенности; 2) Повышенную в 3 раза концентрацию С-реактивного протеина; 3) Наибольшее ухудшение качества жизни по вопроснику SF-36, но более низкие суммарные баллы по специализированным вопросникам SGRQ, CAT-теста.

795 ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ МИНИМАЛЬНОЙ ТИРЕОИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шапошникова А.И., Корягина Н.А., Рямзина И.Н.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия; ООО "Клиника женского здоровья", Пермь, Россия

Цель. Изучить уровень провоспалительных цитокинов и временные параметры вариабельности сердечного ритма при ишемической болезни сердца (ИБС) на фоне миниманль-

ной тиреоидной недостаточности, провести сравнительный анализ структурно – функциональных показателей сердца у женщин с содержанием тиреотропного гормона (ТТГ) 0,5–2,0 мЕд/л и 2,1–4,2 мЕд/л.

Материалы и методы. Сформированы две группы женщин с ИБС: 1 группа из 35 чел. с уровнем ТТГ 0,5–2,0 мЕд/л, 2 группа из 30 чел. с уровнем ТТГ 2,1–4,2 мЕд/л. Возраст колебался от 43 до 60 лет, в среднем составил 52,4±6,7 лет. Группы сопоставимы по возрасту, длительности заболевания и тяжести клинических проявлений. Всем обследуемым, кроме общеклинических исследований, проводилось суточное мониторирование ЭКГ при помощи комплекса “Astrocard” (Москва) с одноименным программным обеспечением; вариабельность ритма определялась при суточной записи ЭКГ. А также ЭхоКГ с измерением основных структурных и функциональных показателей. Для количественного определения фактора некроза опухолей альфа (ФНОа), интерлейкина1(ИЛ-1) и интерлейкина6 (ИЛ-6) использовался твердофазный иммуноферментный анализа ООО “Протеиновый контур” г.Санкт-Петербург. Полученные данные обработаны с помощью параметрических и непараметрических методов статистического анализа.

Результаты: в группе с уровнем ТТГ >2,0мЕд/л по сравнению с женщинами с ТТГ 0,5–2,0 мЕд/л конечный диастолический размер (КДР) на 12% выше (p=0,001), межжелудочковая перегородка на 14% толще (p=0,0034), задняя стенка левого желудочка на 10% тоньше (p=0,046). При сравнении показателей трансмитрального потока у женщин с высоким нормальным уровнем ТТГ (2 группа) значения медианы скорости кровотока в период позднего диастолического наполнения (пик А) выше на 10% (p=0,04), времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (DTE) выше на 14% (p=0,04), и времени изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRT, свидетельствующий об изменении процесса расслабления миокарда в стадию диастолы) выше на 12% (p=0,001) по сравнению с 1 группой женщин. Выявлена слабая взаимосвязь между уровнем ТТГ и КДР (r=0,17, p=0,049), а также между уровнем свТ4 и DTE (r=0,28, p=0,038). Нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма 2 группа больных проявлялись выраженным снижением показателей SDNN и SDANN. У всех обследуемых больных ИБС с ТТГ>2,0мЕд/л отмечалось значимое повышение уровня циркулирующих провоспалительных цитокинов ИЛ1, ИЛ6, а также ФНОа, по сравнению с пациентами ИБС с ТТГ 0,5-2,0мЕд/л (p<0,01).

Выводы. Сочетание ИБС со снижением тиреоидной активности сопровождается нарушениями вегетативной регуляции сердечного ритма со снижением абсолютных значений временных параметров вариабельности ритма сердца, а также гиперпродукцией провоспалительных цитокинов ИЛ1, ИЛ6, ФНОа. А структурные и гемодинамические изменения в сердце начинаются с уровня ТТГ >2,0мЕд/л, что дает основание считать такой уровень ТТГ минимальной тиреоидной недостаточностью, влияющий на течение ИБС у женщин и разработки мер для предотвращения раннего развития сердечной недостаточности.

796 ИЗМЕНЕНИЕ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОЙ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СТЕНТИРУЕМОГО УСТРОЙСТВА

Шахова М.Г., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Семухин М.В., Доний Е.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Цель. Оценить с помощью импульсно-волновой тканевой допплер-эхокардиографии (ТДЭхоКГ) изменение показателей, характеризующих сегментарную систолическую и диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ИБС в раннем периоде после коронарного стентирования (КС) в зависимости от типа стентируемого устройства.

Методы. С помощью ТДЭхоКГ было обследовано 152 пациента (140 мужчин и 12 женщин, средний возраст 52,1±0,8 года) со стенозирующим поражением коронарных артерий до и на вторые сутки после проведения КС. Используя 16 сегментарное деление миокарда ЛЖ, оценивали следующие показатели: пиковую систолическую скорость (S), раннюю (E) и позднюю (A) диастолические скорости, а также показатель E/A. В зависимости от типа стентируемого устройства все пациенты были разделены на две группы: 1 группа со стандартными металлическими стентами – 77 пациентов, 2 группа с сиролимус-элюирующими стентами (Cypher) – 75 пациентов. Пациенты обеих групп были сопоставимы по количеству, полу, возрасту и клиническим характеристикам.

Результаты. На вторые сутки после КС в обеих группах наблюдалось достоверное увеличение показателя S (с 6,0±0,1 см/с до 6,7±0,1 см/с и с 6,3±0,1 см/с до 6,9±0,1 см/с; p<0,001 для обеих групп), достоверно выросли также ранняя (с 6,0±0,1 см/с до 6,2±0,1 см/с и с 6,1±0,6 см/с до 6,4±0,1 см/с; p=0,01 и p<0,001 соответственно) и поздняя (с 6,5±0,1 см/с до 7,1±0,1 см/с и с 6,6±0,1 см/с до 7,2±0,1 см/с; p<0,001для обеих групп) диастолические скорости. Но поздняя диастолическая скорость возросла в большей степени, в результате чего показатель E/A достоверно снизился, причем несколько менее значимо в группе Cypher (с 0,97±0,01 до 0,93±0,01 и с 0,98±0,01 до 0,96±0,01; p<0,001 и p<0,05 соответственно).

Выводы. Таким образом, и в группе стандартных металлических и в группе сиролимус-элюирующих стентов уже на вторые сутки после КС наблюдалось улучшение показателей, отражающих сегментарную систолическую функцию ЛЖ. Изменения показателей сегментарной диастолической функции наводят на мысль о ее ухудшении в раннем периоде после КС, причем менее значимо в группе сиролимус-элюирующих стентов.

797 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИЙ В ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Шахтшнейдер Е.В., Рагино Ю.И., Куликов И.В., Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Иванова М.В., Никитин Ю.П., Малютина С.К., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: изучить на репрезентативной выборке европеоидного населения Западной Сибири полиморфизм генов APOAI, APOB, APOCIII, APOE, CETP, LPL, SR-B1, USF1 в развитии атерогенных форм дислипидемии и ассоциацию с метаболическими факторами.

Методы: в рамках проекта HAPIEE (9600 человек, возраст 45-69 лет, средний возраст 53,8±7, мужчин 50%) из основной выборки были сформированы три группы, контрастные по уровню общего холестерина сыворотки (ОХС): 1 группа – популяционная выборка, сформированная методом случайных чисел со средними значениями ОХС 233,6±47,7 мг/дл; 2 группа – лица с гиперхолестеринемией (ОХС более 310 мг/дл); 3 группа – лица с нормо- и гипохолестеринемией (ОХС менее 200 мг/дл). Показатели липидного профиля в сыворотке крови определяли энзиматическим методом. Уровень базального инсулина (ИРИ) и С-пептида определяли методом иммуноферментного анализа. Генотипирование выполнено по стандартным и оригинальным методикам. Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных статистических программ.

Результаты: для полиморфизма генов APOAI, APOB, APOCIII, APOE, LPL, USF1 выявлена ассоциация с гиперхолестеринемией. С гипертриглицеридемией в популяции Западной Сибири ассоциирован полиморфизм генов APOE

и USF1. Снижение среднего уровня ХС-ЛВП ассоциировано с полиморфизмом генов APOAI, APOB, APOCIII.

Для генов APOA1, APOE, CETP и USF1 выявлена ассоциация с артериальной гипертензией. Полиморфизм генов APOCIII, APOE и USF1 ассоциирован с уровнем С-пептида сыворотки. Выявлена ассоциация полиморфизма гена APOAI с избыточной массой тела.

Выводы: европеоидная популяция Западной Сибири не отличается от популяций Восточной и Центральной Европы по частоте аллелей и генотипов генов липидного метаболизма. Основными особенностями генетических маркеров метаболизма липидов в европеоидной популяции Сибири является более широкое распространение гиперлипидемии III типа (e2/e2 APOE) и гиперлипидемии, обусловленной мутацией 3405 гена APOB. Гены липидного метаболизма ассоциированы с компонентами метаболического синдрома (гипертриглицеридемией, высоким ИМТ, гипергликемией, повышением АД). Выявлен вклад генетических маркеров липидных и не липидных факторов риска в формирование дислипидемии в группах контрастных по среднему уровню ОХС. На основании полученных данных подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири должны учитывать специфику факторов риска в регионе и особый вклад в их развитие метаболического синдрома.

Работа поддержана грантом Президента РФ МК-2666.2009.7

798 СПОСОБ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОБИЛЬНОЙ ТЕЛЕФОННОЙ СВЯЗИ

Шварц В.А., Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И., Радаева И.Ю., Довгалевский П.Я.

ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель работы. Изучить клиническую эффективность динамического наблюдения за больными артериальной гипертонией (АГ) в амбулаторных условиях с использованием компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи.

Материалы и методы исследования. Предложен качественно новый способ наблюдения за больными АГ в амбулаторном звене на основе компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи. Предложенный способ наблюдения обеспечивает динамическую постоянную связь "врач-пациент" дистанционно, посредством обмена формализированных SMS между пациентом и компьютерной системой, управляемой врачом. В наблюдение были включены 97 больных АГ (53 мужчины и 44 женщины), в возрасте 49±11,3 лет, с подтвержденным диагнозом АГ. Больным проводилось необходимое клиническое обследование, назначена антигипертензивная терапия. Всем больным назначался мониторинг АД посредством автоматического sms-опроса компьютерной системой. Длительность периода наблюдения составила 12 месяцев. Контрольные точки: 1, 6 и 12 месяцев. На каждой контрольной точке подсчитывалась доля больных достигших целевое АД, определялась доля больных, выбывших из-под наблюдения, анализировались причины выбытия.

Результаты. Целевое АД через 1 месяц наблюдения было достигнуто у 84% больных (ДИ, 75%-93%). Через 6 месяцев наблюдения доля пациентов, у которых поддерживалось целевые значения АД, составляла 77% больных (ДИ, 67%-88%), через 12 месяцев – 71% (ДИ, 60%-83%) соответственно. Из 97 больных АГ, по истечению 1 месяца наблюдения выявлено, что регулярно отвечали на sms-запросы 82 пациента (84,5%), 15 человек (15,5%) выбыло из исследования. Через 6 месяцев продолжили наблюдение 63 пациента (65%), выбыло всего 34 (35%) человек, через 12 месяцев – 62 (64%) и 35 (36%) соответственно. Основными причинами прекращения наблюдения оказались утрата мотивации в дальнейшей терапии, а также технические сложности (трудности при наборе sms-ответов, смена номера телефона).

Выводы. Предложенный способ наблюдения за больными АГ в амбулаторном звене на основе компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи позволяет достигать и поддерживать целевые значения АД в течение года у большинства больных АГ. Приверженность больных АГ динамическому наблюдению таким способом остается высокой в течение всего периода исследования. Основными факторами приводящими к отказу от наблюдения являлись технические сложности, в долгосрочном периоде – нормализация самочувствия.

799 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шварц Р.Н., Илов Н.Н., Лясковец Е.Ю.

ГОУ ВПО АГМА Росздрава, Астрахань, Россия

Цель: изучить гендерные особенностей суммарных суточных показателей вариабельности сердечного ритма при артериальной гипертензии.

Методы исследования: в исследование были включены 160 пациентов с артериальной гиертензией (87 мужчин и 73 женщины) в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст у женщин – 51,0 ± 6,6 лет, у мужчин – 48,8 ± 8,6). Группы были сопоставимы по степени повышения артериального давления и получаемому лечению.

Исследование показателей вариабельности сердечного ритма производилось при проведении суточного мониторирования ЭКГ на аппарате Astrocard® Holtersystem-2F ЗАО Медитек, (Россия).

Оценивались следующие показатели вариабельности сердечного ритма: MeanNN; ModeNN; SDNN; SDNNindex; SDANN; RMSSD; NN50; pNN50; TINN; HVRti; TotP; UlfP; VLfP; LfP; HfP.

Для обработки полученного материала и проведения статистического анализа использовался пакет программ Statistica 7,0 (Statsoft). Учитывая отсутствие нормального распределения в полученных данных, использовались непараметрические методы описания (в виде Me [LQ; UQ]) и сравнения данных (Mann-Whitney U-Test с критическим уровнем достоверности нулевой статистической гипотезы об отсутствии различий групп равной 0,05).

Полученные результаты: Показатели, отражающие среднюю и моду всех интервалов RR на записи (MeanNN и ModeNN) достоверно не отличались у мужчин и женщин, что позволяет говорить о сопоставимости групп по ЧСС.

Показатели вариабельности сердечного ритма были достоверно ниже у женщин по сравнению с мужчинами: SDNN – 65 [58;72] и 70 [67;83] соответственно; p=0,009, SDNNindex – 42 [40;47] и 48 [45;60] соответственно; p=0,001, TotP – 4495 [3735;5551] и 5131 [4290;6550] соответственно; p=0,027, VLfP – 65 [58;72] и 70 [67;83] соответственно; p=0,013, RMSSD – 18 [16;28] и 22 [20;32] соответственно; p=0,005, NN50 – 39 [29;202] и 113 [70;270] соответственно; p=0,004, pNN50 – 1,05 [0,78;5,37] и 2,76 [1,99;8,07] соответственно; p=0,002, HfP – 81 [64;200] и 119 [102;247] соответственно; p=0,006). Остальные показатели вариабельности сердечного ритма не имели статистически значимых различий у мужчин и женщин.

Таким образом, у женщин при отсутствии значимых отличий от мужчин по частоте сердечных сокращений определяются более низкие показатели, отражающие преимущественно влияние как симпатической (VLfP, LfP), так и парасимпатической (RMSSD, NN50, pNN50, HfP) нервной системы. Ниже были и показатели, отражающие суммарное воздействие всех регуляторных факторов (SDNN, SDNNindex, TotP).

Вывод: При артериальной гипертензии у женщин в сравнении с мужчинами показатели вариабельности сердечного ритма достоверно ниже, чем у мужчин.

800 ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПРИБАЙКАЛЬЕ

Швецова Е.А., Калягин А.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Целью нашей работы является изучение частоты встречаемости факторов риска, приводящих к прогрессированию ХСН, в популяциях здоровых и больных жителей Прибайкалья, для формирования в дальнейшем методов профилактики прогрессирования ХСН в популяции здоровых людей.

Материалы и методы. Проведено медико-социологические исследование 300 человек, которые были разделены на две группы: 1 группа 150 больных, с верифицированным диагнозом ХСН и 2 группа 150 здоровых. Анкетирование больных производилось на базе МУЗ "Клиническая больница №1 г. Иркутска" в терапевтическом и кардиологическом отделениях, а здоровых – в бюджетных организациях г. Иркутска. Возраст опрашиваемых людей составил 40-65 лет. Критерием включения больных в исследование было: наличие ХСН 2а стадии и выше. Опрос проводился на основе анкеты, состоящей из 32 вопросов, где представлены основные факторы риска, способствующие прогрессированию ХСН. Данная анкета идентична для обеих групп.

Полученные данные представлялись в виде средних (M), стандартного отклонения (s), относительных величин. Статистическая обработка выполнялась по критериям Манн-Уитни, Колмагорову-Смирнову, χ^2. Статобработка осуществлялась в программных пакетах Excel, Statistica for Windows v. 6.1 (StatSoft, USA). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p=0,05.

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных 54±7 лет. ИМТ 30,6±8,1//25,5±4,3 (p<0,0001). Из анализируемых популяций процент мужчин составил 44,5% (n=99), женщин 55,5% (n=123). Курящих среди больных 49,3%, в здоровой популяции 91,7%. Избыточную массу тела имеют 98,6% больных и 48,6% здоровых. Об уровне холестерина крови имеют представление 50% людей первой группы, 18% второй группы. Не употребляют алкоголь 26,7% больных людей, 8,3% здоровых. Предпочитают солёную пищу 63,3% больных и 47,2% здоровых. Гиподинамия присутствует у 20,7% больных, у 5,5% второй группы. Среди больных имели длительный контакт с тяжёлыми металлами 18% и 5,5% здоровых. Заболеваниями дыхательной системы страдают 40,7% людей 1 группы, 15,3% 2 группы. Наследственность, как фактор риска ХСН, выявлена у 59,3% больных и 44,4% здоровых.

Установлено, что относительный риск (ОР) употребления солёной пищи среди людей первой и второй групп составил 1,3, а атрибутивный риск (АР) – 16,1% (p<0,05); низкой физической активности ОР=3,8, АР=15,2% (p<0,05); длительного контакта с тяжёлыми металлами ОР=3,3, АР=12,2% (p<0,05); патологии дыхательной системы ОР=2,7, АР=25,4% (p<0,05); наследственности ОР=1,33, АР=14,9% (p<0,05).

Таким образом, факторы риска ХСН в среде здоровой популяции, встречаются с такой же частотой, как у больных. Это ещё раз подтверждает то, что врачи, воздействуя на факторы риска ХСН в среде здоровых людей, могут заниматься профилактикой данного недуга для улучшения качества жизни.

801 КАТЕХОЛАМИНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

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

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель: изучить взаимосвязь уровня катехоламинов в суточной моче со структурно-функциональным состоянием сердца, маркерами воспаления, вариабельностью ритма сердца в покое и при выполнении активной ортостатической пробы у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: проведено 40 исследований и корреляционный анализ уровня катехоламинов с маркерами воспаления, данными эхокардиографии, вариабельностью ритма сердца (ВРС) у пациентов с ХСН различной этиологии.

Результаты: выявлены обратные корреляции норадреналина со функциональным классом ХСН (ФК) (r=-0,273; p=0,089), NT-proBNP (r=-0,416; p=0,038), эндотелином-1 (r=-0,413; p=0,035), размерами левого желудочка (ЛЖ) в диастолу (r=-0,401; p=0,001), правого желудочка (r=-0,362; p=0,022), правого предсердия (r=-0,489; p=0,089), левого предсердия (r=-0,501; p=0,01), прямая корреляция с фракцией выброса ЛЖ (r=0,389; p=0,013). Уровень адреналина в моче прямо коррелировал с ФНО-α (r=0,895; p=0,04), эндотелином-1 (r=0,383; p=0,53), ЛЖ в систолу (r=0,548; p=0,065). Коэффициент адреналин/норадреналин (А/НА) прямо коррелировал с ФК ХСН (r=0,376; p=0,017), уровнем NT-proBNP (r=0,485; p=0,014), эндотелином-1 (r=0,614; p=0,001), показателями ВРС: LF/HF в покое (r=0,975; p=0,005), LF/HF в ортопробе (r=0,872; p=0,054), VLF% в ортопробе (r=0,900; p=0,037), обратно коррелировал с RMSSD в ортопробе (r=-0,900; p=0.037). По уровню NT-proBNP (n=15) выделено три группы: I (n=11) – < 1000 пг/мл; II (n=13) – 1000-4000 пг/мл; III (n=1) – > 4000 пг/мл. Динамика норадреналина в группах: I – 61,82±43,78 нг/мл; II – 49,90±39,01 нг/мл; III – 12,01 нг/мл. Динамика адреналина: I – 13,27±8,68 нг/мл; II – 21,14±24,83 нг/мл; III – 8,61 нг/мл. Динамика коэффициента А/НА: I – 0,35±0,38; II – 0,48±0,39; III – 0,71. Положительная корреляция норадреналина с фракцией выброса ЛЖ и отрицательные с ФК ХСН, размерами полостей сердца, а также основными медиаторами воспаления, могут свидетельствовать о его положительной физиологической роли у больных с ХСН. Снижение концентрации норадреналина, вероятно, может быть чувствительным и самостоятельным предиктором прогрессирования (декомпенсации) ХСН, ассоциированного с ухудшением структурно-функционального состояния сердца. Прямые корреляции адреналина с размерами полостей сердца и основными биохимическими маркерами ХСН еще раз свидетельствуют об агрессивной роли адреналина в патогенезе ХСН. Коэффициент А/НА может быть использован в качестве самостоятельного маркера утяжеления (декомпенсации) ХСН. Достоверные и весьма тесные связи между коэффициентом А/НА и показателями ВРС повышают его значимость как возможного маркера неблагоприятного прогноза у пациентов с ХСН.

Вывод: выявленные разнонаправленные корреляции норадреналина и адреналина со структурно-функциональными характеристиками сердца, биохимическими маркерами ХСН не позволяют сделать однозначный вывод относительно их равной роли в патогенезе ХСН.

802 СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАРФАРИНА, ДАБИГАТРАНА И КЛОПИДОГРЕЛА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С 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 – сравнение эффективности варфарина, дабигатрана и клопидогрела при проведении первичной профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов пожилого возраста с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП).

Методы исследования. Обследовано 133 пациента (82 мужчины и 51 женщина) с неревматической ФП в возрасте от 65 до 80 лет, которых рандомизировали на три группы. Первая группа (n=45) состояла из больных, которым назначали варфарин в дозе, обеспечивавшей Международное нормализованное отношение в пределах от 2,0 до 3,0. Во вторую группу (n=43) вошли пациенты, получавшие дабигатран в дозе 110 мг два раза в сутки. В третьей группе (n=45) больные получали клопидогрел по 75 мг в сутки. Критериями включения в исследование служили ФП, доказанная электрокардиографически, и минимум один из факторов высокого риска сосудистых осложнений: возраст 75 лет и старше; артериальная гипертензия, требующая медикаментозного лечения; инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе; перенесенная периферическая эмболия; сердечная недостаточность II функционального класса по NYHA и выше; возраст от 65 до 74 лет в сочетании с сахарным диабетом или установленной ишемической болезнью сердца. В течение 6 месяцев контролируемой терапии регистрировали случаи тромбоэмболических осложнений (ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака).

Результаты. Частота тромбоэмболических осложнений в двух группах пациентов, получавших различные антикоагулянтные препараты, существенно не различалась (p>0,05). Прямой ингибитор тромбина дабигатран оказался не менее эффективным, чем непрямой антикоагулянт варфарин, в предупреждении ишемического нарушения мозгового кровообращения. Применение клопидогрела ассоциировалось с тенденцией к снижению частоты инсульта (p=0,246) и общего количества тромбоэмболических осложнений (p=0,317) по сравнению с терапией варфарином.

Заключение. У больных с ФП пожилого возраста применение варфарина, дабигатрана или клопидогрела сопровождается сходной частотой развития инсульта и системной эмболии с тенденцией к снижению частоты тромбоэмболических осложнений при назначении антитромбоцитарной терапии.

803 ЧАСТОТА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕМЯ СПОСОБАМИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО 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 – сравнение безопасности варфарина, дабигатрана и клопидогрела в профилактике ишемического инсульта у геронтологических больных с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП).

Методы исследования. Обследовано 133 пациента (82 мужчины и 51 женщина) с неревматической ФП, которых рандомизировали на три группы. Первая группа (n=45) состояла из больных, которым назначали варфарин в дозе, обеспечивавшей Международное нормализованное отношение в пределах от 2,0 до 3,0. Во вторую группу (n=43) вошли пациенты, получавшие дабигатран в дозе 110 мг два раза в сутки. В третьей группе (n=45) больные получали клопидогрел по 75 мг в сутки. В течение 6 месяцев контролируемой терапии регистрировали случаи геморрагических осложнений (малое кровотечение, большое кровотечение, потребовавшее переливания более 2 доз эритроцитов или цельной крови, применения вазопрессоров или хирургического вмешательства, а также приведшее к внутриглазному кровоизлиянию, подтвержденному при консультации офтальмолога или к внутричерепной геморрагии, перикардиальному кровотечению или гемартрозу, не связанному с травмой, верифицированными данными компьютерной томографии). К тяжелым также относили желудочно-кишечные кровотечения, подтвержденные при проведении фиброгастродуоденоскопии. Остальные геморрагии считались малыми. Все случаи инсультов рассматривались неврологами.

Результаты. Суммарная частота жизнеугрожающих геморрагий, внутричерепных кровоизлияний, больших и малых кровотечений в группе варфарина оказалась выше по сравнению с группой дабигатрана (24,4% против 4,6% случаев, p<0,05) и клопидогрела (15,4% случаев, p=0,491).

Заключение. Поскольку из-за высокого риска тромбоэмболических осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста с неклапанной ФП отказываться от антикоагулянтной терапии не представляется возможным, будущие исследования должны быть направлены на изучение путей снижения риска кровотечений в этой возрастной группе. Возможной альтернативой варфарину сегодня в данной клинической ситуации могут служить пероральный антикоагулянт прямой ингибитор тромбина дабигатран или даже клопидогрел.

804 ДИНАМИКА НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЫ ПРОЦЕССА ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.

МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Электрокардиографические изменения у пациентов с острым коронарным синдром (ОКС) достаточно подробно описаны, однако это касается преимущественно изменений сегмента ST и конечной части зубца Т. Целью данного сообщения является исследование динамики комплекса QRS у пациентов с ОКС.

Материалы и методы. Использованы данные 277 пациентов с ОКС: 103 пациента с прогрессирующей стенокардией (ПС), 63 пациента с мелкоочаговым ОИМ (nQОИМ), 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QОИМ) и 34 пациента с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком (КШ). Исследована продолжительность интервала QR при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Альтоника, Россия). Статистический анализ с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Продолжительность интервала QR у пациентов с ПС при госпитализации: среднее – 45,88 мс, медиана – 45 мс, нижняя квартиль (25%) – 41 мс, верхняя квартиль (75%) – 48 мс; с nQОИМ среднее – 46,22 мс, медиана – 44 мс, нижняя квартиль (25%) – 41 мс, верхняя квартиль (75%) – 49 мс; с QОИМ среднее – 54,05 мс, медиана – 50 мс, нижняя квартиль (25%) – 46 мс, верхняя квартиль (75%) – 59 мс. Распределение значений интервала QR у пациентов с ОКС отлично от нормального, наиболее выраженный разброс значений QR отмечается в группе пациентов с КШ (коэффициент асимметрии – 1,27, W-тест Шапиро-Уилка=0,9, p<0,05) со средним значением 58,0 мс. Для оценки различий в группах пациентов использован непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия в значениях QR в группах пациентов с ПС и nQОИМ недостоверны (p=0,98), в тоже время высоко достоверны различия в группах пациентов с ПС и QОИМ (p=0,000...), а также с nQОИМ и QОИМ (p=0,00004). Динамика интервала QR у пациентов с ПС за время наблюдения неоднозначна. Почти у 77% пациентов нет значимой динамики интервала QR с исходным средним 48,3 мс, у 7,7% – с исходным средним 95,1 мс. Только у 15,4% пациентов с исходным средним 61,5 мс отмечен к концу вторых суток наблюдения рост до 82,5 мс, к концу периода наблюдения снижение до 55 мс. У 47,4% пациентов с nQОИМ отсутствие значимой динамики с исходным средним 55,8 мс, у 42,1% – с исходным средним 45,1 мс. Только у 10,5% пациентов отмечается значимая динамика с исходных средних 67,5 до максимальных 87,5 мс к 3 суткам, затем снижение до 75 мс к концу периода наблюдения. Наиболее выраженная динамика длительности интервала QR отмечена у пациентов с ОИМ, осложненным КШ. У 29,8% пациентов отмечается снижение

длительности QR с исходных 53,3 мс до 43 мс через 36 часов наблюдения, затем рост до 51,7 мс к исходу третьих суток. У 58,2% пациентов отмечается незначимый рост длительности QR к 36 часам наблюдения, затем возврат к исходному уровню с 72 часам. Наибольшая динамика отмечается у 12% пациентов, где за все время наблюдения отмечается рост длительности интервала QR с исходных 30 до 60 мс.

Выводы. 1. По мере расширения объема повреждения миокарда у пациентов с ОКС, растет как среднее значение интервала QR, так и разброс значений, различия в значениях высоко достоверны. 2. Наиболее значимы различия в исходных значениях и динамике в группе пациентов с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком.

805 АНАЛИЗ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ФАЗЫ ПРОЦЕССА ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Электрокардиографическое исследование пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) позволяет оценить динамику амплитудно-временных параметров ЭКГ. Целью данного сообщения является изучение динамики заключительной стадии процесса деполяризации у пациентов с ОКС.

Материалы и методы. Использованы данные 277 пациентов с ОКС: 103 пациента с прогрессирующей стенокардией (ПС), 63 пациента с мелкоочаговым ОИМ (nQОИМ), 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QОИМ). Исследована продолжительность интервала RS при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Альтоника, Россия).

Результаты. Значения интервала RS в группах пациентов с ОКС оказалось следующим: у пациентов с ПС среднее значение – 52,9 мс, медиана – 53 мс, минимум – 34 мс, максимум – 75 мс; у пациентов с nQОИМ среднее – 54 мс, медиана – 53 мс; у пациентов с QОИМ среднее значение – 56,3 мс, медиана – 54 мс; у пациентов с КШ среднее – 56,8 мс, медиана – 55 мс. Распределение значений интервала RS у пациентов с ПС и с nQОИМ оказалось практически нормальным (коэффициент асимметрии – 0,32, W-тест Шапиро-Уилка – 0,98, $p>0,05$). В тоже время у пациентов с QОИМ распределение значений RS не является нормальным (коэффициент асимметрии – 1,97, W-тест Шапиро-Уилка – 0,84, $p<0,05$). Различия значений RS в группах пациентов с ПС и nQОИМ недостоверны (U-тест Манна-Уитни – 3024, $p=0,46$). Также недостоверны различия значений RS в группах пациентов с ПС и QОИМ ($p=0,11$), nQОИМ и QОИМ ($p=0,49$). У 22,8% пациентов с ПС отмечается сначала снижение длительности RS с исходных 94,7 мс до 85 мс к концу вторых суток, затем в течение двух суток рост до 103 мс и возврат к исходному значению к концу пятых суток. У 29,5% пациентов отмечается к концу вторых суток незначительный рост длительности RS с исходных 57,7 мс до 67,7 мс, затем снижение до 60 мс к концу третьих суток и до 56,3 мс к концу наблюдения. У 47,7% пациентов динамика длительности интервала RS еще менее значима с исходных 48,8 мс до 51,8 мс к концу периода наблюдения. У 52,7% пациентов с nQОИМ несущественная динамика интервала RS с исходных 50,2 мс до 48,6 мс за время наблюдения. У 10,5% пациентов незначимое уменьшение длительности интервала RS с исходных 104,5 мс до 99,5 мс за время наблюдения. У 36,8% пациентов отмечается рост длительности интервала RS с исходных 62,8 мс до 80 мс за время наблюдения. У 76,2% пациентов с QОИМ с исходным значением RS 51,5 мс за время наблюдения длительность изменяется несущественно до 52,6 мс. У 19,5% пациентов происходит уменьшение длительности RS с исходных 79,5 мс до 64,3 мс за время наблюдения. Только у 4,3% пациентов отмечается значимый рост длительности интервала RS с исходных 76,7 мс до 100 мс.

Вывод. В отличие от начальной фазы процесса деполяризации, представленной интервалом QR и имеющей значимые различия в подгруппах ОКС, заключительная фаза процесса деполяризации, которая представлена на ЭКГ интервалом RS, является более однородной и не имеющей достоверных различий в подгруппах пациентов с ОКС. Динамика интервала RS также несущественна в группах пациентов с ПС и nQОИМ, значимый рост только у 4,3% пациентов с QОИМ.

806 ДИНАМИКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС) являются основным контингентом первичных сосудистых центров. Целью данного сообщения является изучение длительности и динамики длительности интервала QRS у пациентов с ОКС.

Материалы и методы. Использованы данные 277 пациентов с ОКС: 103 пациента с прогрессирующей стенокардией (ПС), 63 пациента с мелкоочаговым ОИМ (nQОИМ), 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QОИМ) и 34 пациента с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком (КШ). Исследована продолжительность комплекса QRS при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01.

Результаты. Длительность комплекса QRS исследовалась в подгруппах пациентов с ОКС: среднее значение в группе пациентов с ПС – 98,8 мс, медиана – 97 мс, нижняя квартиль (25%) – 91 мс, верхняя квартиль (75%) – 103 мс; с nQОИМ среднее – 100,2 мс, медиана – 98 мс, 25% – 92 мс, 75% – 105 мс; с QОИМ среднее – 110,4 мс, медиана – 107 мс, 25% – 100 мс, 75% – 115 мс; с КШ среднее – 114,8 мс, медиана – 112,5 мс, 25% – 102 мс, 75% – 125 мс. Распределение значений QRS у пациентов с ОКС не является нормальным (коэффициент асимметрии – 1,49, W-тест Шапиро-Уилка=0,88, $p<0,05$) Различия значений QRS в группах пациентов с ПС и nQОИМ недостоверны (U-критерий Манна-Уитни – 2927,0, $p=0,29$). Высоко достоверны различия значений QRS в группах пациентов с ПС и QОИМ ($p=0,000...$), в группах пациентов с nQОИМ и QОИМ ($p=0,000...$), а также в группе пациентов с nQОИМ и КШ ($p=0,000...$). У 21,4% пациентов с ПС за время наблюдения отмечается незначимое уменьшение длительности QRS с исходных 166,5 мс до 154,1 мс. У 42,8% пациентов незначимый рост длительности комплекса QRS с исходных 105,2 до 108,6 мс и у 35,7% пациентов отмечается незначимое уменьшение длительности QRS с исходных 95,8 мс до 92,1 мс. У 16,7% пациентов с nQОИМ отмечается незначимый рост длительности комплекса QRS с исходных 152,3 до 161 мс. У 54,1% пациентов отмечается незначимое уменьшение длительности комплекса QRS с исходных 108 до 106,5 мс и у 29,2% пациентов отмечается также незначимое уменьшение длительности QRS с исходных 88 до 87,1 мс. У 64,8% пациентов с QОИМ не отмечается значимой динамики комплекса QRS с исходным средним 100 мс. У 31,5% пациентов происходит уменьшение длительности комплекса QRS с исходных 119,5 до 111 мс. И только у 3,7% пациентов происходит значимый рост длительности комплекса QRS с исходных 127,5 мс до 165,1 мс за время наблюдения. У 16,7% пациентов с КШ. происходит значимый рост длительности комплекса QRS с исходных 138,3 до 155,6 мс. У 8,3% пациентов сначала происходит уменьшение длительности комплекса QRS к 12 часам с исходных 114,5 до 109,7 мс, затем происходит еще более выраженный рост длительности комплекса QRS до 150,2 мс к 48 часам наблюдения.

Выводы. 1. Различия длительности комплекса QRS при госпитализации высоко достоверны в группе пациентов с ПС и QОИМ, nQОИМ и КШ. Увеличение длительности QRS происходит по мере утяжеления повреждения миокарда. 2. У пациентов с ПС и nQОИМ не происходит значимой динамики длительности комплекса QRS, в тоже время у паци-

ентов с QOИМ динамика более выраженная, особенно у пациентов с КШ.

807 АНАЛИЗ АМПЛИТУДНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Острый коронарный синдром (ОКС) делится в зависимости от элевации сегмента ST а ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема сегмента ST. Однако часто пациенты имеют сочетание элевации и депрессии сегмента ST на ЭКГ. Целью является исследование суммы отклонения сегмента ST в 12 отведениях.

Материалы и методы. Использованы данные 277 пациентов с ОКС: 103 пациента с прогрессирующей стенокардией (ПС), 63 пациента с мелкоочаговым ОИМ (nQОИМ), 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QОИМ) и 34 пациента с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком (КШ). Исследованы амплитудные параметры: сумма отклонения сегмента ST (ΣST), мс, которая складывается из сумм элевации и депрессии сегмента ST. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Альтоника, Россия). Статистический анализ с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результат. Среднее ΣST в группе пациентов с ПС оказалось 595 мкВ, медиана – 454 мкВ, нижняя квартиль (25%) – 332 мкВ, верхняя квартиль (75%) – 566 мкВ; у пациентов с nQОИМ среднее – 807,1 мкВ, медиана – 658,5 мкВ, 25% – 392 мкВ, 75% – 989 мкВ; у пациентов с QОИМ среднее – 1498,2 мкВ, медиана – 1127 мкВ, 25% – 615,5 мкВ, 75% – 1852 мкВ; у пациентов с КШ среднее – 1438 мкВ, медиана – 826 мкВ, 25% – 333 мкВ, 75% – 1786 мкВ. Распределение значения ΣST у пациентов с ПС не является нормальным с положительной асимметрией (коэффициент асимметрии – 2,35, W-тест Шапиро-Уилка=0,67, p<0,05). У пациентов с nQОИМ также отмечается положительная асимметрия распределения значения – (коэффициент асимметрии – 3,82). Для оценки различий ΣST использован непараметрический U критерий Манна-Уитни. Значимы различия у пациентов с ПС и nQОИМ (U-тест=515, p=0,03). У пациентов с QОИМ распределение значений ΣST не является нормальным, со значительной положительной асимметрией (коэффициент асимметрии – 3,46). У пациентов с КШ распределение значения ΣST также не является нормальным, с положительной асимметрией (коэффициент асимметрии – 2,73). Достоверность различий значения ΣST у пациентов с nQОИМ и QОИМ оцененная с помощью U-теста Манна-Уитни ожидаемо высока (U-тест – 1212,5, p=0,0003). Достоверность различий ΣST во всех группах пациентов при госпитализации оценена с помощью непараметрических Н-теста Краскела – Уоллиса и χ^2 медианного теста для множественных сравнений. Различия высоко достоверны (Н-тест=102, p=0,000...; χ^2=78,4, p=0,000...). Динамика ΣST за время наблюдения оценена с помощью непараметрического критерия Фридмана для нескольких связанных выборок. Различия в динамике в группе пациентов с ПС недостоверны (χ^2 критерия Фридмана=6,28, p<0,5). Также недостоверны различия в динамике ΣST у пациентов с nQОИМ (χ^2 критерия Фридмана=6,27, p<0,5). В тоже время ожидаемо значима динамика ΣST в группе пациентов с QОИМ (χ^2 критерия Фридмана=53,5, p<0,000...). В группе пациентов с КШ динамика ΣST за время наблюдения незначима (χ^2 критерия Фридмана=1,02, p<0,91).

Выводы. 1. Кардиоанализатор позволяет провести сравнительный анализ ΣST у пациентов при госпитализации, при этом значимы различия у пациентов с ПС и nQОИМ, высоко значимы в группах пациентов с nQОИМ и QОИМ. 2. Наиболее выражена и значима динамика ΣST в группе пациентов с QОИМ.

808 АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Динамика элевации сегмента ST является важным прогностическим критерием течения и исхода острого коронарного синдрома (ОКС). Целью данного исследования является оценка динамики элевации сегмента ST у пациентов с ОКС современным кардиоанализатором.

Материалы и методы. Использованы данные 111 пациентов с ОКС с подъемом ST: 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QОИМ) и 34 пациента с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком (КШ). Исследована сумма элевации сегмента ST (ΣST+) при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Альтоника, Россия). Статистический анализ проведен с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Среднее значение ΣST+ у пациентов с QОИМ – 807 мкВ, медиана – 464 мкВ, нижняя квартиль (25%) – 220 мкВ, верхняя квартиль (75%) – 1023 мкВ. Сумма элевации сегмента ST у пациентов с QОИМ имеет большой диапазон разброса: 19,6% пациентов до 200 мкВ, 15,2% – до 300 мкВ, 14,3% – до 400 мкВ, 6,3% – до 500 мкВ, таким образом, до 500 мкВ ΣST+ у 55,4% пациентов. До 1000 мкВ имеют ΣST+ 19,6% пациентов, до 1500 мкВ – 9,8%, до 2000 мкВ – 5,4%, до 2500 мкВ – 3,57%. Суммарно 93,7% пациентов имеют ΣST+ до 2500 мкВ. Максимальное значение ΣST+ 5243 мкВ, то есть более 52 мм на стандартной ЭКГ. Распределение не является нормальным (коэффициент асимметрии – 2,24, W-тест Шапиро-Уилка=0,74, p<0,05). Нами предложено оценивать сумму элевации ST до 1000 мкВ как незначительную (I степени), 1001-2000 мкВ как умеренную (II степени), свыше 2000 мкВ как значительную (III степени), таким образом, 75% пациентов имели незначительную элевацию сегмента ST, 15,2% элевацию ST II степени и 9,78% пациентов значительную элевацию сегмента ST (III ст.). В тоже время у 71,4% пациентов с КШ ΣST+ до 500 мкВ, у 7,14% – до 1000 мкВ, у 10,7% – до 1500 мкВ, у 7,1% – до 2000 мкВ, свыше 2000 мкВ – 3,57% пациентов. Распределение не является нормальным (коэффициент асимметрии – 3,59, W-тест Шапиро-Уилка=0,54, p<0,05). Различия при госпитализации ΣST+ в группах пациентов с QОИМ и КШ не являются достоверными (U-тест Манна-Уитни – 567,5, p=0,82). Ожидаемо значима динамика ΣST+ для пациентов с QОИМ (χ^2 критерия Фридмана для множественных связанных сравнений=34,4, p=0,00001). Кластерный анализ позволил разделить варианты динамики на несколько групп. У 12,9% пациентов отмечается рост ΣST+ с исходных средних 1126,5 мкВ до 1724,7 мкВ за время наблюдения, у 44,4% снижение ΣST+ с исходных 856,9 мкВ до 494,7 мкВ, у 35,2% пациентов также снижение ΣST+ с исходных 443,4 мкВ до 189,9 мкВ. Наибольшая динамика отмечается у 7,5% пациентов, где отмечается рост с исходных 2899 мкВ до 3290 мкВ к концу вторых суток, затем снижение до 900,3 мкВ к концу периода наблюдения. Динамика ΣST+ у пациентов с КШ в ходе госпитального этапа оказалась недостоверной (χ^2 критерия Фридмана 6,66, p=0,46).

Выводы. 1. Сумма элевации сегмента ST у пациентов с QОИМ имеет большой диапазон разброса, позволяющий разделить элевацию на три степени. 2. Различия ΣST+ у пациентов с QОИМ и КШ не являются достоверными. 3. У 57,1% пациентов отмечается рост ΣST+ за время наблюдения, у 35,2% пациентов отмечается снижение ΣST+. 4. Динамика ΣST+ у пациентов с КШ недостоверна.

809 ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Депрессия сегмента ST отмечается на ЭКГ как у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST так и без подъема сегмента ST. Целью данного сообщения является оценка динамики депрессии сегмента ST у пациентов с ОКС.

Материалы и методы. Использованы данные 277 пациентов с ОКС: 103 пациента с прогрессирующей стенокардией (ПС), 63 пациента с мелкоочаговым ОИМ (nQОИМ), 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QОИМ) и 34 пациента с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком (КШ). Исследована сумма депрессии сегмента ST (ΣST–) при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Альтоника, Россия).

Результаты. Значения ΣST– у пациентов при госпитализации оказались следующими: у пациентов с ПС среднее – 296,5 мкВ, медиана – 250,5 мкВ, нижняя квартиль (25%) – 131 мкВ, верхняя квартиль (75%) – 328,5 мкВ; у пациентов с nQОИМ среднее – 475,1 мкВ, медиана – 247 мкВ, 25% – 119 мкВ, 75% – 658 мкВ; у пациентов с QОИМ среднее – 734 мкВ, медиана – 504,5 мкВ, 25% – 270,5 мкВ, 75% – 998,5 мкВ; у пациентов с КШ среднее – 822,2 мкВ, медиана – 435,5 мкВ, 25% – 147 мкВ, 75% – 1110 мкВ. Различия ΣST- при госпитализации у пациентов с ПС и nQОИМ незначимы (U-тест Манна-Уитни=620, p=0,39). Высоко значимы различия в группах пациентов с nQ- и QОИМ (p=0,009). У 38,5% пациентов с ПС отмечалось снижение ΣST- за время наблюдения с исходных 191,8 до 110,2 мкВ к концу наблюдения. У 53,8% пациентов неоднозначная динамика: рост ΣST- к 6 суткам наблюдения с исходных 295,7 до 308 мкВ, затем снижение до 308 мкВ к концу периода наблюдения. Наиболее значимая динамика отмечается у 7,7% пациентов: к концу первых суток рост ΣST- с исходных 461 мкВ до 1286 мкВ, затем к 6 суткам снижение ΣST- до 555 мкВ и вновь резкий рост до 1842 мкВ к концу периода наблюдения. У 73,6% пациентов с nQОИМ нет значимой динамики за время наблюдения. У 21,1% пациентов рост ΣST- с исходных 956,7 до 1222 мкВ. Значимая динамика у 5,3% пациентов, у которых отмечается рост ΣST- с исходных 3442 до 4178 мкВ к концу первых суток, затем снижение до 781 мкВ к концу вторых. У 30% пациентов с QОИМ отмечается снижение ΣST- с исходных 1059 до472,6 мкВ к началу третьих суток, затем постепенное снижение до 306,7 мкВ к концу периода наблюдения. Также снижение ΣST- отмечается у 66% пациентов с исходных 348,4 до 103 мкВ. Наиболее значимая динамика ΣST- у 4% пациентов: с исходных 2368,5 мкВ рост до 2375 к концу первых суток, затем снижение до 572 мкВ к началу 6 суток, рост до 1121 мкВ к концу 9 суток и вновь снижение до 742,5 мкВ к концу периода наблюдения. У 36,4% пациентов с КШ отмечалось снижение ΣST- с исходных 1645 до 673 мкВ в течение первых 12 часов. У 27,3% пациентов произошло снижение ΣST- с исходных 260,6 до 77 мкВ также к концу третьих суток. У 36,3% пациентов также снижение ΣST- с исходных 289,5 мкВ до 212,5 мкВ к концу наблюдения.

Выводы. 1. Различия ΣST- при госпитализации у пациентов с ПС и nQОИМ незначимы, высоко значимы в группах пациентов с nQ- и QОИМ. 2. Значимая динамика сегмента ST отмечается в группах пациентов с ПС, nQ- и QОИМ.

810 ДИНАМИКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Оценка длительности интервала QT является непременной составляющей выходных данных электрокардиоанализаторов и входит в число параметров ЭКГ, оцениваемых у пациентов с острым коронарным синдром (ОКС). Цель сообщения – исследование динамики длительности интервала QT у пациентов с ОКС.

Материалы и методы. Использованы данные 277 пациентов с ОКС: 103 пациента с прогрессирующей стенокардией (ПС), 63 пациента с мелкоочаговым ОИМ (nQОИМ), 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QОИМ) и 34 пациента с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком (КШ). Исследована длительность интервала QT при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Альтоника, Россия).

Результаты. Среднее значение длительности интервала QT у пациентов с ОКС оказалось следующим: у пациентов с ПС – 389,8 мс, медиана – 390 мс, нижняя квартиль (25%) – 373 мс, верхняя квартиль (75%) – 415 мс; у пациентов с nQОИМ среднее – 414,6 мс, медиана – 415 мс, 25% – 370 мс, 75% – 447 мс; у пациентов с QОИМ – 405,2 мс, медиана – 400 мс, 25% – 360 мс, 75% – 450 мс. У пациентов с ПС и с nQОИМ распределение длительности интервала QT является близким к нормальному (коэффициент асимметрии – 0,11). В тоже время распределение длительности интервала QT у пациентов с QОИМ не является нормальным (коэффициент асимметрии – 0,76). Различия в длительности интервала QT у пациентов с ПС и nQОИМ оказались достоверными (p=0,02). Для оценки различий длительности интервала QT у пациентов с nQ- и QОИМ использован непараметрический U-тест Манна-Уитни, различия недостоверны (p=0,32). Также недостоверны различия у пациентов с QОИМ и КШ (p=0,38). У 38,5% пациентов с ПС динамика длительности интервала QT не является существенной (от исходных 418 до 422 мс к концу наблюдения). У 46,2% пациентов более значимый размах колебания длительности интервала QT (от исходных 371 рост до 392 мс в течение первых суток, затем снижение до 368 мс, затем колебания с конечным результатом 376 мс). Наиболее значимая динамика длительности интервала QT отмечена у 15,3% пациентов. В течение первых суток значимый рост с исходных 386 до 458 мс, затем снижение с конечным результатом 398 мс. У 33,3% пациентов с nQОИМ отмечается незначимая динамика длительности интервала QT с исходных 450 до 457 мс. У 50% пациентов также незначимая динамика с исходных 350 до 360 мс за время наблюдения. У 16,7% пациентов более выраженная динамика длительности интервала QT с исходных 475 рост до 530 мс, затем снижение до 480 мс к концу периода наблюдения. У 59,3% пациентов с QОИМ за время наблюдения отмечается незначимый рост длительности интервала QT с исходных 410 до 417 мс. У 27,8% пациентов незначимое снижение длительности интервала QT с исходных 375 до 355 мс за время наблюдения. У 12,9% пациентов в течение первых 12 часов отмечается рост длительности интервала QT с исходных 485 до 495 мс, затем снижение до 475 мс концу периода наблюдения.

Выводы. 1. Различия в длительности интервала QT у пациентов с ПС и nQОИМ оказались достоверными. 2. Различия длительности интервала QT у пациентов с nQ- и QОИМ недостоверны. 3. Значимая динамика длительности интервала QT отмечена у 15,3% пациентов с ПС, у 16,7% – с nQОИМ, у 12,9% – с QОИМ.

811 ОТНОШЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИЗМЕРЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT К ДОЛЖНОМУ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Длительность интервала QT является важной характеристикой процессов реполяризации, оцениваемых у пациентов с острым коронарным синдром (ОКС). Цель сообщения – исследование отношения длительности измеренного интервала QT к должному у пациентов с ОКС.

Материалы и методы. Использованы данные 277 пациентов с ОКС: 103 пациента с прогрессирующей стенокардией (ПС), 63 пациента с мелкоочаговым ОИМ (nQОИМ), 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QОИМ) и 34 пациента с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком (КШ). Исследовано отношение длительности измеренного интервала QT к должному QTc (QT/QTc) при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01.

Результаты. Значение QT/QTc оказалось следующим: у пациентов с ПС среднее – 1,15 относительных единиц (отн. ед.), медиана – 1,13 отн. ед., нижняя квартиль (25%) – 1,06 отн. ед., верхняя квартиль (75%) – 1,25 отн. ед.; у пациентов с nQOИМ среднее – 1,22 отн. ед., медиана – 1,21 отн. ед., 25% – 1,14 отн. ед., 75% – 1,28 отн. ед.; у пациентов с QOИМ среднее – 1,21 отн. ед., медиана – 1,2 отн. ед., 25% – 1,12 отн. ед., 75% – 1,3 отн. ед.; у пациентов с КШ среднее – 1,19 отн. ед., медиана – 1,18 отн. ед., 25% – 1,07 отн. ед., 75% – 1,26 отн. ед. У пациентов с ПС значение отношения QT/QTc близко к нормальному (коэффициент асимметрии – 0,13). В тоже время распределение значения отношения QT/QTc у пациентов с nQOИМ не является нормальным (коэффициент асимметрии – 0,9). У пациентов с QOИМ распределение является близким к нормальному (коэффициент асимметрии – 0,42). Динамика отношения QT/QTc изучена с помощью кластерного анализа. У 23,1% пациентов с ПС отмечается в течение первых 12 часов рост отношения QT/QTc с исходных 1,32 до 1,39 отн. ед., затем снижение до 1,24 отн. ед. к концу периода наблюдения. У 61,5% пациентов отмечается снижение отношения QT/QTc с исходных 1,13 до 1,11 отн. ед. к концу наблюдения. У 15,4% пациентов более существенное снижение отношения QT/QTc с исходных 1,1 до 1,04 отн. ед. У 15,8% пациентов с nQOИМ также отмечается снижение отношения QT/QTc с исходных 1,35 до 1,28 отн. ед. У 39,1% пациентов вначале в течение первых 12 часов отмечается рост QT/QTc с исходных 1,18 до 1,21 отн. ед., затем снижение до 1,19 отн. ед. к концу периода наблюдения. У 45,1% пациентов отмечается снижение QT/QTc с исходных 1,19 до 1,12 отн. ед., затем медленный рост до 1,15 отн. ед. к концу периода наблюдения. Более выраженная динамика отмечается у пациентов с QOИМ. У 20,4% пациентов отмечается рост QT/QTc с исходных 1,12 до 1,14 отн. ед. в течение первых 12 часов, затем снижение до 1,06. У 60,2% пациентов также отмечается рост в течение первых 12 часов с исходных 1,22 до 1,25 отн. ед. затем снижение до 1,16 к концу периода наблюдения. Наиболее выраженная динамика отмечается у 19,4% пациентов: вначале в течение первых 12 часов рост QT/QTc с исходных 1,21 до 1,28 отн. ед., затем рост продолжается медленнее до максимума 1,33 отн. ед. к 60 часам наблюдения, окончательный результат 1,3 отн. ед. к концу периода наблюдения.

Выводы. 1. Достоверных различий в отношении QT/QTc при госпитализации не выявлено. 2. Наиболее выраженная динамика QT/QTc в течение госпитального периода отмечена у пациентов с QOИМ.

812 КОРРИГИРОВАННАЯ ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Дисперсия интервала QT является маркером негомогенности процессов реполяризации у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST. Целью данного сообщения является оценка динамики дисперсии интервала QT у пациентов с ОКС без подъема ST.

Материалы и методы. Использованы данные 166 пациентов с ОКС: 103 пациента с прогрессирующей стенокардией (ПС), 63 пациента с мелкоочаговым ОИМ (nQOИМ). Исследована корригированная дисперсия интервала QT (DQTc) при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Альтоника, Россия). Дисперсия интервала QT (DQT) оценивалась по разнице максимального и минимального интервалов QT, измеренных не менее чем в 8 отведениях стандартной ЭКГ. Корригированная дисперсия оценивалась с учетом ЧСС: DQT/√RR предшествующего кардиоцикла.

Результаты. Среднее значение DQTc при госпитализации оказалось следующим: ПС – 36,8 мс, медиана – 29 мс, нижняя квартиль (25%) – 23 мс, верхняя квартиль (75%) – 46 мс; nQOИМ – 62,3 мс, медиана – 60 мс, 25% – 43 мс, 75% – 77 мс. Распределение DQTc у пациентов с ПС не является нормальным (коэффициент асимметрии – 1,34). Распределение DQTc у пациентов с nQOИМ близко к нормальному (коэффициент асимметрии – 0,99). Достоверность различий DQTc у пациентов с ПС и nQOИМ оценена с помощью непараметрического U критерия Манна-Уитни. Различия высоко достоверны (p=0,0001). Динамика DQTc оценивалась с помощью кластерного анализа. У 76,9% пациентов с ПС изменения DQTc незначимы (уменьшение с исходных 28 до 26 мс к концу 6 суток). У 15,4% пациентов к концу первых суток происходит значимый рост DQTc с исходных 35 до 76 мс, затем снижение до 43 мс к концу четвертых суток, рост до 57 мс к концу пятых суток и вновь снижение до 39 мс к концу шестых суток наблюдения. Наибольшая динамика DQTc отмечается у 7,7% пациентов: к концу вторых суток снижение DQTc с исходных 77 мс до 45 мс, затем рост до 116 мс к концу пятых суток и снижение до 66 мс к концу шестых суток наблюдения. У пациентов с nQOИМ динамика DQTc также неоднозначна. У 36,8% пациентов происходит рост DQTc с исходных 64 до 73 мс в течение первых 12 часов, затем снижение к концу первых суток до 56 мс, рост к концу вторых суток до 66 мс и снижение к концу наблюдения до 45 мс. У 47,4% пациентов отмечается снижение DQTc в течение первых 12 часов с 38 до 32 мс, затем рост до 57 мс к концу первых суток и вновь снижение до 31 мс к концу наблюдения. У 15,8% пациентов также неоднозначная динамика DQTc: рост в течение 24 часов с исходных 77 до 96 мс, затем снижение до 71 мс к концу вторых суток и вновь рост до 111 мс к концу третьих суток, максимальный рост до 118 мс к концу пятых суток, затем снижение до 97 мс к концу шестых суток.

Выводы. 1. Около 3/4 пациентов с ПС имеют незначимую динамику DQTc за время наблюдения, в тоже время около 1/4 имеют выраженную разнонаправленную динамику DQTc. 2. У 2/3 пациентов с nQOИМ отмечается значимая разнонаправленная динамика DQTc за время наблюдения.

813 ДИНАМИКА ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Определение дисперсии интервала QT позволяет оценить процессы реполяризации у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST. Целью данного сообщения является оценка динамики дисперсии интервала QT у пациентов с ОКС с подъемом ST.

Материалы и методы. Использованы данные 111 пациентов с ОКС с подъемом ST: 77 пациентов с крупноочаговым ОИМ (QOИМ) и 34 пациента с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком (КШ). Исследована корригированная дисперсия интервала QT (DQTc) при госпитализации и в ходе госпитального этапа. ЭКГ записана электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Альтоника, Россия). Дисперсия интервала QT (DQT) оценивалась по разнице максимального и минимального интервалов QT, измеренных не менее чем в 8 отведениях стандартной ЭКГ. Корригированная дисперсия оценивалась с учетом ЧСС: DQT/√RR кардиоцикла.

Результаты. Среднее значение DQTc при госпитализации оказалось следующим: QOИМ – 73,1 мс, медиана – 72 мс, 25% – 45 мс, 75% – 95 мс; КШ – 79,1 мс, медиана – 80 мс, 25% – 47 мс, 75% – 105 мс. Распределение DQTc у пациентов с QOИМ близко к нормальному (коэффициент асимметрии – 0,99). Различия DQTc между пациентами с nQ- и QOИМ оценены с помощью параметрического критерия t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Различия недостоверны (t-критерий Стьюдента=-1,72, p=0,08). Также недостоверны различия в группах пациентов с QOИМ и КШ (t-критерий Стьюдента=-1,41, p=0,16). Динамика DQTc оценивалась с помощью кластерного анализа. У пациентов с QOИМ отме-

чается выраженная динамика DQTc. У 36,7% пациентов отмечается рост DQTc с исходных 71 до 92 мс к концу первых суток, затем в течение 72 часов резкое снижение до 38 мс, в последующие сутки рост и снижение, конечное значение 45 мс к концу 10 суток. У 34,7% пациентов также рост в первые 72 часа с исходных 39 до 56 мс, в последующем снижение до 36 мс к концу 10 суток. У 28,6% пациентов вначале снижение с исходных 83 до 70 мс к концу третьих суток, затем рост в течение суток до 92 мс, затем снижение к концу 10 суток до 67 мс. Динамика DQTc у пациентов с КШ также значима: у 50,3% пациентов в течение первых 12 часов снижение DQTc с исходных 45,5 до 38,5 мс, затем в течение 24 часов рост до 63,5 мс, максимальный рост к 60 часам до 64,5 мс. Затем снижение к 96 часам до 42 мс и вновь рост до 83,5 мс к 108 часам, к 132 часам снижение до 41 мс. У 25,1% пациентов в течение первых 24 часов также снижение DQTc, с исходных 82 до 66 мс, затем в течение 12 часов рост до 92 мс. Резкое снижение происходит в течение 12 последующих часов до 41 мс, а после 60 часов вновь рост до 76 мс, в конечном счете, к 132 часам снижение до 52 мс. Также значима динамика у 24,6% пациентов: в течение первых 12 часов происходит снижение DQTc с исходных 106 до 79,5 мс, затем плавное снижение в течение последующих 36 часов до 74 мс и вновь рост в течение 12 часов до 107 мс, затем снижение, в конечном счете, к 132 часам значение DQTc составило 82,5 мс.

Выводы. 1. Различия DQTc в группах пациентов с QOИМ и КШ недостоверны. 2.

У всех пациентов с ОКС с подъемом ST отмечается значимая разнонаправленная динамика DQTc, размах динамики увеличивается по мере утяжеления ОКС, он максимален у пациентов с КШ.

814 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Тромболитическая терапия (ТЛТ) занимает одно из ведущих мест в лечении пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСПST). Целью данного исследования является повышение эффективности ТЛТ при проведении системного тромболизиса.

Материалы и методы. В неинвазивном первичном сосудистом центре проведена ТЛТ стрептокиназой (Белмедпрепараты) 123 пациентам с ОКСПST, из них 108 мужчин (87,8%) и 15 женщин (12,2%), средний возраст (M±m) – 56,5±1,8 года. Среднее время от начала клиники до ТЛТ (M±m) 2 часа 34 мин±20 мин. Запись ЭКГ осуществлялась электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Кардис, Альтоника, Россия) одномоментно в 12 отведениях I-V6. Дисперсия интервала QT (DQT) оценивалась по разнице максимального и минимального интервалов QT. Корригированная дисперсия (DQTc) оценивалась с учетом ЧСС: DQT/√RR кардиоцикла.

Результаты. Разработаны дополнительные ЭКГ критерии оценки эффективности ТЛТ у пациентов с ОКСПST с разделением пациентов на группы с эффективным (ЭТЛТ), сомнительным (СТЛТ) и неэффективным (НЭТЛТ) тромболизисом. Среди дополнительных ЭКГ критериев наиболее значимыми оказались: сумма отклонений сегмента ST во всех двенадцати отведениях (I–V6) отведениях (Σ ST), мкВ; сумма элевации сегмента ST во всех двенадцати отведениях (Σ ST+), мкВ; отношение длительности измеренного интервала QT к должному интервалу QTc (QT/QTc) отн. ед.,; DQTc, мс. Эти критерии позволяют, используя дискриминантный анализ, построить модель, которая с высокой степенью корректности делит пациентов после проведения системного тромболизиса на группы с ЭТЛТ, СТЛТ и НЭТЛТ: $D_1 = \alpha_1*x_1 + \alpha_2*x_2 + \alpha_3*x_3 + \alpha_4*x_4 + \alpha_5*x_5 + C_1$, $D_2 = \beta_1*x_1 + \beta_2*x_2 + \beta_3*x_3 + \beta_4*x_4 + \beta_5*x_5 + C_2$, $D_3 = \gamma_1*x_1 + \gamma_2*x_2 + \gamma_3*x_3 + \gamma_4*x_4 + \gamma_5*x_5 + C_3$, где D_1 – дискриминатор ЭТЛТ, D_2 – дискриминатор СТЛТ, D_3 – дискриминатор НЭТЛТ; α_1-α_5 – коэффициенты дискриминации для ЭТЛТ, β_1-β_5 – коэффициенты дискриминации для СТЛТ, γ_1-γ_5 – коэффициенты дискриминации НЭТЛТ, x_1-x_5 – параметры пациентов при госпитализации и спустя 180 минут от начала тромболитической терапии, C_1-C_3 – константы. Таким образом, D_1 = DQTc[1]* (-0,112) + DQTc[4]* 0,177 + Σ ST+[1]* (-0,001) + Σ ST+[4]* 0,008 + QT/QTc[1]* 154,32 – 102,52 = 98,68; D_2 = DQTc[1]* (-0,0288) + DQTc[4]* 0,0872 + Σ ST+[1]* (-0,0008) + Σ ST+[4]* 0,0089 + QT/QTc[1]* 148,35 – 93,04 = 89,86; D_3 = DQTc[1]* (-0,057) + DQTc[4]* 0,12 + Σ ST+[1]* (-0,005) + Σ ST+[4]* 0,014 + QT/QTc[1]* 159,117 – 106,62 = 105,38, где верхний индекс [1] – параметр, измеренный перед тромболизисом, верхний индекс [4] – параметр, измеренный через 180 минут после системного тромболизиса. Новый случай относят к группе с сомнительным эффектом тромболитической терапии при значении D=89,86 и менее, с неэффективным тромболизисом при значении D=105,38 и более и с эффективным тромболизисом при значении D более 89,86 и менее 105,38, с оптимальным значением D=98,68 как центра группы.

Выводы. Для группы пациентов с эффективным тромболизисом предложенная модель корректна в 100% случаев, для группы пациентов с сомнительным тромболизисом в 90% случаев и для пациентов с неэффективным тромболизисом в 89,5% случаев. В целом же для всех групп пациентов с тромболизисом предложенная модель классификации случаев оказалась корректна в 92,7% случаев.

815 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ОСНОВЕ ДИСКРИМИНАНТНОЙ МОДЕЛИ

Шевченко И.И.
МУЗ ГО, ГКБСМП № 10, Воронеж, Россия

Цель. Течение острого коронарного синдрома (ОКС) зачастую является осложненным несмотря на применение современных инвазивных и неинвазивных методов лечения, что в свою очередь определяет высокую летальность. Целью исследования является разработка прогностической модели течения и исхода ОКС.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе первичного сосудистого центра городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Исследованы клинические и ЭКГ данные 358 пациентов, 165 мужчин (46,1%) и 193 женщины (53,9%), из них 134 пациента со стабильной стенокардией, 76 пациентов с ОКС без подъема ST, 112 пациентов с ОКС с подъемом ST, 36 пациентов с кардиогенным шоком. Средний возраст группы 62,8±0,69 года. Запись ЭКГ осуществлялась электрокардиоанализатором ЭК12К-01 (Кардис, Альтоника, Россия) одномоментно в I-V6. Статистическая обработка осуществлена с использованием пакета Statistica 6 для Windows.

Результаты. Клинико-электрокардиографические параметры, коррелирующие с исходом оценены с учетом ранговой R корреляции Спирмена: острая левожелудочковая недостаточность (ОЛН) – 0,88; объем поражения миокарда (ОПМ) – 0,68; корригированная дисперсия интервала QT (DQTc) – 0,58; систолическое артериальное давление (САД) – 0,4; частота сердечных сокращений (ЧСС) – 0,34; сумма депрессии сегмента ST (ΣST–) – 0,32; возраст – 0,28; сумма отклонения сегмента ST (ΣST) – 0,31; отношение измеренной длительности интервала QT к должному (QT/QTc) – 0,21. Для построения дискриминантной модели использованы: ОПМ передняя или нижняя локализация ОИМ – 1, циркулярный ОИМ – 2, циркулярный ОИМ с захватом правого желудочка – 3 балла, возраст пациентов, наличие интерстициального – 1, альвеолярного отека легких – 2 балла, значение систолического артериального давления (САД), частоты сердечных сокращений (ЧСС). ЭКГ критерии, разработанные нами: (Σ ST), мкВ; Σ ST–, мкВ; корригированная дисперсия DQTc=QTмакс. – QT мин./ ÖRR, мс. Неблагоприятный исход = 8,279*1,537 + 11,478*1,439 + 0,144*86,951 + 0,195*92,805 + 0,657*71,549 – 0,0037*776,354 + 0,0031*

1419,671 – 55,292 = 12,724 + 16,517 + 12,521 + 18,097 + 47,01 – 2,87 + 4,4 – 55,292 = 53,107; сомнительный исход = 0,0653*0,195 + 10,169*1,221 + 0,087*55,649 + 0,1503*74,662 + 0,572*59,896 – 0,0028*537,117 + 0,003*1184,195 – 33,541 = 0,0127 + 12,416 + 4,841 + 11,222 + 34,261 – 1,5 + 3,553 – 33,541 = 31,265; благоприятный исход = – 0,664*0,05 + 2,355*0 + 0,043*29,512 + 0,152*76,232 + 0,557*64,378 – 0,0009*225,183 + 0,0019*471,7 – 25,794 = – 0,033 + 0 + 1,269 + 11,587 + 35,859 – 0,203 + 0,896 – 25,794 = 23,784. Классификационная матрица оказалась верной для групп пациентов: ОКС с летальным исходом – 96,34%, выжившие пациенты с тяжелым ОКС (сомнительный исход) – 92,2%, пациенты со среднетяжелым течением ОКС (благоприятный исход) – 99,7%, в целом для всей группы пациентов с ОКС – 96,27%.

Выводы: 1.разработанная модель прогнозирования течения и исхода ОКС позволяет разделить пациентов на группы с благоприятным, неблагоприятным и сомнительным течением. 2. наиболее значимыми критериями оказались объем поражения миокарда, наличие левожелудочковой недостаточности, возраст пациентов, DQTc, Σ ST–, Σ ST, САД, ЧСС.

816 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шевченко О.В., Бородулин В.Б., Посненкова О.М., Лемешева Ю.В.*

ГОУ ВПО “Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава”, Саратов, Россия; *ФГУ “СарНИИК” Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Реакция ацетилирования является ключевой в превращении ацетилкоэнзима А (ацетил-КоА) в ацетоацетил-КоА и необходима для синтеза холесторола. Процесс ацетилирования осуществляется в основном ферментом N-ацетилтрансферазой 2 и может быть зависим от аллельных вариантов гена NAT2. Полиморфизм NAT2 фенотипически проявляется наличием в популяции “быстрых” и “медленных” ацетиляторов, при этом у представителей европеоидной расы частота “медленных” ацетиляторов составляет 40-60%. Нарушения липидного состава крови обнаруживаются у 40-85% больных артериальной гипертензией (АГ) и являются одним из самых неблагоприятных прогностических симптомов.

Известно около 20 мутантных аллелей гена NAT2, все они наследуются по аутосомно-рецессивному типу. Для европейской популяции самыми распространенными мутантными аллелями являются NAT2*5B и NAT2*6A. Аллель NAT2*5B образуется сочетанием трех точечных мутаций: 341 T>C, 481 C>T, 803 A>G; аллель NAT2*6A – сочетанием двух: 282 C>T, 590 G>A.

Целью исследования явилось изучение распределения полиморфизмов “медленного” ацетилирования у больных с разной степенью артериальной гипертензии.

Исследованы образцы ДНК 50 больных АГ без ассоциированных клинических состояний (28 женщин и 22 мужчины) в возрасте от 20 до 59 лет. Проводилось стандартное клинико-инструментальное обследование больных, а также ряд дополнительных генетических и биохимических анализов. Изучались аллельные варианты гена NAT2 (NAT2*5A, NAT2*5B, NAT2*6A, NAT2*6B, NAT2*7B), приводящие к “медленному” ацетилированию. В работе использовался один из самых эффективных на сегодняшний день методов генетического тестирования – исследование на гидрогелевых биочипах (методика ИМБ им. В.А. Энгельгардта РАН).

Из обследованных больных с I степенью АГ “медленными” ацетиляторами (гомозиготами по мутантному варианту гена NAT2) явились: по аллельным вариантам NAT2*5A (T341C и C481T) – 18%, по аллельным вариантам NAT2*5B (T341C, C481T, A803G) – 24%, по аллельным вариантам NAT2*6A (C282T, G590A) – 22%, по аллельным вариантам NAT2*6B (G590A) и NAT2*7B (C282T, G857A) – 6%. Среди больных II и III степенью АГ по указанным аллельным вариантам обнаружено достоверно меньшее количество пациентов. Таким образом, можно предположить, что “медленные” аллельные варианты гена NAT2 способствуют уменьшению уровня фермента N-ацетилтрансферазы, замедляя реакцию превращения Ацетил-КоА в ацетоацетил-КоА и нарушая всю многоэтапную цепь синтеза холестерола. Авторами показано, что пациенты, являющиеся “медленными” ацетиляторами, имеют достоверно более низкий уровень холестерина крови. Очевидно, что при мутации гена, кодирующего фермент N-ацетилтрансферазу 2, страдает синтез холестерина, что может существенно снижать риск развития кардиоваскулярных осложнений у больных АГ.

817 МЕТАБОЛИЗМ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шевченко О.В., Бородулин В.Б., Посненкова О.М., Лемешева Ю.В.*

ГОУ ВПО “Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава”, Саратов, Россия; *ФГУ “СарНИИК” Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Гомоцистеин – серосодержащая аминокислота, которая является промежуточным продуктом обмена аминокислот метионина и цистеина. Известны несколько путей участия гомоцистеина в повреждении эндотелия сосудов: усиливается пролиферация гладкомышечных клеток, в мембранах клеток накапливаются липопротеиды низкой и очень низкой плотности, снижается эластичность стенки сосудов, инициируется рост атеросклеротических бляшек. Не исключена роль оксидативного повреждения эндотелия при гипергомоцистеинемии. Наличие оксидативного стресса проявляется увеличением концентрации малонового диальдегида, что отражает усиление процессов перекисного окисления липидов в мембранах клеток и снижение антиоксидантной способности плазмы крови. Перекисные радикалы, образующиеся при аутоокислении гомоцистеина, могут переводить вазодилататор NO в форму пероксинитритов OONO-, не обладающую вазодилатирующими свойствами.

К увеличению концентрации гомоцистеина в плазме крови ведет мутация гена 5,10-метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). При гомозиготной мутации этого гена происходит замена цитозина на тимин в 677 нуклеотиде (мутация C677T). В результате аланин замещается валином, это приводит к значительному снижению активности фермента, что нарушает реметилирование гомоцистеина в метионин.

Целью исследования явилось изучение ассоциации полиморфизмов гена MTHFR со стадиями артериальной гипертензии (АГ).

Группу обследуемых составили 60 больных эссенциальной АГ I-III стадий (32 женщины и 28 мужчин) в возрасте от 20 до 59 лет, проходящих клинико-инструментальное обследование и лечение в кардиологическом стационаре г. Саратова. Пациенты по стадиям АГ были разделены на 3 группы: 1 группа – I стадия (19 человек); 2 группа – II стадия (21 человек); 3 группа – III стадия (20 человек). Для генетических исследований были использованы трехмерные гидрогелевые биочипы, изготовленные по технологии, разработанной в Институте молекулярной биологии им. В.А Энгельгардта РАН под руководством академика А. Д. Мирзабекова.

По полиморфизму C677T гена MTHFR из 60 образцов ДНК больных АГ, в 19 образцах определен генотип T/T, причем 14 из этих образцов принадлежали пациенатм 3 группы (III стадия), 3 образца – пациентам 2 группы (II стадия), 2 – пациентам 1 группы (I стадия). Гетерозиготы (C/T) и гомозиготы по немутантному аллелю (C/C) примерно с одинаковой частотой встречались среди больных I и II групп. Отмечаем, что гомозиготы T/T достоверно ($p<0,01$) чаще встречаются среди больных III группы, то есть с наиболее тяжелой стадией АГ. Очевидно, что изученная мутация может служить генетическим маркером тяжести АГ. По данным литературы, у людей с такой мутацией повышен риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, атеросклероза, поздних осложнений беременности и др.

818 ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ИБС У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Шестопалова И.М., Каширина А.А., Мерзликин Л.А., Герасимов С.С.

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Анализ проведен у 512 больных злокачественными новообразованиями различных локализаций при сопутствующей ИБС, оперированных с 2004 по 2010 г. в хирургических клиниках РОНЦ РАМН. Операции были выполнены по поводу рака легкого – 249 (48,6%), желудка – 108 (21,1%), пищевода – 79 (15,4%), толстой и прямой кишки 47 (9,2%), а также опухолей иных локализаций – 29 (5,7%). Возраст пациентов соответствовал 43-83 годам; соотношение мужчин и женщин 78,7% и 21,3% соответственно. Частота возрастного риска составила 92,0%, реже отмечались курение (39,8), избыточная масса тела (39,5%), дислипидемия (11,4%), сахарный диабет (7,9%), артериальная гипертензия (7,3%). Как правило, наличие более трех факторов риска (включая дислипидемию) в совокупности с очаговыми изменениями на ЭКГ позволяло со значительной достоверностью устанавливать диагноз ИБС. Таким образом, диагноз ИБС на основании указанных данных был обоснован у 157 (30,7%) больных. В остальных случаях диагностика ИБС предусматривала дополнительные исследования. Сочетание трех и более факторов риска было выявлено у 40,1% пациентов. Течение ИБС оставалось бессимптомным у 34,8% больных. Назначение суточного мониторирования ЭКГ проводилось для выявления значимых нарушений сердечного ритма и безболевой ишемии миокарда, которые были таким образом диагностированы соответственно у 27,7 и 7% анализируемых больных. Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась для выявления коронарной и сердечной недостаточности. Сохранная систолическая и диастолическая функции левого желудочка (ФВ>60%), отсутствие зон нарушений локальной сократимости миокарда, при наличии не более двух факторов риска ИБС позволяло определять течение ИБС как неосложненное, без коронарной и сердечной недостаточности, а также считать низким риск хирургического вмешательства. Напротив, снижение систолической функции левого желудочка с зонами нарушения локальной сократимости, как проявления ИБС (у 25; 4,8% больных), диастолическая сердечная недостаточность (у 167; 32,6% больных) позволяли определять высокий риск операции в данных случаях, подтверждая важность ЭхоКГ. Если по данным ЭКГ и ЭхоКГ определялись изменения обусловленные ИБС, то для оценки функционального класса стенокардии (ФК ИБС), выявления безболевой ишемии миокарда (ББИМ), определения (стратификации) риска предстоящей операции и ее переносимости назначались пробы с физической нагрузкой (велоэргометрия, спироэргометрия). В зависимости от высокой, средней и низкой толерантности к физической нагрузке по результатам велоэргометрии и спироэргометрии (а также по ряду дополнительных критериев), больные стратифицировались, соответственно I; II и III-IV ФК ИБС. Риск операции расценивался низким при I-II и высоким – при III (IV) функциональном классе. (Следует отметить, что при III ФК ИБС частота ББИМ составила 23,5%!). Коронароангиография в 68,8% исследований позволяла выявлять критические стенозы коронарных артерий, требующие реваскуляризации миокарда. Следует отметить, что 47% больных направленных на коронароангиографию – это пациенты с впервые выявленной ишемической болезнью сердца.

Выводы. Алгоритм предоперационной диагностики ИБС предусматривал выявление ишемии миокарда на этапах предварительной, обязательной и дополнительной диагностики соответственно в 49,2; 9,0; 41,8% случаев. Бессимптомная (безболевая) ИБС, частота которой составляла 41,8±2,2%, выявлялась лишь на этапе дополнительной диагностики в основном в результате выполнения ЭКГ-проб с физической нагрузкой.

В результате применения ЭКГ-проб с физической нагрузкой возрастала выявляемость бессимптомной ИБС на 50,8% случаев, а также тяжелой ишемии миокарда с 13,1% случаев на предварительном этапе до 22,3% – на дополнительном этапе ($p<0,001$).

819 МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Шефтелович Т.К., Окунь А.М., Позднякова Н.В., Семернин А.Н., Аппакова А.А.

ГОУ ВПО КГМУ, кафедра внутренних болезней, НУЗ "Отделенческая клиническая больница ОАО "РЖД" Краснодар, Россия

Цель: оценка возможности применения мексидола в лечении гипертонической болезни (ГБ).

Материал и методы. Критерии включения: ГБ 2 стадии, возраст пациентов от 40 до 65 лет, наличие когнитивных и тревожно-депрессивных расстройств. Под наблюдением находился 21 человек: 17 женщин и 4 мужчины, средний возраст 58,6±4,8 лет. В анамнезе отмечались неосложненные гипертонические кризы с частотой 2-3 эпизода в месяц. Длительность заболевания от 3 до 13 лет. Все больные обследованы в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями, осмотрены неврологом. У всех пациентов диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия I-II стадии. Когнитивные и тревожно-депрессивные расстройства разного уровня оценены в динамике (10 человек) по краткой шкале MMSE и опроснику HADS. Соматическая и неврологическая симптоматика прослежена при поступлении, выписке из стационара и на 30 день наблюдения. Контрольную группу (без применения мексидола) составили 10 пациентов ГБ 2 стадии. Базисная терапия исследуемых больных была максимально стандартизирована и включала традиционные препараты. На 3-4 день назначался мексидол: в течение 10 дней в\в капельно в дозе 400 мг/сутки в разведении 200 мл физиологического раствора (2 раза в день по 200 мг) или в\м по 200 мг 2 раза в день. С 11-го дня наблюдения пациент получал перорально мексидол по 125 мг трижды в день. Контрольные исследования проведены: при выписке из стационара (9-10 день) и через 4 недели после назначения мексидола при амбулаторном визите пациентов. В дальнейшем больным рекомендовалось продолжить прием мексидола до 1,5 месяцев. Полученные результаты обработаны статистически по программе "BioStat (F)".

Результаты. У всех больных в клинике доминировали типичные признаки артериальной гипертензии, а также отмечалось снижение памяти, изменчивость настроения, шум в ушах, шаткость походки. Артериальное давление (АД) до лечения было: систолическое – 179,8±13,3 мм рт.ст., диастолическое – 102±6,4 мм рт.ст. Стабилизация АД и регрессия признаков, ассоциированных с артериальной гипертензией, достигалась на 3-4 день пребывания в стационаре. На фоне терапии с использованием мексидола, уже с 9-10 дня выявилась тенденция к минимизации когнитивных расстройств, достигшая достоверности к 30 дню наблюдения (с 26,0±1,5 до 27,8±0,8 баллов, $p<0,05$). В меньшей степени позитивная динамика касалась таких симптомов как снижение памяти и внимания. Проявления тревоги и депрессии уменьшились и составили соответственно 9,5±1,3 и 9,7±1,3 баллов до лечения и 7,2±0,8 и 8,0±0,8 баллов к 30 дню наблюдения. В контроле достоверной динамики нейропсихологических дисфункций не выявлено, хотя прослеживается тенденция к снижению выраженности тревожно-депрессивного синдрома.

Выводы. Применение мексидола в комплексной терапии гипертонической болезни оказывает положительное влияние на течение заболевания, минимизируя выраженность когнитивных, эмоциональных и тревожно-депрессивных расстройств, тем самым способствуя более благоприятному течению заболевания.

820 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Шехтер Н. М., Омельяненко М. Г., Томилова И. К., Пахрова О.А., Геллер В. Л.

ГОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России, Иваново, Россия

Активное внедрение интервенционных методов лечения ИБС требует осмысления их результатов, которые не всегда устраивают как врачей, так и самих пациентов. Особенно актуальным является выяснение вопроса о влиянии коронарного стентирования на сердечную функцию и последующее развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН), в развитии которой важное место принадлежит дисфункции эндотелия. Представляет большой научный и практический интерес оценка влияния стентирования коронарных артерий на эндотелиальную функцию у больных ИБС и начальными стадиями ХСН, проявляющейся диастолической дисфункцией с сохранённой фракцией выброса.

Цель исследования: оценить влияние стентирования коронарных артерий на эндотелиальную функцию у больных со стенокардией напряжения и диастолической дисфункцией с сохранённой фракцией выброса через 12 месяцев после интервенционного вмешательства.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 55 больных (мужчин – 38, женщин – 17) в возрасте от 39 до 68 лет (в среднем – 55,3±0,95 лет) со стенокардией напряжения II-III функционального класса. Всем больным было проведено стандартное общеклиническое, лабораторное, инструментальное обследование и успешное стентирование коронарных артерий по поводу стенокардии. Диагноз ИБС был верифицирован с помощью коронароангиографии (КАГ). Функциональный класс ХСН определяли в соответствии с классификацией NYHA и результатами пробы с 6-минутной ходьбой. Для выявления диастолической дисфункции проводилось допплер-эхокардиографическое исследование на аппарате Унисон-2-03 (Россия). Суммарную концентрацию в плазме крови конечных метаболитов NO (нитраты + нитриты = NO_x) определяли по методике Грисса. Уровень L-цитрулина, отражающего активность NO-синтазы, определялся фотокалориметрическим методом. Медикаментозное лечение соответствовало стандартам и включало ацетилсалициловую кислоту, клопидогрель, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ и статины. Клинически и ангиографически результаты интервенционного вмешательства у наблюдаемых пациентов были расценены как успешные. Обследование больных проведено в динамике: перед интервенционным вмешательством и через 12 месяцев.

Результаты. В динамике через 12 месяцев после стентирования выявлено значимое улучшение показателей, характеризующих диастолическую дисфункцию: увеличение E (0,51±0,05 м/с vs 0,71±0,07 м/с; $p<0,03$) и E/A (0,73±0,08 vs 1,11±0,09; $p<0,03$). Концентрация L-цитруллина оказался значимо выше после стентирования (3,1±0,09 ммоль/л vs 3,4±0,14 ммоль/л; $p<0,03$). В динамике выявлено, что уровень NO_x достоверно возрос с 31,1±1,72 до 39,7±3,5 мкмоль/л ($p<0,03$).

Выводы. Успешное стентирование коронарных артерий у больных со стенокардией напряжения и начальными проявлениями ХСН не только повышает качество жизни больных, но улучшает функцию эндотелия и уменьшает признаки диастолической дисфункции, как начальной стадии ХСН с сохраненной фракцией выброса.

821 ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕЧЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ СОПУТСТВУЮЩИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СЕРТРАЛИНОМ

Шилина Н.Н., Тыщенко И.А., Стаценко М.Е.

ГОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет", Волгоград, Россия

Цель: изучить влияние коррекции сопутствующих аффективных расстройств сертралином на течение восстановительного периода у больных инфарктом миокарда (ИМ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы: В исследование включено 60 пациентов с ИМ и СД 2 типа в возрасте от 45 до 75 лет на 3-4 неделе от начала ИМ. Все больные имели признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК) и аффективных расстройств. Пациенты были разделены на две группы (по 30 человек). 1-ая группа больных в дополнение к базисным препаратам (аспирин, бисопролол, эналаприл, симвастатин, при необходимости нитраты и мочегонные, гликлазид ± метформин) получала сертралин 50 мг\сутки в течение 3-х месяцев, контрольная группа – только базисную терапию. С пациентами обеих групп проводились психотерапевтические беседы. Наличие тревоги (Т) и депрессии (Д) оценивали по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. ФК сердечной недостаточности определяли при помощи теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). Также проводилось эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) по Тейкхольцу для оценки фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), конечного диастолического размера (КДР) ЛЖ и размера левого предсердия (ЛП). Наблюдение проводилось исходно и через 3 месяца.

Результаты: на фоне проводимой терапии сертралином у больных 1 гр отмечается редукция аффективной симптоматики: достоверное снижение выраженности Т с 10,78±0,53 до 6,21±0,82 баллов, Д с 10,13±0,81 до 5,04±0,73 баллов. Во 2 гр пациентов уменьшения выраженности Т и Д до нормальных значений не произошло: Т снизилась с 10,72±0,45 до 8,73±2,9 баллов, Д с 10,63±0,96 до 8,09±1,45 баллов (субклинически выраженная Т и Д). По результатам ЭхоКГ в 1-ой группе ФВ ЛЖ увеличилась до нормы с 49,23±2,2 до 55,6±1,2% ($p<0,05$), КДР ЛЖ сократился с 58,46±0,94 до 55,53±0,74 мм ($p>0,05$), размер ЛП уменьшился с 42,53±0,74 до 40,86±0,54 мм ($p>0,05$). Во 2-ой группе ФВ ЛЖ увеличилась не достоверно с 48,5±1,4 до 52,7±1,55%; КДР ЛЖ и размер ЛП незначительно уменьшились: КДР – с 57,08±1,05 до 56,3±2,47 мм ($p>0,05$), ЛП – с 42,47±1,05 до 41,78±0,53 мм ($p>0,05$). По данным ТШХ повысилась толерантность к физическим нагрузкам, более значимо в 1 гр с 246±14,09 м до 337±14,3 м ($p<0,05$), во 2 гр с 254±12,45 м до 304±11,8 м ($p<0,05$).

Выводы. Коррекция сопутствующих аффективных расстройств сертралином у больных ИМ и СД 2 типа улучшает показатели кардиогемодинамики, что в свою очередь уменьшает проявления ХСН, и таким образом позволяет оптимизировать течение восстановительного периода.

822 ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ НЕЛАРАБИН-СОДЕРЖАЩЕЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Ширяев С.Н., Станчева Н.В., Гудкова А.Я., Зубаровская Л.С., Афанасьев Б.В.

Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Первое представление дисфункции левого желудочка возможно ассоциированное с неларабин-содержащей полихимотерапией (Н-ПХТ) у ребенка с острым лимфобластным лейкозом.

Мальчик 8 лет с Т-ОЛЛ получал стандартную дексаметазон-содержащую терапию индукции, токсических осложнений не отмечалось. Суммарная доза антрациклинов, полученных во время индукционной терапии, составила 90 мг/м^2. Вследствие отсутствия ремиссии заболевания далее было выполнено 2 блока Н-ПХТ с месячным интервалом (во время 1-го Н-ПХТ ребенок получил дексаметазон 20 мг/м^2 №3, неларабин 650 мг/м^2 №3, второго – неларабин 650 мг/м^2 №4, цифлофосфан 200 мг/м^2 №1, дексаметазон 20 мг/м^2 №4). Каждый блок Н-ПХТ сопровождался развитием токсических осложнений в виде дыхательной недостаточности и кардиальной дисфункции (тахикардия, артериальная гипотензия, увеличение предсердий, левого желудочка, снижение фракции выброса). В обоих случаях проводилась поддерживающая терапия (оксигенотерапия, инфузия вазопрессоров, курс

терапии неотоном). Отмечалось купирование симптомов после 3-го и 4-го дня поддерживающей терапии 1-го и 2-го блоков Н-ПХТ соответственно. Учитывая высокий риск заболевания, через 1,5 месяца от проведенной ПХТ была выполнена аллогенная неродственная ТКМ (алло-ТКМ) с немиелоаблативным режимом кондиционирования (флюдарабин 30 мг/м^2 №6, цитозар 2000 мг/м^2 №6, алемтузумаб 0,2 мг/м^2 №2). Через 2,5 мес. после алло-ТКМ (вследствие рецидива заболевания) были проведены два блока ПХТ без неларабина. Алло-ТКМ, и последующие блоки полихимиотерапии без неларабина сопровождались развитием кардиальной дисфункции без значительного снижения фракции выброса. Затем была выполнена Н-ПХТ (Неларабин 650 мг/м^2 №5, дексаметазон 20 мг/м^2 №5, цитарабин 300 мг/м^2 №6, этопозид 150 мг/м^2 №3). По окончании курса Н-ПХТ также наблюдались аналогичные клинические и инструментальные признаки поражения сердца со снижением фракции выброса левого желудочка. После выполнения поддерживающей терапии имело место полное купирование симптомов.

Заключение. Учитывая выявление дисфункции миокарда на фоне неларабин-содержащей полихимиотерапии, необходимо внедрение активного мониторинга кардиальной дисфункции на фоне Н-ПХТ для дальнейшего изучения возможной кардиотоксичности, определения компенсаторных возможностей сердца и факторов риска острого и хронического кардиотоксического эффекта Н-ПХТ. Подобные исследования позволят разработать оптимальную профилактику и лечение токсического поражения сердца.

823 РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА – ПОКАЗАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Шихвердиев Н.Н., Хубулава Г.Г., Марченко С.П.

Клиника Хирургии усовершенствования врачей им. П.А. Куприянова Военно-Медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования являлось улучшение результатов лечения больных с патологией клапанов сердца путем разработки и совершенствования клапансохраняющих операций с учетом непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Материалы и методы. Выполнено 14 реконструктивных вмешательств на аортальном клапане (АК) (2007-2011гг), 195 на митральном (МК) и113 на трикуспидальном (ТК) клапанах. Пластика несостоятельных двухстворчатых АК выполнена у 6 пациентов. Причинами регургитации были: дилатация кольца АК – 11, пролапс створки – 9, перфорация створки при ИЭ – 1. Средний возраст пациентов оперированных на АК составил 25,4 лет, на митральном – 58.7 лет, на трикуспидальном – 32,2 г. Отдаленные результаты изучены у 170 пациентов после пластики МК (1997-2011 г.г.) и у 88 пациентов после реконструктивных вмешательств на ТК (1997-2011гг). По этиологии пациенты с патологией митрального клапана распределились следующим образом: ревматизм – 29, ИЭ – 54, мезенхимальная дисплазия – 84, врожденные пороки сердца – 6, атеросклероз – 12. В структуре этиологии поражения ТК среди пациентов, которым выполнялась его пластика, частота ревматизма составила 46,9%, инфекционного эндокардита -34,5%, ВПС – 12,4%, атеросклероза и миксоматозной дегенерации -6,2%.

Результаты: Оценка непосредственных и отдаленных результатов реконструктивных операций на АК показала, что резидуальная регургитация отмечена у 2 пациентов и не превышала 1 степени. Трансаортальные пиковые градиенты варьировали от 15 мм рт. ст. до 35 мм рт ст. Реконструктивные вмешательства на митральном клапане в 83,7% случаев выполнялись из существенно более косметичного доступа – правосторонней передне-боковой торакотомии. Применена 21 хирургическая технология реконструкции МК (резекция сегмента створки, открытая митральная комиссуротомия, ушивание перфораций и пластика створок заплатами из аутоперикарда, укорочение и транспозиция хорд, протезирование хорд нитями ПТФЕ, имплантация опорного кольца, линейная сегментарная аннулопластика и пр.). У 113 пациентов с трикуспидальной недостаточностью применены 9 хирургических технологий реконструкции ТК (резекция сегмента передней створки, пластика передней створки заплатой, ушивание перфораций створок, комиссур, вегетэктомия, транспозиция хорд, вальвулопластика по типу Альфьери, имплантация кольца, аннулопластика по De-Vega, аннулопластика по Key-Boyd). Госпитальная летальность составила после пластики митрального клапана – 3,2%, аортального – 0%, трикуспидального – 1,4%. Выживаемость в отдаленные сроки составила 96,4% после пластики МК, после пластики ТК составила 97,1%, после пластики АК – 100%. В госпитальном и отдаленном периодах повторной операции подверглись 8 пациентов после пластики МК, 12 пациентов после пластики ТК. Летальность в отдаленном периоде после клапансохраняющих вмешательств на ТК – 2,9%, на МК – 0%, АК – 0%.

Вывод. Реконструктивные технологии в хирургии клапанных пороков сердца, являясь более сложными по техническому исполнению процедурами, сопровождаются низкой госпитальной летальностью и отличаются хорошими функциональными результатами в отдаленном периоде.

824 ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Школьник В.В., Андреева А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

С точки зрения современных представлений, одним из негативных факторов развития поражения сердечно-сосудистой системы в случае комбинации гипертонической болезни (ГБ) и сахарного диабета (СД) считают эндотелиальную дисфункцию, которая проявляется нарушением очень тонкого баланса между функциями эндотелия – вазодилатацией и вазоконстрикцией. Метод механической стимуляции эндотелия периферических артерий повышенным кровотоком после артериальной окклюзии дает представление о состоянии эндотелий зависимой вазодилатации. Известно, что при сочетании ГБ и СД наблюдается развитие микроальбуминурии, которая тоже является проявлением эндотелиальной дисфункции.

Цель. Изучить уровень микроальбуминурии (МАУ) и изменение эндотелий зависимой вазодилятации плечевой артерии у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы. Нами было обследовано 53 пациента с гипертонической болезнью II-III стадии, средний возраст которых составил (53,2±2,4) лет. Больные разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 27 пациенты с сопутствующим СД 2 типа, во 2-ю группу – 25 пациентов, исключительно с ГБ. Уровень МАУ определяли с помощью иммуноферментного метода, а эндотелий зависимую вазодилятацию плечевой артерии с помощью допплерографии плечевой артерии.

Результаты. При изучении уровня экскреции альбумина с мочой у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа составил (111,2±13,4) мг/сут., а без СД (33,4±6,4) мг/сут., $p<0,001$. Так же, в зависимости от длительности ГБ уровень экскреции альбумина с мочой при длительности ГБ <5лет составил (20,5±2,7) мг/сут., в тоже время у больных с СД – (40,4 ± 6,2) мг/сут. В тоже время, когда длительность ГБ >5 лет (29,2±2,3) мг/сут., а при сочетании с СД (101,5± 8,8) мг/сут., $p<0,05$. В тоже время отмечается, что в период максимальной вазодилятации у больных ГБ с СД, так и без него отмечается достоверное увеличение диаметра плечевой артерии в сравнении с исходными данными: соответственно (4,22±0,12) мм и (3,71±0,12) мм, $p<0,01$; (4,98±0,13) мм и (3,70±0,11) мм, $p<0,01$.

Выводы. Установлено достоверное увеличение экскреции альбумина с мочой на 71% у больных ГБ с СД 2 типа,

в сравнении с пациентами ГБ без СД. В тоже время, у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа на 14% чаще встречаются ограничения вазодилятационного эффекта в ответ на окклюзию в сравнении с больными ГБ без СД.

825 ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТОМ ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шоджонов М.М., Олимов Н.Х., Рахмонов Х.Э
Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Республик Таджикистан

Цель исследования: выявить связь с развитием летального исхода у больных миокардитом осложнившейся недостаточностью кровообращения на основе нарушений экстракардиальной регуляции (ЭКР) и вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Методы исследований и материал. Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала по специальной методике и его спектральный анализ.

Вариаций кардиоинтервала (β) проводилась в диапазоне $4{,}0x10^{3}$...4,0x10 Гц (ультранизкие частоты), характеризующая степень интеграции системных связей, формирующих ЭКР со стороны ЦНС. Также определена ВСР – δмс в норме 100±20мс и относительные значение (%) спектра мощности S в низкочастотном и высокочастотном диапазоне.

Исследования были проведены у 75 больных (средний возраст 31±7 лет, мужчины – 50, женщин – 25) начиная с момента поступления в стационар и после выписки из стационара (на 6 месяце, год). Диагноз миокардита выставлен клинический и по инструментальным методам исследования. Течение болезни у всех осложнилось недостаточностью кровообращения II и III ст по (NYHA).

Результаты и обсуждение. Анализ наших исследований по показателю β выявил наличие двух групп, достоверно отличавшихся друг от друга. В первую группу вошли 25 из 75 больных (33,3%). Средняя величина β у них была равна 0,22±0,08 отн.ед., свидетельствуя об устойчивом и достоверном снижении (β<1) влияния ЭКР по сравнении с второй группой. Снижение ВСР до δ=0,16±0,04мс также считается фактором развития аритмий и внезапной смерти. По сдвигу вегетативного баланса наблюдалась симпатическая гиперактивация.

Вторая группа больных включала 50 человек (66,6%) и характеризовалась тем, что β=1,10±0,16 отн.ед. и δ=68±0,15мс она была наиболее близка к значениям нормы, достоверно отличаясь от первой (p<0,05) По величинам вегетативного баланса чаще всего преобладала нормотоническая регуляция.

Сопоставление параметров β – степени интеграции связей ЭКР и δ – ВСР, как интегративных показателей стохастической регуляции, у больных с миокардитом позволило выявить по нашим данным определенную категорию пациентов с повышенным риском срыва регуляции, то есть с наибольшей вероятностью развития жизнеугрожающих аритмий и в том числе развития летального исхода.

Анализ первой группы, как и прогнозировался, действительно показал, что из 25 пациентов первой группы летальный исход наблюдалось у 64% (n=16) больных в течение 1-3 месяцев после выписки из стационара. Необходимо отметить, что во второй группе показатель интеграции ЭКР и ВСР был близок к норме и в случаи летального исхода не были зафиксированы.

Заключение. Контроль за показателями ЭКР, ВСР может позволить выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития летального исхода с миокардитом осложнившейся недостаточностью кровообращения и выбрать адекватную терапию.

826 ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ ПРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шпак Л.В., Галошина Е.С.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, Тверь, Россия

Цель: сравнительный анализ показателей гемодинамики, полученных методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) у пациентов с АГ в пред- и послеоперационном периоде при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы: обследовано 80 больных с АГ до и после лапароскопической холецистэктомии, из них 1-ю группу составили 38 пациентов (женщин – 31, мужчин – 7; средний возраст 60,2±1,8 лет) с корригированным АД (120,1±1,3/75,2±1,2 мм рт.ст.), а 2-ю – 42 (женщин – 37, мужчин – 5; 63,4±1,5 лет) с некорригированным АД (151,6±2,4/87,4±1,8). Для исследования гемодинамики использовался метод ОКО, позволяющий одномоментно оценить широкий спектр показателей сердечно-сосудистой системы.

Результаты. У всех больных АГ после операции, в сравнении с предоперационными данными, наблюдалось достоверное снижение систолического, диастолического, пульсового, среднего, ударного и бокового АД. Среди сосудистых параметров уменьшились линейная скорость кровотока, скорость пульсовой волны, индекс проходимости периферических сосудов, увеличилось рабочее удельное периферическое сопротивление, что свидетельствовало об уменьшении тонического напряжения артериальных стенок и сопротивления резистивных сосудов, а также об увеличении проходимости прекапиллярного русла. Снижение всех характеристик сердечной деятельности (ударного и минутного объема кровообращения, ударного и сердечного индекса, объемного сердечного выброса, мощности сокращения левого желудочка, расхода энергии на передвижение 1 л крови) характеризовало некоторое ослабление функциональных возможностей миокарда в послеоперационном периоде. В целом наблюдалась перестройка кардиогемодинамики в сторону уменьшения дезадаптивных гипер-, гипокинетического и смешанного вариантов при увеличении частоты эукинетического. Данные изменения в большей степени были выражены во 2-й группе.

Выводы. Таким образом, не зависимо от того, достигнуто ли в предоперационном периоде корригированное АД или сохраняется АГ, как правило, в раннем послеоперационном периоде, происходит снижение АД за счет постстрессорного ослабления миокардиального и сосудистого факторов. Можно предположить, что указанные изменения обусловлены особенностями периоперационной анестезии, некоторой кровопотерей, временной гипофункцией коры надпочечников, ослаблением ситуационного психовегетативного напряжения. В связи с тем, что более выраженные колебания параметров кровообращения наблюдаются у больных с некорригированным АД, необходима его устойчивая нормализация в предоперационном периоде, что улучшает условия функционирования сердечно-сосудистой системы, в частности, за счет перевода типа гемодинамики пациента в более адаптивный – эукинетический.

827 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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 приверженности к лечению и её предикторов у амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) города Красноярска.

Материал и методы. В исследование было включено 219 больных с различной выраженностью ХСН, находящихся на амбулаторном лечении. Средний возраст больных составил 68±7,8 лет. 29% больных были мужчинами. Всем больным для подтверждения диагноза проводился клинический осмотр, тест с 6-минутной ходьбой и эхокардиография. Уровень тревожности оценивался по опроснику Спилбергера-Ханнина, уровень депрессии оценивался по опроснику CES-D. Комплаентность оценивалась путём задавания вопроса о регулярности применения лекарств и по опроснику Мориски-Грина.

Результаты и их обсуждение. По результатам опроса больных ХСН установлено, что только 147 (67,1%) имели высокую степень приверженности к лечению. Если среди мужчин с начальной ХСН приверженность к лечению отмечалась в 53% случаев, то у мужчин с застойной ХСН данный показатель возрастал до 67%. Среди женщин такой закономерности не наблюдалось. При использовании опросника Мориски-Грина установлено, что только 37% больных ХСН имели высокую степень приверженности к лечению (21% среди мужчин и 42% среди женщин с ХСН). При этом 83% больных относились к какой-либо из категорий льготополучателей. При подробном выяснении причин некоплаентности установлено, что среди льготополучателей 55% больных отмечали случаи замены лекарственного средства на аналог с тем же действующим веществом, 25% – указывали на замену препарата на аналог с другим действующим веществом, 59% отмечали случаи отсутствия лекарственного средства, указанного врачом в рецепте, в аптеке. При проведении корреляционного анализа не получено статистически значимой связи некомплаентности больного с возрастом, злоупотреблением алкоголем, сопутствующей патологий, стажем заболевания, уровнем ситуативной или личностной тревожности или депрессии.

Выводы: 1. Среди больных, находящихся на амбулаторном лечении по поводу ХСН, высокую степень приверженности к лечению имеют только 37%.

2. Опросник Мориски-Грина в 1,9 раза чаще выявляет некоплаентность у больного ХСН в сравнении с обычным вопросом о регулярности применения препаратов.

3. Приверженность к лечению мужчин с ХСН ниже, чем у женщин, но возрастает при увеличении выраженности ХСН.

4. Замены лекарственных препаратов, осуществляемые в процессе лечения, на аналоги, случаи отсроченного отпуска льготных лекарств аптеками снижают приверженность к лечению амбулаторных больных ХСН.

828 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ДОЛГОЖИТЕЛЬСТВО

Шувалов С.С.[1], Денисова Т.П.[2], Малинова Л.И.[3]

[1]ГУЗ Саратовский областной госпиталь для ветеранов войн, Саратов, Россия; [2]ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ" им. В.И. Разумовского Росздрава, Саратов, Россия; [3]ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Предела видовой продолжительности жизни достигают единицы людей. В медицинском аспекте неразгаданным остается характер атеросклеротического процесса, позволяющего преодолевать вековой рубеж индивидуумам в относительно хорошей физической форме.

Цель: составление медико-биологического портрета долгожителей и выявление распространенности среди них ишемической болезни сердца.

Методы. В исследование включались лица с документально подтвержденным паспортным возрастом более 100 лет. Обследование включало в себя анкетирование, подробный клинический осмотр, регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определение уровней липидов (общего холестерина и триглицеридов) и глюкозы сыворотки крови. Обследовано 200 долгожителей.

Результаты. Перенесенный инфаркт миокарда был документирован у 9,6% обследованных долгожителей. При анализе ЭКГ у долгожителей у 77,8% был синусовый ритм, в 5,8% случаев отмечалась миграция водителя ритма по предсердиям. У такого же количества пациентов функцию водителя ритма приняло на себя AV соединение. Мерцательная аритмия была зафиксирована в 10,6% случаев, их которых в 14,3% случаев имело место трепетание предсердий неправильной формы. Нарушение AV проводимости было зафиксировано в 7,4% случаев, при этом у 1,7% обследованных лиц до степени неполной AV блокады I степени. Чаще встречалось нарушение внутрижелудочковой проводимости – в 40,1% случаев. Блокада одной из ветвей левой ножки пучка Гиса была зафиксирована в 26,3% случаев. Полная блокада левой ножки пучка Гиса была зафиксирована у 8,9% обследованных долгожителей. Нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса было документировано в 8,9% случаев. Проявления эктопической активности отмечались у 28,1%, при этом наиболее частыми формами была нечастая политопная суправентрикулярная и вентрикулярная экстрасистолия. ЭКГ признаки гипертрофии миокарда левого желудочка встречались в 19,2% случаев. У 17,6% долгожителей были обнаружены рубцовые изменения в миокарде левого желудочка. Наиболее часто встречались рубцы передней стенки миокарда левого желудочка. Частота очаговых изменений в миокарде превышала клинические проявления ишемической болезни сердца, что, вероятно, связано с безболевой ишемией или формированием старческого сердца. При анализе длительностей основных ЭКГ интервалов не было установлено возрастных отличий, в то время как у мужчин достоверно была меньше скорость AV проведения, длиннее желудочковый комплекс и меньше частота сердечных сокращений. Клинически выраженной недостаточности кровообращения у всех обследованных выявлено не было. У всех долгожителей уровень общего холестерина и триглицеридов приближались к целевым значениям.

Выводы. Лица, пережившие 100-летний рубеж, и перенесшие инфаркт миокарда, сохраняли достаточную физическую активность. Полученные нами данные не укладываются в общепринятую картину эпидемиологии ишемической болезни сердца среди всего населения. Все перечисленное позволяет рассматривать указанную группу долгожителей как эталонную в плане защиты от атеросклероза и ишемической болезни сердца.

829 МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕГУЛЯЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Шувалов С.С.[1], Малинова Л.И.[2], Денисова Т.П.[3]

[1]ГУЗ Саратовский областной госпиталь для ветеранов войн, Саратов, Россия; [2]ГОУ ВПО "Саратовский ГМУ" им. В.И. Разумовского Росздрава, Саратов, Россия; [3]ФГУ "СарНИИК" Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель. Разработать математическую модель регуляции уровня глюкозы крови, используя выведение системы регуляции глюкозы крови из равновесия.

Методы. Обследованы мужчины, перенесшие Q-инфаркт миокарда, в качестве группы сравнения больные 2-ым типом сахарного диабета и практически здоровые люди сопоставимого возраста. В качестве раздражителя системы регуляции уровня глюкозы крови использован внутривенный тест толерантности к глюкозе, результаты колебания глюкозы, инсулина и глюкагона периферической крови использованы для создания четырехкомпонентной математической модели. Доза глюкозы была стандартизована по массе тела пациентов.

Результаты. Модель представляет собой систему дифференциальных уравнений, в которой производная по времени каждого параметра является функцией остальных. С помощью разработанной нами компьютерной программы удалось получить коэффициенты, при которых модель оказалась работоспособной. Установлено, что биологические эффекты исследованных параметров в динамике после внутривенного ведения стандартизованной дозы глюкозы имеют некоторые временные задержки.

В результате проведенных расчетов получены временные задержки действия глюкозы на инсулингенерирующую еди-

ницу у практически здоровых лиц и больных ишемической болезнью сердца, а также временные отсрочки биологического эффекта свободного, связанного инсулина и глюкагона в тех же группах обследованных.

Полученные данные свидетельствуют об увеличении времени от момента секреции инсулина до его биологического эффекта у больных ишемической болезнью сердца в сравнении с практически здоровыми лицами, а также о замедлении ответной реакции инсулингенерирующих клеток на изменение концентрации глюкозы.

Тот факт, что удалось удовлетворить требования, предъявляемые к параметрам модели, взятым за ее основу, позволяет предположить, что сама модель является достаточно приближенной к действительности. Другими словами, возможность математического осмысления регуляции уровня глюкозы крови в процессе внутривенного теста толерантности к глюкозе подтверждает удачность выбора параметров, в значительной степени определяющих работоспособность системы регуляции уровня глюкозы крови.

Выводы. Разработана 4-х компонентная математическая модель регуляции уровня глюкозы крови. Установлены величины временных задержек в действии глюкозы, инсулина и глюкагона у больных ишемической болезнью сердца в сравнении с больными инсулиннезависимым сахарным диабетом и практически здоровыми лицами, что подтверждает идею о патологии клеточных мембран, их рецепторного аппарата или глюкозотранспортных систем клеток при ишемической болезни сердца.

830 ВЛИЯНИЕ ЭВОЛЛЮТИВНОГО СОМАТОТИПА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ДЕВУШЕК В ПОКОЕ И ПРИ МЫШЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Щанкин А.А., Кошелева О.А.
ГОУ ВПО "Мордовский государственный педагогический институт им. М. Е. Евсевьева", Саранск, Россия

Актуальной проблемой современной медицины является изучение связи конституции с физиологическими функциями. В связи с этим представляется перспективным изучение конституционального типа возрастной эволюции организма. Эволютивный соматотип формируется в процессе индивидуального развития организма под влиянием внешних и внутренних факторов, поэтому он оказывается тесно связанным с адаптационными возможностями организма.

Цель работы. Изучение конституциональных особенностей реакции со стороны центральной гемодинамики на физическую нагрузку. Объектом исследования были 53 девушки в возрасте 18 лет.

Методы исследования. Антропометрические исследования, измерение частоты пульса, артериального давления, определение физической работоспособности на велоэргометре по тесту PWC 170, измерение показателей центральной гемодинамики с помощью реографа "Диамант" в покое, после индивидуальной дозированной физической нагрузки и через 3 мин отдыха.

Полученные результаты. По полученным нами данным антропометрические показатели девушек существенно не отличались от аналогичных показателей, опубликованных другими авторами по России и странам СНГ.

Контингент исследуемых девушек однородный по возрасту и антропометрическим показателям оказался не однородным по функциональным показателям. Наблюдались разнообразные реакции (в том числе парадоксальные патологические) со стороны системы кровообращения на физическую нагрузку. Было установлено, что патологические и парадоксальные реакции со стороны показателей центральной гемодинамики отсутствовали у девушек с нормэволютивным типом конституции (трохантерный индекс равен 1,95-2,00). При отклонении величины трохантерного индекса от данных значений у девушек наблюдались патологические реакции со стороны показателей гемодинамики. Выраженность реакций нарастала и достигала максимальных значений при патологическом типе конституции с трохантерным индексом ≤1,85 и ≥2,09. Физиологическая нагрузка мощностью 60% от индивидуального PWC 170 сопровождалась у них значительным снижением ударного объема крови до 31,7 мл. Эти девушки находились под диспансерным наблюдением терапевтов с диагнозом кардиомиопатия.

Вывод. Конституциональный тип возрастной эволюции организма оказывает существенное влияние на характер реакций со стороны центральной гемодинамики на физическую нагрузку. Девушки с дисэволютивным и патологическим типом конституции показали низкие адаптационные возможности к физической нагрузке.

Работа выполнена в рамках реализации ФЦП "Научные и научно-педагогические кадры инновационной России" на 2009-2013гг, мероприятия № 1.3.1 "Проведение научных исследований молодыми учеными – кандидатами наук" по теме: "Морфофункциональные особенности конституционального типа возрастной эволюции организма" Государственного контракта № П1306 от 09 июня 2010г.

831 НЕКОТОРЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Щербакова О.А., Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: определить прогностическое значение изменений системы "ПОЛ – антиоксиданты", содержания неэтерифицированных жирных кислот и адениловых нуклеотидов в развитии артериальной гипертензии у мужчин с первичной подагрой.

Методы исследования: обследовано 117 больных первичной подагрой, средний возраст составил 47,1±6,0 лет. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Уровень мочевой кислоты пациентов с первичной подагрой составил 503 [443; 589] мкмоль/л. Для определения независимых факторов прогноза развития артериальной гипертензии был проведён многофакторный регрессионный анализ при помощи пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).Включались показатели системы "ПОЛ-антиоксиданты", макроэргические фосфаты (АТФ, АДФ, АМФ), содержание неэтерифицированных жирных кислот (НЭЖК), уровень глицерола в крови. В математическую модель включались лишь те показатели, которые продемонстрировали наличие статистически значимой корреляции с результирующим (зависимым) признаком.

Результаты: установлено, что наиболее тесно связанной с прогнозом развития артериальной гипертензии при первичной подагре оказались повышение уровня аденозинмонофосфата (шаг 1, регрессионный коэффициент (beta) = 0,50±0,10). Точность предсказания развития артериальной гипертензии увеличивалась при добавлении данных о дефиците АТФ/АДФ (шаг 2, beta = -0,16±0,10), повышение содержания начальных продуктов липопероксидации: $E_{278/220}$ (шаг 3, beta = 0,32±0,11) и $E_{232/220}$ (шаг 4, beta = 0,27±0,11), увеличение уровня ТБК-активных продуктов эритроцитов (шаг 5, beta = 0,39±0,10), повышение уровня мочевой кислоты (шаг 6, beta = 0,17±0,09), коэффициента НЭЖК/глицерол (шаг 7, beta = 0,16±0,08), угнетение активности супероксиддисмутазы эритроцитов (шаг 8, beta = -0,24±0,04), угнетение активности глутатионпероксидазы эритроцитов (шаг 9, beta = -0,22±0,10). При добавлении других показателей в дополнение к уже отобранным не отмечалось нарастания значимой прогностической мощности.

Выводы: таким образом, у пациентов с первичной подагрой выявлены некоторые критерии высокого риска развития артериальной гипертензии.

832 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Щербакова О.А., Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В.
ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить содержание некоторых антиоксидантов в эритроцитах крови больных первичной подагрой с артериальной гипертензией.

Методы исследования: обследовано 117 больных первичной подагрой, средний возраст составил 47,1±6,0 лет. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Уровень мочевой кислоты пациентов с первичной подагрой составил 503 [443; 589] мкмоль/л. Контрольную группу составили 29 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Были выделены 2 группы больных подагрой: 1-я – с нормальными цифрами артериального давления (18 человек) и 2-я – с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени (99 человека). Изучался ряд антиоксидантов: супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза, глутатионредуктаза. эритроцитов крови. Активность супероксиддисмутазы (СОД) определялась с помощью реакции дисмутирования, глутатионпероксидазы (ГПО) – реакции взаимодействия восстановленного глутатиона с гидроперекисью третбутила и глутатионредуктазы (ГР) – с использованием теста Варбурга.

Результаты: установлено, что активность СОД эритроцитов была снижена у мужчин обеих исследуемых групп на 48% и 57%, соответственно, по сравнению с контролем. При этом у больных с наличием АГ этот показатель оказался на 17,2% ниже, чем у пациентов с нормальными цифрами АД ($p<0,05$). Отмечалось снижение активности ГПО и ГР эритроцитов в 1-й, 2-й группах на 54%, 74% и на 57%, 98%, соответственно, по сравнению с контролем ($p<0,05$). Отмечалась статистически значимая разница по активности данных показателей и внутри групп пациентов ($p<0,05$).

При проведении корреляционного анализа выявлена обратная связь средней силы между активностью СОД, ГПО, ГР эритроцитов крови и уровнем мочевой кислоты сыворотки крови (коэффициент корреляции = от -0,51 до 0,42, $p<0,05$).

Выводы: таким образом, угнетение антиоксидантной защиты, имеющееся у больных первичной подагрой и установленная взаимосвязь с гиперурикемией свидетельствует о возможной роли в развитии артериальной гипертензии у данной категории пациентов.

833 ГАЛЕТИН-3 – НОВЫЙ МАРКЕР ЭНДОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХСН У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Щукин Ю.В., Селезнев Е.И., Березин И.И., Дьячков В.А., Медведева Е.А.
ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Цель исследования – установить возможность использования нового биомаркера галетина-3 (Гал-3) в оценке эндогенного воспаления у больных ХСН с перенесенным в прошлом инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В исследование включен 101 больной в возрасте 52- 73 лет с ХСН, развившейся в результате перенесенного в прошлом (2-5 лет назад) инфаркта миокарда. Пациенты были разделены на две группы: в первую вошел 41 человек с ХСН НПА II ФК (классификация ОССН), во вторую – 60 больных с НПБ III и IV ФК. Критериями включения служили усиление одышки в последние 12 дней, наличие в легких влажных хрипов, отеков на ногах. Иммуноферметными методами в крови устанавливали содержание Гал-3 (набор фирмы BCM Diagnostics), NT-pro BNP (набор фирмы Biomerica). Активность эндогенного воспаления оценивали по концентрации в крови вчСРБ (набор фирмы Biomerica), ИЛ-6 (BCM Diagnostics). Уровень Гал-3 определяли в первые сутки после поступления, остальные показатели – в конце госпитализации. В контрольную группу (КГ) вошло 44 человека без признаков ХСН. Статистическая обработка результатов осуществлялась непараметрическими методами, парный корреляционный анализ производился по методу Спирмена.

Результаты. Уровень исследуемых показателей (медиана) в КГ был для Гал-3 – 4,15нг/мл, NT-pro BNP – 157пг/мл, вчСРБ – 0,95мг/л, ИЛ-6 – 0,51 пг/мл. В 1 и 2 группах больных ХСН – содержание Гал-3 составило соответственно 12,63нг/мл и 25,12нг/мл ($p < 0,01$), NT-pro BNP – 385пг/мл и 2010пг/мл ($p<0,001$), вчСРБ 2,25мг/л и 6,88мг/л ($p<0,01$), ИЛ-6 – 4,28пг/мл и 13,9пг/мл ($p<0,001$). У больных ХСН были установлены прямые корреляционные связи концентрации Гал-3 с содержанием NT-pro BNP соответственно группам: $r_1=0,520$, $p=0,00581$ и $r_2=0,512$, $p=0,00330$; а также с уровнями СРБ: $r_1=0,809$, $p=0,0001$ и $r_2=0,706$, $p=0,00015$; ИЛ-6: $r_1=0,731$, $p<0,00015$ и $r_2=0,613$, $p<0,00012$.

Заключение. Содержание в плазме крови биомаркера галектина-3 может служить высокодостоверным показателем выраженности эндогенного воспаления и, в меньшей степени, тяжести течения ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда.

834 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНАЛАРИЛАТА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Элтаназаров М.Д., Шоназаров Б.А., Эмомов С.Р.
РКЦК, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: оценка эффективности влияния эналаприлата на уровень артериального давления (АД) и клиническое течение артериальной гипертензии вне зависимости от характера гипертонического криза.

Материалы. Обследовано 30 больных (13 женщин; 17 мужчин) в возрасте от 48 до 89 лет (в среднем 65,1±1,5 лет) с артериальной гипертензией, II-III степени с средними и высокими рисками сердечно-сосудистых осложнений. Среди обследованных 12 больных на фоне АГ – страдали стенокардией напряжения II функционального класса (ф.кл), 8 больных стенокардией напряжения III ф.кл. Шестеро больных в анамнезе перенесли инфаркт миокарда. У 7 больных диагностирован острый инфаркт миокард при поступлении. Во всех наблюдениях имело место проявления гипертонического криза I и II типа. В среднем уровень систолического АД составляло 187,2±4,6 мм рт. ст., диастолического АД 98,3±3,2 мм рт.ст.

Методы. При наличии сердечно-болевого синдрома кроме наркотических анальгетиков использовался эналаприлат в дозе 1,25–2,5 мг в/в. В зависимости от степени снижения уровня АД повторялись иньекции эналаприлата с интервалами в 12 часов. Для анализа уровня АД и ЧСС использовались прикроватный кардиомонитор РМ 8014 фирма “Dragger” Германия в режиме “ECG recall” и ежечасного мониторирования уровня АД. Регистрация ЭКГ проводилась каждые 6 часов с анализом сегмента ST. Кроме того анализировались время снижения уровня АД с ЧСС, а также учитывались субъективные ощущения пациентов.

Результаты. Применение эналаприлата в дозе 1,25-2,5 мг в однократном или двукратном введении с интервалом в 12 часов у больных АГ с кризами в сочетании с ИБС, проявляющегося обострением коронарного синдрома, острым инфарктом миокарда наблюдалось достоверное ($p<0,001$) снижение уровня систолического (189±7,2 до 138±4,2 мм рт.ст.), а также диастолического давления

(99±4,8 до 89±4,5 мм рт.ст.). При этом достоверно (p<0,001) снизилась ЧСС от 88±4,2 мм рт.ст. до 72±2,8 уд/мин.

Выводы. Препарат эналаприлат в дозе 1,25 до 2,5 мг является средством выбора купирования гипертонического криза, осложненного или неосложненого течения у больных с АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца в первые 24 часа от момента появление симптомов заболевания.

835 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА

Эльгаров А.А., Калмыкова М.А., Эльгаров М.А.

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

Цель: изучить частоту осложнений артериальной гипертонии (АГ) у водителей автотранспорта (ВА) и состояние их профессиональной трудоспособности.

Материал и методы: в рамках эпидемиологического проекта (ВОЗ, ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий) обследованы 1654 мужчин – 869 мужчин – ВА (869, основная группа, ОГ) и 785 лиц не водительских профессий (контрольная группа, КГ) 20-59 лет, которые принципиально не различались по возрасту и стажу работы. Выборке мужчин обеих групп с АГ выполнены СМ АД и СМ ЭКГ, а также психофизиологическое тестирование (ПФТ).

Результаты: установлена реальная частота гипертонических кризов (ГК, 67,2%), нарушений ритма сердца (НРС,20,3%), транзиторных ишемических атак (ТИА,16,5%) и сахарного диабета (СД) 2 типа (10,2%) среди ВА с АГ достоверно (p<0,01) более высокая, чем у мужчин КГ, соответственно 35,4 -13,5 –7,9 –4,7%. При этом, распространенность психоэмоционального напряжения (ПЭН,77,1%), курения (К,77,7%), употребления алкоголя (А, 81,3%) и дислипопротеидемий (ДЛП, 20,3%) также преобладала у первых (p<0,01) при сравнении с КГ – ПЭН (54,8%), К (56,8%), А (67,9%) и ДЛП (8,1%). Определена корреляция частоты неблагоприятного течения АГ у шоферов с эпидемиологическими вариантами стенокардии напряжения, НРС, ТИА и СД 2 типа (p<0,01), ПЭН, ДЛП и ДТП (p<0,05).

СМ АД установлены у большинства (82,5%) больных значительные нарушения суточного профиля кровяного давления, гипертонические пики в ранние утренние (37,2%), ночные (24,4%) и вечерние (20,9%) часы. При этом, по данным СМ ЭКГ, примерно у половины пациентов фиксировались преходящие эпизоды ишемии миокарда (48,6%) и НРС (24,4%), которые сочетались в 33,7% случаев. Кроме этого у четверти больных с отмеченными расстройствами кардиогемодинамики клинических проявлений не обнаружено ("немые" ишемии), что повышает вероятность возникновения неотложных кардиальных состояний, вплоть до внезапной смерти вообще и, в частности, в процессе управления транспортом. ПФТ ВА с АГ и ГК, НРС, ТИА и СД 2 типа установлены высоко достоверные (p<0,001) изменения системы оперативного реагирования, о чем свидетельствовали удлинение времени латентной (1,901±0,220 сек.) и моторной (0,687±1,120) реакции, а также времени слежения за движущимся объектом (24,03±1,94), что чревато дорожными инцидентами в связи с достоверным ухудшением качества управления автотранспортом..

Выводы. Среди ВА с АГ кардиоваскулярные осложнения наблюдаются значительно часто (74,6%), что обусловлено влиянием производственных фактором и развитием ряда ассоциированных состояний. Кроме этого сочетание АГ у ВА с ассоциированными состояниями в значительной степени ухудшает профессионально значимые функции и качества, т. е. профессиональную работоспособность. При этом формируется высокий риск дорожных происшествий, обусловленный достоверным угнетением системы оперативного реагирования ВА вследствие прогредиентного течения гипертонии.

836 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ШКАЛА "РЕКОРД": ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. * и участники регистра "РЕКОРД"*

*Лаборатория клинической кардиологии ФГУ "НИИ Физико-химической медицины" ФМБА России, Москва, Россия

Предпосылки. Разработанная на группе больных с острыми коронарными синдромами (ОКС), поступивших в российские стационары, шкала оценки риска "РЕКОРД" обладает хорошим прогностическим значением в отношении смертельных исходов за короткий период (за время госпитализации).

Цель. Оценить возможность шкалы "РЕКОРД" в отношении смертельного исхода и развития нового инфаркта миокарда (ИМ) за более длительный период (6 месяцев от начала ОКС).

Материал и методы. Прогностическую шкалу "РЕКОРД" составляют следующие параметры, полученные при поступлении в стационар: возраст ≥65 лет, класс Killip ≥II, наличие подъёмов сегмента ST ≥1мВ, систолическое АД ≤100 мм рт.ст., уровень гемоглобина <100 г/л, сахарный диабет в анамнезе. Каждый параметр имеет значение 1 балл, а наличие ≥2 баллов является признаком неблагоприятного прогноза. Значение шкалы было оценено у 310 больных-участников регистра ОКС "РЕКОРД" (ноябрь 2007-февраль 2008), которые выписались из стационара, и у которых были прослежены события за 6 месяцев от начала ОКС. Сбор данных после выписки из стационара проводился путём телефонных опросов.

Результаты. За время после выписки из стационара 15 больных умерло (4,8%). Среди 195 больных с низким значением шкалы "РЕКОРД" (<2 баллов) после выписки из стационара умерло 4 человека (2,1%). Среди 115 больных с повышенным значением шкалы "РЕКОРД" (≥2 баллов) после выписки из стационара умерло 11 больных (9,6%). Различие между долей умерших больных между группами с нормальным и повышенным значением шкалы "РЕКОРД" было статистически достоверным (p=0,003).

Сумма смертельных исходов и новых инфарктов миокарда (ИМ) за время от выписки до 6 месяцев с начала ОКС среди больных с низким значением шкалы "РЕКОРД" отмечалась у 8 человек (4,1%). Среди больных с высоким значением шкалы "РЕКОРД" сумма событий смерть+ИМ была выявлена у 18 человек (15,6%). Разница между группами с разным значением шкалы "РЕКОРД" была статистически достоверна (p=0,0004).

Заключение. Простая в использовании прогностическая шкала "РЕКОРД", определяемая при поступлении в стационар больных с ОКС, может достоверно выделить больных высокого риска смерти, а также смерти и ИМ в отдалённые сроки – после выписки до 6 месяцев от начала ОКС.

837 ОПРЕДЕЛЕНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Эфрос Л.А., Калев О.Ф.

ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ, Челябинск, Россия

Реабилитация и вторичная профилактика дает большие возможности для снижения смертности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Особую проблему представляют пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) после коронарного шунтирования (КШ). ССЗ в год становятся причиной более 4,3 млн. смертей в Европейском регионе (48% всех смертей). Самая высокая смертность в России (на

конец 2007 года) от болезней системы кровообращения 56,9% от всех классов причин смертности. ССЗ приводят к инвалидизации и потере трудоспособности, а также значительному увеличению расходов на здравоохранение. Ежегодно в Челябинске выявляется около 20 тысяч человек с заболеваниями системы кровообращения, в том числе 4,5 тысячи человек с ИБС.

В связи с открытием Федерального Центра Сердечно-сосудистой хирургии (ФЦ ССХ) в г.Челябинске потребность в хирургическом лечении больных будет удовлетворяться в полном объеме. В ФЦ ССХ планируется проводить в ближайший год до 2500 операций, с последующим увеличением до 5000 операций. Работа выполнена на базе Челябинского межобластного кардиохирургического центра (ЧМКЦ), кафедры внутренних болезней и семейной медицины Челябинской государственной медицинской академии.

Создан регистр больных, прооперированных по поводу ИБС с 1993-2009гг на базе ЧМКЦ. В общей группе больных было 2863 человек. Из них 240 женщин и 2623 мужчин. Средний возраст больных на момент операции составил 54, 8 лет: у мужчин – 54, 5 лет, у женщин – 57,4 года. За 17 лет наблюдается тенденция к увеличению количества проведенных операций, что является результатом накопления профессионального опыта и развития технологического прогресса. В период с 2000 по 2009 год в ЧМКЦ проведено КШ у 2398 человек, из них реабилитацию в санатории "Кисегач" (г. Чебаркуль) прошли 569 человек, что составляет 23,7%.

Из общего регистра больных, прооперированных по поводу ИБС с 1993-2009гг, была взята группа за период 1998-2002гг и 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, пятилетняя 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.

Таким образом, интенсивное развитие кардиохирургической службы диктует необходимость укрепления и дальнейшего развития системы поэтапной реабилитации больных после коронарного шунтирования с обязательным включением санаторного этапа.

838 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТРАНСМИТРАЛЬНЫЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ПОТОК БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юдина Н.В., Бобровская Т.О., Козицкая В.Г.

ГОУ ВПО "Курский государственный медицинский университет Росздрава", Курск, Россия

Целью исследования явилось изучение влияния сочетанного применения милдроната с эналаприлом и лозартаном на качество жизни (КЖ) и трансмитральный диастолический поток (ТМДП) больных с артериальной гипертензией (АГ) в процессе стационарного лечения.

Методы исследования. Обследовано 27 больных (19 мужчин, 8 женщины) с АГ II-III степени 54 до 70 лет (средний возраст 64,5±6,7 лет), получавших на стационарном лечении комбинированную терапию лозартаном, эналаприлом и милдронатом. В ходе исследования было сформировано две группы для сравнения. Первую группу составило 14 больных, получавших эналаприл в среднесуточной дозе 20,2±3,5 мг/сут и милдронат 1000 мг в сутки внутривенно струйно. Во вторую группу вошло 13 человек, получавших лозартан в дозе 100,5±5,8 мг в сутки и милдронат 1000 мг внутривенно струйно. КЖ изучали с помощью международной адаптированной методики SF-36. Ультразвуковое исследование сердца проводилось датчиком 7,5 МГЦ в допплеровском режиме. Определялись максимальные скорости потока в период раннего Е) и позднего (А) периода наполнения левого желудочка (ЛЖ), их соотношение (Е/А), а так же время изоволюметрического расслабления ЛЖ (ВИР).

Полученные результаты. Полученные данные свидетельствуют о достоверном улучшении качества жизни больных по шкалам теста SF-36 в обеих группах. В 1 группе достоверное улучшение получено по шкале общее здоровье (ОЗ): с 38,01±15,42 до 47,40±14,32 (p<0,05). Во 2 группе достоверное улучшение было получено по шкале ОЗ: с 35,04±16,12 до 48,11±15,43 (p<0,05) и шкале жизнеспособность с 28,14±15,63 до 40,32±16,24 (p<0,05), что отражает не только лучшую оценку больным своего состояния в настоящий момент, перспектив лечения, но и увеличение жизненной активности. Обнаружена тенденция улучшения теста психического здоровья как в первой (p=0,98) и так и во второй группах (p=0,08), что расценивается как уменьшение тревожно-депрессивной симптоматики. Показатели ТМДП в изменялись в обеих группах однонаправлено. Достоверное увеличение цифр Е/А выявлено в обеих группах: 1 гр. с 0,68 ±0,3 до 0,77±0,4 (p<0,05), 2 гр. с 0,7±0,1 до 0,83±0,4 (p<0,05). Наблюдалось укорочение ВИР в 1 гр. с 89,01±12,3 до 86,2±14,5 мсек; во 2 гр. с 92,1±15,65 до 87,6±14,73мсек.

Выводы. Сочетанное применение милдроната с эналаприлом и лозартаном позволяет значительно улучшить КЖ больных с АГ в период стационарного лечения. Лучшие результаты по тесту SF-36 отмечаются в группе принимавшей милдронат и лозартан. Диастолическая функция ЛЖ улучшается в обеих группах. Достоверных различий в изменении ТМДП в исследуемых группах не обнаружено.

839 РАННИЕ ПРЕДСКАЗАТЕЛИ ОСТРЫХ ПРЕДИНСУЛЬТНЫХ СОСТОЯНИЙ У МУЖЧИН 50-59 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

Гипертонический криз рассматривается как острое прединсультное состояние (ОПС).

Цель – оценка значимости восточной пульсовой диагностики (ВПД) при гипертоническом кризе у мужчин с гипертонией 2 стадии с умеренным и высоким добавочным риском развития мозговых сосудистых осложнений.

Методы исследования. Проведено наблюдение и лечение 57 мужчин с артериальной гипертонией 2 стадии, осложнившейся гипертоническим кризом, индексом Кетле в пределах 25,0-29,8 кг/м^2. У обследованных пульс определялся по восточной методике на лучевой артерии в 12 позициях в точках цунь, гуань, чи. Пульс оценивали с учетом его соответствия полу, возрасту, сезонности, времени суток. Методом пальпации исследованы ритм, частота пульса, наполнение, напряжение, глубина, длина, твердость, ширина и гладкость пульсовых характеристик. Проведены необходимые параклинические исследования. За гипертонию принимали показатели систолического/диастолического артериального давления, равные и более 140/90 мм рт.ст. Умеренный добавочный риск определен у 21 (1 группа), высокий добавочный риск у 36 (2 группа) пациентов (ESH/ESC, 2007).

Результаты. У здоровых определяется сбалансированный пульс. У больных гипертонией еще задолго до развития ОПС обнаружен энергетический дисбаланс пульса, а тяжесть клинических проявлений болезни коррелировала с показателями пульса. Более выраженные изменения пульса были во 2-й, чем в 1-й группе. Сильные стрессы и изменчивость метеорискфакторов (значительные и резкие сдвиги барометрического давления, температуры и относительной влажности воздуха,

магнитные бури) усиливали имеющийся дисбаланс пульса, что сопровождалось увеличением частоты ОПС, тяжелой клинической картиной болезни. Базированная на ВПД корректная акупунктура, адекватная антигипертензивная и нейропротективная терапия улучшали патологические характеристики пульса, клиническое течение и прогноз заболевания.

Выводы. ВПД является предсказателем ОПС, важна для наиболее раннего выявления предрасположенных к инсульту больных, контроля и оптимизации лечения. Основанная на ВПД акупунктура и комплексная терапия позитивно действовали на измененные пульсовые характеристики, течение и прогноз болезни, препятствуя переходу ОПС в инсульт. ВПД рекомендуется для оценки дальнейшего прогноза гипертонии.

840 ВЛИЯНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (25-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Юрьева. С.В.
Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель: определить влияние бессимптомной формы фибрилляции предсердий (ФП) на риск развития фатального острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и фатальной хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы: проведен ретроспективный анализ течения ФП с 1980 по 2004 год, в исследование включено 2 654 больных, бессимптомную форму имели 421 (15,9%) пациент, симптомную – 2 233 (84,1%) пациента. Анализировались факторы риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО), сопутствующие заболевания, частота рецидивов. Первичная конечна точка была смерть пациентов от ОНМК и ХСН.

Результаты. Для выявления прогностических факторов смерти от ОНМК был проведен сравнительный анализ сопутствующей кардиальной патологии, структурных изменений сердца, данных ультразвуковых обследований у пациентов с фатальным ОНМК на фоне ФП и пациентов без фатального ОНМК на фоне ФП.

В соответствии с задачей исследования пациенты были разделены на две группы: первую составили 9,7% больных, умерших от ОНМК, вторую – 90,3% пациентов без фатального ОНМК. Бессимптомную форму ФП чаще диагностировали у пациентов умерших от ОНМК – 20,2%, чем у пациентов без фатального ОНМК – 15,4% (p=0,047). Наличие бессимптомной формы ФП (ОР=1,46; p=0,020), в многофакторной модели Кокса, был значимым независимым предиктором смерти больных от ОНМК наряду с возрастом ≥ 65 лет (ОР=1,89; p<0,001), стратегией контроля частоты сердечных сокращений (ОР=2,90; p=0,022), частотой рецидивов более одного раза в 3 месяца (ОР=2,58; p<0,001) и перенесенными нефатальными ОНМК в анамнезе (ОР=6,24; p<0,001).

Для выявления прогностических факторов смерти от ХСН был проведен сравнительный анализ сопутствующей кардиальной патологии, структурных изменений сердца, данных ультразвуковых исследований у пациентов, умерших от ХСН на фоне ФП, и пациентов без фатальной ХСН на фоне ФП.

В соответствии с задачей пациенты были разделены на 2 группы: первую составили 8,5% больных, умершие от ХСН, вторую – 91,5% пациентов без фатальной ХСН. Бессимптомная форма ФП одинаково часто встречалась как у пациентов, умерших от ХСН – 16,0%, так и у пациентов без фатальной ХСН – 15,9% (p=0,953). В многофакторной модели Кокса независимым предиктором смерти больных от ХСН была величина ФВ ЛЖ менее 50% (ОР=3,17; p=0,001).

Выводы: бессимптомная форма является независимым предиктором смерти пациентов от острого нарушения мозгового кровообращения наряду с постоянной и рецидивирующей (более одного раза в три месяца) формами аритмии.

841 ВЛИЯНИЕ РЕПЕРФУЗИОННОЙ СТРАТЕГИИ НА ПРОЦЕССЫ FAS – ОПОСРЕДОВАННОГО АПОПТОЗА КАРДИОМИОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Яковлева А.С.
ГОУ ВПО “Северный государственный медицинский университет” Минздравсоцразвития, Архангельск, Россия

Цель исследования: выявить ассоциации уровня биомаркера апоптоза – растворимого FAS-лиганда (sFasL) – с воспалительно-метаболическим статусом больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) при различных реперфузионных методиках.

Материалы и методы. 48 больных ОИМ были разделены на 2 группы: 1 – молодые, средний возраст 44,9±4,5 лет (n=10); 2 – пожилые, средний возраст – 61,6±8,6 года (n=38) (p<0,001). В контрольную группу включались здоровые добровольцы (n=40). Сывороточный уровень sFasL методом ИФА был измерен в контрольной группе и у больных через 2 недели после ОИМ дополнительно к стандартному объему обследования. Охват реперфузионными методами лечения (n=48): I группа – первичная коронарная ангиопластика – 16 (32,6%), II – системного тромболизиса (СТЛ) – 8 (16,3%), III – СТЛ+пост-лизисная ангиопластика – 14 (30,2%), IV – без реперфузии – 10 (20,9%). Анализ полученных данных был выполнен с использованием программы медицинской статистики SPSS, версия 17.0.

Результаты исследования. 1 и 2 группы больных характеризовались высоким сердечно-сосудистым риском, не отличаясь значимо по распространенности основных факторов. Средние уровни липидных фракций были выше у пациентов 1 группы. Однако значимо выше оказалась лишь средняя концентрация ХСЛПНП в 1 группе по сравнению со 2: 4,16±0,48 ммоль/л против 3,52±0,9 ммоль/л (z= -2,504, p=0,012). Средний уровень sFasL составил 77,92±36,54 пг/мл. У больных и 1 и 2 группы значения sFasL были сопоставимы с донорскими, однако отличались между 1 и 2 группой: 0,079 нг/мл (0,072, 0,129) против 0,067 нг/мл (0,057, 0,078), z=-2,034 (p=0,042). Наметились четкие связи между концентрацией sFasL и индексом массы тела (ИМТ) (r=-0,321, p=0,029), концентрацией ХСЛПВП (r_{Sp}=0,325, p=0,029), ТГ/ХСЛПВП (r_{Sp}=-0,298, p=0,05), уровнем фибриногена (r_{Sp}=-0,325, p=0,033), наличием артериальной гипертензии (АГ) (r_{Sp}=0,322, p=0,027). Независимо от групповой принадлежности больные с АГ имели более высокую концентрацию sFasL (z=-2,187, p=0,029). Тип реперфузии оказывал существенное влияние на уровень sFasL во временной точке 2 недели после ОИМ: F (3, 39)=4,661, p=0,007. Post hoc тест выявил, что у больных после комбинации СТЛ и ангиопластики (III) концентрация sFasL значимо превышала таковую в группе пациентов после первичной коронарной ангиопластики (I): 106,93±55,81 пг/мл против 64,61±12,51 пг/мл (p=0,01).

Выводы. И пожилые и молодые больные ОИМ относились к группе высокого сердечно-сосудистого риска, причем дислипидемия отличалась большей агрессивностью в первом случае. Выявлены признаки активации FAS-опосредованного апоптоза у молодых пациентов с ОИМ. Впервые обозначены взаимосвязи FAS-опосредованного апоптоза с особенностями воспалительно-метаболического статуса и реперфузионной стратегией при ОИМ.

842 ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ

Яковлева Е.В., Сергеева В.А., Оксенчук А.Н., Ребров А.П.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель исследования: оценить соответствие клинической амбулаторной практики лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) национальным рекомендациям за период с 2006г по 2010г.

Методы исследования. Проведено сопоставление результатов анкетирования двух групп больных, госпитализированных в Областную клиническую больницу в связи с повторной декомпенсацией ХСН. Первую группу составили 100 больных, проанкетированных в 2006г, вторую группу – 100 больных, проанкетированных в 2010г. Группы полностью сопоставимы по полу, возрасту, этиологии и тяжести ХСН. Заполнение анкет врачом предусматривало подробный сбор информации о проводимой на амбулаторном этапе лекарственной терапии.

Результаты. Несмотря на общепризнанное положение о том, что неназначение иАПФ повышает риск смерти декомпенсированных больных, частота амбулаторного назначения иАПФ не увеличилась: в 2006г препараты принимали 83%, в 2010г – 80% больных. Существенными недостатками использования иАПФ остаются низкая приверженность лечению (нерегулярность приема в 2010г составила 51%) и отсутствие титрования доз. В 2010г адекватные дозы иАПФ с достижением целевого артериального давления принимали только 28% больных.

Анализ приема β-блокаторов показал увеличение частоты использования рекомендованных для лечения ХСН бисопролола и карведилола с 12% до 52% от всех назначений b-блокаторов. В то же время, в структуре назначений препаратов данной группы доля метопролола тартрата составила 30%, атенолола – 12%, анаприлина 6%. Среди недостатков терапии отмечены низкая комплаентность и длительный прием стартовых доз. Так, у 75% больных при сохраняющейся тахикардии титрации дозы b-блокаторов не проводилось.

Тактика использования петлевых и тиазидных диуретиков существенно не изменилась. Доля назначений фуросемида в 2006г составила 70%, в 2010г – 59%. Применение торасемида – единственного диуретика, обладающего благоприятным влиянием на прогноз, – установлено у больных 2-ой группы только в 5% случаев. Сохраняется высокая частота приема при декомпенсации ХСН индапамида – препарата, не обладающего достаточным диуретическим эффектом. В структуре назначений мочегонных средств удельный вес индапамида в 2006г и 2010г составил 49% и 46%. Значительно возросла частота назначения антагонистов альдостерона – с 3% до 46%. Следует отметить, что возможность влияния верошпирона на прогноз снижалась из-за нерегулярного приема, выявленного в 70% случаев.

Выводы. Сопоставление результатов анкетирования 2006г и 2010г демонстрирует ряд позитивных тенденций в лечении ХСН, связанных с увеличением частоты назначения рекомендованных b-блокаторов и альдактона. Сохраняются такие недостатки терапии, как ограниченное применение препаратов, улучшающих выживаемость больных ХСН (иАПФ, b-блокаторов, торасемида, альдактона), отсутствие титрации доз, нерациональный выбор диуретика, низкая приверженность больных лечению. Очевидна необходимость дальнейшего внедрения в клиническую практику современных принципов лечения ХСН.

843 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ – ФАКТОР РИСКА ПЕРВИЧНОГО И ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Яковлев В.В., Сотников А.В., Бессонова Н.А., Носович Д.В.
ФГВОУ ВПО "Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова" МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Наличие артериальной гипертензии (АГ) в различных возрастных группах во многом определяет заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда (ИМ). Целью исследования было изучение особенностей течения первичного и повторного ИМ у мужчин различного возраста.

В исследование включено 396 мужчин с первичным и 580 – с повторным ИМ. У 443 больных возраст превышал 60 лет (67,9±0,39), а у 179 из них – 75 лет (79,8±0,75). У 552 больных был осложненный ИМ (у 382 из них – повторный), у 429 больных – Q-ИМ (у 359 из них – повторный), у 531 больного – передний ИМ (у 330 из них – повторный). Все больные находились на лечении в различных стационарах Санкт-Петербурга.

Среди обследованных нами больных повышение артериального давления достоверно чаще встречалось у больных старше 60 лет с первичным и повторным ИМ (у 88% в каждой группе). При этом у больных с осложненным течением повторного ИМ и сопутствующей гипертонической болезнью (ГБ) продолжительностью 20 и более лет последняя наблюдалась достоверно чаще по сравнению с больными с первичным ИМ (соответственно у 42 и 26%) и чаще сопровождалась гипертоническими кризами (соответственно 36 и 17%). Следует отметить, что у трети больных с первичным и повторным ИМ в обеих возрастных группах один из родителей болел ГБ. При изучении корреляции показателей, характеризующих АГ, с другими факторами риска первичного и повторного ИМ выявлена их значимая зависимость от возраста больных, наследственной отягощенности по ИБС и ГБ, курения, употребления алкоголя, массы тела, нарушений липидно-холестеринового, углеводного и азотистого обмена. Неблагоприятная роль АГ заключалась в том, что при ее наличии у больных с повторным и первичным ИМ отмечалось снижение систолической функции левого желудочка (ЛЖ), выраженная дилатация левых камер сердца и увеличение частоты диастолической дисфункции ЛЖ.

844 ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Якупова С.П., Исаева В.Н.
КГМУ, Казань, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных факторов риска развития сосудистого поражения головного мозга (ГМ), поскольку вызывает как острые нарушения мозгового кровообращения, так и хроническую ишемию мозга. Среди разнообразных неврологических симптомов, развивающихся вследствие сосудистых поражений ГМ, особое место занимают когнитивные нарушения.

Целью нашего исследования являлось выявление наличия когнитивных нарушений и оценка влияния возраста, уровня образования, наследственности, клинико-функциональных характеристик АГ, антигипертензивной терапии на показатели когнитивных функций у пациентов с АГ.

Материалы и методы. В исследование было включено 34 пациента с АГ в возрасте от 39 до 76 лет (средний возраст-58,8±10,3), госпитализированных в кардиологическое отделение РКБ. Из них мужчин – 16 чел (47%), женщин – 18 чел (53%). Длительность заболевания АГ была от 1 до 30 лет (в среднем 10,4±8,9 лет). Из исследования исключались пациенты с выраженной деменцией. Всем пациентам проводилось клиническое обследование, для оценки когнитивных функций использовалась Монреальская Шкала (МоСА). Норма – не менее 26 баллов. Добавлялся один балл, если у пациента менее 12 лет образования. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием пакета программ Statistica.

Результаты: проведенное исследование показало, что у 100% больных с АГ выявляются когнитивные нарушения различной степени выраженности. Из всех исследуемых пациентов 97% жаловались на снижение памяти, 9% на снижение внимания, 15% на снижение умственной работоспособности, 50% на быструю утомляемость. Средний балл по МоСА-тесту составил 21,3±2,4. На выраженность когнитивных расстройств влиял возраст пациентов – до 55 лет (ср. балл – 22,53), старше 55 лет (ср.балл – 20,31) ($p<0,05$), образование – меньше 12 лет (ср.балл – 20,92), больше 12 лет (ср. балл – 23,0) ($p<0,05$), степень АГ – 1-2 степень (ср.балл – 22,4), 3 степень (ср.балл – 20,68) ($p<0,05$), регулярность приема антигипертензивных препаратов – регулярно (ср.балл –

22,82), нерегулярно (ср.балл – 21,67) (p<0,05), количество принимаемых антигипертензивных препаратов – 1 препарат (ср.балл – 20,75), 2 и более препаратов (ср.балл – 22,6) (p<0,05).

Выводы: у 100% исследуемых пациентов выявлены когнитивные нарушения, наиболее выраженные у пациентов возрастом старше 55 лет, с низким уровнем образования, имеющие АГ 3 степени, поражение органа мишени – ГМ, нерегулярно принимающие антигипертензивные препараты, а также у пациентов, получающих монотерапию.

845 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ "ШКОЛА ГИПЕРТОНИКОВ" У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ярмухамедова Д.З., Камилова У.К., Абдуллаев С.П., Расулова З.Д., Пулатов О.Я.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценка эффективности проведения образовательной программы "школа-гипертоника" у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией в условиях поликлиники.

Методы исследования. Обследовано 395 больных с ЭАГ I- II степени (по классификации ВОЗ-МОАГ 1999г). Средний возраст больных составил 55±4,6 лет. Длительность заболевания составила от 6 до 10 лет. Всем больным как антигипертензивный препарат был подобран препарат фиксированной комбинации – Энап-Н (KRKA, Словения) по 1 таблетке в день. Больные были разделены на 2 группы: I группу составили 191 больных, которые принимали Энап-Н, II группу – 204 больных которые посещали образовательную программу "школа-гипертоников" организованной в условиях городской поликлиники г.Ташкента. Целью образовательной программы было не только информированность пациента, но и убедить их изменить образ жизни, объяснение цели и планирование длительной медикаментозной терапии. Качество жизни (КЖ) больных изучалось анкетированием с помощью специального опросника по изучению КЖ, предложенного ГосНИЦ профилактической медицины Минздрава Российской Федерации (2002).

Полученные результаты. Анализ полученных данных показал, что показатели качество жизни у обследованных больных на фоне 12 недельной терапии Энап-Н КЖ характеризовалось достоверным увеличением показателей ФА на 26%, ЭС на 25,2%, Э на 28,5%, СА на 28,9% соответственно, что сопровождалось увеличением суммарного индекса (СИ) КЖ на 30,3% по сравнению с исходными показателями. Анализ регулярности приема антигипертензивных препаратов показало, что после посещения образовательной программы "школа гипертоников" выросла доля больных регулярно принимающих антигипертензивную терапию, за счет снижения доли больных, не принимающих препараты. Важным фактором при этом является самоконтроль АД. Через 3 месяца после посещения образовательной программы число больных регулярно проводящих самоконтроль АД составило 74% против 44% исходного. При этом доля больных, не измеряющих АД, снизилась в 2 раза, составляя 7% против 18 показатель составил 68%. Изучение показателей качества жизни у больных посетивших образовательную программу "школа гипертоников" выявило, что у больных II группы, проходивших обучение показатели КЖ были достоверно выше по сравнению показателями I группы: ФА увеличился на 39%, ЭС на 36,1%, Э на 32,5%, СА на 36,9% по сравнению с исходными показателями соответственно. Улучшение данных показателей сопровождалось увеличением СИ КЖ на 35,6% (P<0,05).

Выводы. Проведение образовательной программы "школа-гипертоников", у больных с АГ повышает их информированность, улучшает приверженность к лечению и качество жизни больных.

846 ИНДЕКС АСИНЕРГИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МИОКАРДИАЛЬНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Горбатенко Е.А., Ефимова Ю.А., Теффенберг Д.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН "Тюменский кардиологический центр", Тюмень, Россия

Цель. У пациентов с положительным результатом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) выявить параметры, изменение которых указывало бы на наличие гемодинамически значимых коронарных стенозов (ГЗКС) до проведения коронароангиографии (КАГ).

Материалы и методы. Из лиц, включенных в "Регистр проведенных операций коронарной ангиографии"©, были отобраны 84 пациента, прошедшие с 2004 по 2009 год в Тюменском кардиологическом центре комплексное клинико-инструментальное обследование, включавшее сцинтиграфию миокарда и КАГ (интервал между ними не превышал 3 месяцев). Средний возраст обследуемых составил 49,1±8,8 года, 71% были мужчинами.

Результаты. Совпадение результатов ОФЭКТ и КАГ наблюдалось в 51% случаев. ГЗКС были выявлены лишь у 16 из 47 пациентов с положительным результатом ОФЭКТ (34%). У пациентов с нарушениями миокардиальной перфузии и наличием ГЗКС достоверно чаще выявляли острые инфаркты миокарда (37,1 против 6,5%, p=0,005) и II-IV функциональный класс недостаточности кровообращения по NYHA (92,3 против 51,6%, p=0,026), а I класс – реже (7,7 против 48,4%, p=0,026), уровень глюкозы крови натощак у них был более высоким (6,9±2,5 против 5,3±0,8 ммоль/л, p=0,007). При эхокардиографическом обследовании этих больных чаще обнаруживали снижение сократительной функции левого желудочка (ЛЖ) (фракция выброса ЛЖ ниже 50%) (17,4 против 7,4%, p<0,001) и митральную недостаточность (81,3 против 59,4%, p=0,026); фракция выброса ЛЖ у них была ниже (59,6±8,9 против 48,9±10,5%), а размер и индекс асинергии ЛЖ – выше (20,8±18,0 против 2,0±5,5%, 1,4±0,3 против 1,0±0,1, соответственно), и только у больных этой группы при эхокардиографии выявлялись постинфарктные изменения миокарда (у 31,3%, все p<0,001). Результаты дискриминантного анализа показали, что достоверно значимый вклад в различия между изучаемыми группами внесли индекс асинергии ЛЖ и митральная недостаточность. Значение лямбды Уилкса для уравнения линейной дискриминантной функции p<0,0001, что говорит о высокой статистической значимости данной модели. Наибольшим был вклад величины индекса асинергии ЛЖ (его нормированный коэффициент канонической дискриминантной функции составил 0,903, нормированный коэффициент митральной регургитации – 0,646), то есть из двух составляющих модели диагностическая значимость индекса асинергии ЛЖ для выявления ГЗКС оказалась выше. Значение канонической корреляции функции составило 0,767. В среднем классифицировано правильно 80,9% исходных сгруппированных наблюдений.

Заключение: У пациентов с подозрением на ИБС и положительным результатом ОФЭКТ выявление ГЗКС ассоциируется с изменением индекса асинергии ЛЖ и наличием митральной недостаточности по данным эхокардиографии.

847 АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ TIMI У ПАЦИЕНТОВ ИМЕЮЩИХ ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Ярош В.Б., Яковлев В.Б., Ерошкин И.А., Дорохова О.В.

Филиал №2 ФГУ "ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ", Одинцово, Россия

Цель исследования. Изучить исходы госпитального периода лечения у пациентов с использованием шкалы оценки риска TIMI среди больных, у которых уже имелись факторы высокого риска развития неблагоприятного исхода при остром коронарном синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) согласно рекомендаций ACC/AHA по Нестабильной стенокардии и ИМ без подъема ST от 2007 года.

Материалы и методы. В анализ было включено 252 пациента, у которых были выявлены признаки высокого риска развития неблагоприятных осложнений согласно рекомендациям ACC/AHA. В возрасте от 39 до 89 лет. Мужчин 189 (75%), женщин 63 (25%). В I группе рентгенэндоваскулярное вмешательство (РЭВ) выполнено в сроки 1,2±0,4 сутки от поступления в стационар. Во II группе РЭВ выполнено в сроки 7,4±3,8 сутки от поступления в стационар или коронарное шунтирование (КШ) на 9,4±7,4 сут. В III группе пациентам проводилась только консервативная терапия, но могла быть выполнена коронарная ангиография без последующего выполнения РЭВ или КШ. 92 (36%) пациента вошли в I группу, 73 (29%) во II группу; 87 (35%) в III группу. Значимых различий по: возрасту, полу, инфаркту в анамнезе, артериальной гипертонии, сахарному диабету, КШ и РЭВ в анамнезе – между группами не выявлено. С первых суток всем пациентам начата статически не различающаяся терапия: аспирин, гепарин в/в, нитроглицерин в/в, В-блокаторы; и-АПФ и статины.

Результаты. Наиболее часто встречались признаки: “прогрессирующий характер ишемической симптоматики последние 48 часов” у 70% пациентов, “длительная боль в покое > 20 минут” у 59%, “стенокардия покоя с преходящими изменениями ST” у 63%, “повышение тропонина Т” у 21%, “возраст более 75 лет” у 15%, остальные признаки остальные признаки встречались менее чем у 10% пациентов. 1 признак встречался у 25% больных, 2 признака у 22%, 3 у 24%, 4 у 19%, 5 у 6%, 6 у 2%. Из факторов риска шкалы TIMI “возраст более 65 лет” был у 63% пациентов, “3 и более факторов риска развития ИБС” у 95%, “известно о коронарном стенозе >50%” у 21%, “предшествующий прием аспирина” у 48%, “2 и более приступа стенокардии за последние 24 часа” у 76%, “отклонение ST на 0,5 и более мм” у 63%, “повышение маркеров повреждения миокарда” у 21%. Высокий риск по шкале TIMI был у 36% больных, промежуточный риск по той же шкале был у 47%, низкий риск у 17%.

При оценке госпитальных исходов (инфаркта миокарда+летального исхода) в группах с различной лечебной тактикой в I группе у 2% больных развились неблагоприятные исходы, при этом все пациенты 5% были в подгруппе высокого риска по шкале TIMI. Во II группе неблагоприятные исходы развились у 15% пациентов, причем у 19% пациентов высокого риска по шкале TIMI, 16% – промежуточного риска по той же шкале, и у 6% низкого риска. В III группе у 10% развились неблагоприятные исходы, из них у 24% пациентов подгруппы высокого риска по шкале TIMI, в 8% случаев в подгруппе промежуточного риска по той же шкале.

Заключение. Проведенный анализ показал, что при оценке риска развития неблагоприятных исходов использовать только шкалу TIMI для выбора лечебной тактики нельзя, так как из тех пациентов, которые уже имеют факторы высокого риска согласно рекомендация ACC/AHA от 2007 года только 36% имели высокий и 47% промежуточный риск по шкале TIMI. Применение в I группе ранней интервенционной тактики, несмотря на то, что только 47% больных имели высокий риск по шкале TIMI, позволило снизить неблагоприятные исходы до 2%, чего не наблюдалось в остальных двух группах.

848 ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА, С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Яскевич Р.А., Хамнагадаев И.И., Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Ивкина В.Л., Шицко С.А., Миндиашвили М.И.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, ГОУ ВПО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого”, Красноярск, Россия

Цель работы: изучение компонентного состава масса тела у мужчин мигрантов Крайнего Севера, с артериальной гипертонией, прибывших на постоянное место жительство в центральную Сибирь.

Объект и методы исследования. В исследование были включены 36 мужчин, жителей г. Норильска и г.Дудинки, с артериальной гипертонией, проживавших на Крайнем Севере и переехавших на постоянное место жительства в Центральную Сибирь (г. Красноярск). В качестве группы контроля обследовано – 50 мужчин, жителей центральной Сибири (г.Красноярск) с артериальной гипертонией.

В исследовании использовались общеклинические методы, антропометрическое обследование. Для определения компонентного состава массы тела использовали методику фракционирования массы тела на мышечный, костный и жировой компоненты. Для сравнения были выбраны такие компоненты массы тела, как показатели жировой и мышечной ткани, так как этим тканям свойственна наибольшая изменчивость на протяжении жизни человека.

Результаты исследования. Анализ показал, что у мужчин имеющих артериальную гипертонию, прибывших с Севера, отмечаются более высокие показатели медианы и нижнего квартиля индекса Кетле, в сравнении с мужчинами контрольной группы.

Показатели процентного содержания жировой ткани у мужчин, прибывших с Севера, были больше по медиане, верхнему и нижнему квартилям, в сравнении с мужчинами, проживающими в Центральной Сибири. Процентное содержание мышечной ткани, по медиане, верхнему и нижнему квартилю у переселенцев было меньше, в сравнении с контрольной группой.

Показатели соотношения процентного содержания мышечной ткани к жировой в сравниваемых группах не различались по медиане, в то время как величины нижнего и верхнего квартиля были выше у мужчин проживающих в Центральной Сибири в сравнении с переселенцами.

Вывод. Мужчины, имеющие артериальную гипертонию, прибывшие с Крайнего Севера на постоянное место жительство в Центральную Сибирь, имеют более высокие значения жирового компонента и меньшие значения мышечного компонента, в сравнении с мужчинами, имеющими артериальную гипертонию, постоянно проживающими в Центральной Сибири.

849 ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Яхонтов Д.А., Дершева Д.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить характер поражения коронарного русла левого желудочка у больных ИБС с различной массой миокарда левого желудочка.

Материалы и методы. 96 мужчин в возрасте 40-70 лет со стабильной стенокардией I-III ФК были распределены на две группы. В 1-ю группу вошли 47 больных 54,0±1,3 лет с нормальной массой миокарда левого желудочка (ИММЛЖ<125 г/м2), во 2-ю группу – 49 больных 55,8±1,0 лет с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), имевших ИММЛЖ > 125 г/м2 ($p<0,005$). Давность ИБС составила 3,3±0,5 и 3,7±0,6 лет соответственно. Артериальная гипертензия (АГ) имела место у 39 (82,9%) пациентов в 1-й группе и у 46 (93,8%) во 2-й. Помимо традиционного клинико-лабораторного и инструментального обследования выполнялось коронарография по Judkins.

Результаты. У пациентов с нормальным ИММЛЖ по сравнению с лицами с ГЛЖ чаще (17,1% против 4,1%) встречались неизмененные коронарные сосуды. Гемодинамически значимые поражения коронарных сосудов встречались у 81,1% больных в 1-й группе и у 95,9% во 2-й. У лиц с нормальным ИММЛЖ и гемодинамически значимыми поражениями коронарных артерий наиболее часто встречалось 1-сосудистое поражение (17-36,1%) случаев, 2-сосудистое поражение имелось у 8 (17,0%),

многососудистое – у 14 (29,7%) обследованных. В группе больных с ГЛЖ преобладали лица с гемодинамически значимыми поражениями трех и более коронарных артерий: (35-71,4%) пациентов, 2-сосудистое поражение имелось у 4 (8,1%) и 1-сосудистое – у 7 (14,3%) обследованных. У 6 (12,2%) пациентов с ГЛЖ был поражен ствол левой коронарной артерии (ЛКА); в 1-й группе поражения ствола ЛКА выявлено не было. Также у больных с ГЛЖ достоверно чаще были поражены другие магистральные артерии: передняя межжелудочковая (ПМЖА) – 51%, диагональная (22,4%), огибающая (18,3%), ветвь тупого края (ВТК) – 30,6% и правая коронарная артерия (ПКА) – 63,2% случаев. У пациентов с нормальной ММЛЖ коронарных артерий наиболее часто встречалось 1-сосудистое поражение – у 17 (36,1%) пациента, 2-х сосудистое поражение имелось у 8 (17,0%), многососудистое – у 14 (29,7%) обследованных. У пациентов с нормальной ММЛЖ стеноз ПМЖА отмечался в 14 (29,7%), поражение ПКА – в 17 (36,1%), ОА – в 7(15,2%), ВТК – в 6 (12,7%) случаев.

Заключение. У больных ИБС с повышенным ИММЛЖ достоверно чаще встречаются гемодинамически значимые многососудистые поражения коронарного русла и с большей частотой поражаются магистральные сосуды.

850 ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И УРОВЕНЬ NT proBNP У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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, находившихся на амбулаторном наблюдении, которые 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. Распространенность и выраженность кардиоваскулярных факторов риска у всех пациентов была сопоставимой. Среднее количество компонентов метаболического синдрома 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. Помимо традиционных методов обследования использовалось определение NT фрагмента proBNP иммуноферментным методом (нормальные значения < 0,2 нг/мл).

Результаты. Клинические проявления ИБС и основные гемодинамические показатели были сходными во всех группах. По данным коронарографии преобладали пациенты с многососудистым поражением с наибольшим числом пораженных сосудов в 3-й группе. 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/м2 при 131,4±7,8 г/м2 в 1-й группе ($p<0,05$) и 125,5±7,2 г/м2 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); 430,0±18,8 м во 2-й группе ($p<0,05$) и 418,4±15,6 м ($p<0,05$) в 1-й. Концентрация NT proBNP в 3-й группе (0,34±0,08 нг/мл) была достоверно выше, чем в 1-й (0,17±0,06 нг/мл). Во 2-й группе уровень NT proBNP составил 0,21±0,09 нг/мл. 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 и маркеры сердечной декомпенсации (тест 6-минутной ходьбы и уровень NT proBNP) в большей степени скомпрометированы у перенесших кардиоваскулярные события. Антиишемическая и антигипертензивная терапия на амбулаторном этапе наблюдения проводится в недостаточном объеме.

851 МЕХАНИЧЕСКАЯ ДЕСИНХРОНИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИЛИ И ТЕМ И ДРУГИМ

Mikhail Bourgoun, Sung-Hee Shin, Marc A. Pfeffer, Scott D. Solomon, Chung-Lieh Hung, Hajime Uno, Amira H Hassanein, Anil Verma, Lars Kober, Jalal K. Ghali, Eric JoseVelazquez, Robert M. Califf

From the Cardiovascular Division Brigham and Women's Hospital, Harvard University, Boston, USA. Duke University, USA; University of Copenhagen, Denmark

Обоснование. Считается, что механическая десинхронизация работы сердца является независимым прогнозирующим фактором кардиоваскулярных осложнений среди пациентов с сердечной недостаточностью. Однако, значение десинхронизации как фактора риска у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, изучено недостаточно.

Методы и Результаты. Мы изучили влияние механической десинхронизации на исход заболевания среди пациентов, включенных в эхокардиографическое исследование VALIANT ("Вальсартан при остром инфаркте миокарда"), которые имели либо дисфункцию левого желудочка, либо сердечную недостаточность, либо и первое, и второе после перенесенного инфаркта миокарда. Для оценки желудочковой синхронизации у 381 пациента с подходящим для анализа качеством изображения, использовался двухмерный метод точечного трекинга, утилизирующий векторное изображение скорости (Siemens, Inc). Время до локального пика скорости (Tvel) и величина растяжения (Tsr) были измерены в 12 сегментах левого желудочка в 4- и 2- камерных проекциях, и стандартное отклонение (SD) между 12 сегментами использовалось как мера десинхронизации. Были изучены взаимоотношения между стандартным отклонением пика скорости и величины растяжения, и клиническим исходом заболевания: смерть или сердечная недостаточность. В мультивариантной модели, включающей клинические и эхокардиографические параметры, Tvel-SD (частота сердечных сокращений/10 ms 1.10, 95% CI 1.02-1.18, P = 0.010) и Tsr-SD (частота сердечных сокращений /10 ms 1.16, 95% CI 1.06-1.27, P = 0.001) были независимыми прогностическими факторами смерти либо сердечной недостаточности.

Заключение. Десинхронизация левого желудочка независимо ассоциирована с увеличением риска смерти или сердечной недостаточности после перенесения инфаркта миокарда, это предполагает, что различные модели сердечного сокращения могут играть роль в прогнозе инфаркта миокарда.

852 ОЦЕНКА ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ В КОМПЛЕКСЕ С РЕГИСТРАЦИЕЙ КОЖНО-ГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ

Серова Е.Н.
ООО "Центр Информационных Технологий "НЕЛИАН", Москва, Россия

В дополнение к общепринятым методам динамического исследования показателей сердечно-сосудистой системы интересным представляется регистрация и оценка кожно-гальванической реакции (КГР).

Цель. Исследовать взаимосвязь реакции артериального давления (АД) и КГР при активной ортостатической пробе (АОП).

Материалы и методы. Была исследована небольшая группа практически здоровых спортсменов, всего 4 человека в возрасте 16-18 лет, все мастера спорта по фехтованию. Дважды проводилась АОП (АОП1 и АОП2). Систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) регистрировали в конце периода отдыха (в горизонтальном положении) и на 5-ой мин АОП. Оценка САД, ДАД и ЧСС проводилась при помощи автоматического измерителя артериального давления фирмы "Omron", Япония, мм рт.ст.

Для непрерывной регистрации и оценки параметров КГР (КГР-активность и количество КГР-реакций) применяли аппаратно-программный комплекс "ДИАНЕЛ-11S-iON", производитель ООО "Центр Информационных Технологий "НЕЛИАН", г.Москва. КГР измерялась в сантинепперах (сНр).

Рассчитывали среднединамическое АД (СДД) в горизонтальном положении и на 5-ой мин АОП по общепринятым формулам, а также должную величину СДДд для 5-ой мин АОП. Реакцию на ортостаз считали гипертензивной при превышении фактически имеющегося СДД на 5-ой мин по сравнению с его должным значением (Вилков В.Г., Новиков В.Т.,1993). Расчеты КГР-активности проводились автоматически компьютерной программой "ДИАНЕЛ iON".

Результаты. ЧСС в горизонтальном положении и на 5-ой мин составила 66±10 и 89±13, 64±12 и 92±11 для АОП1 и АОП2 (M±SD). Фактическое СДД на 5-ой мин не превышало должного значения (СДДд): 89±9,2 <99,2±2,5 и 89,2±6,7 <97,8±4,6 для АОП1 и АОП2 (M±SD). В периоды проведения АОП закономерно отмечалось увеличение количества реакций и повышалась КГР-активность по сравнению с периодами отдыха.

Таким образом, при отсутствии гипертензивной реакции у всех испытуемых отмечалась положительная хронотропная реакция на АОП, что соответствовало закономерному приросту количества КГР-реакций и повышению КГР-активности во время проведения пробы.

Вывод. Результаты настоящей работы могут являться предпосылкой для дальнейшего изучения, на основе репрезентативной выборки, взаимосвязей основных показателей КГР и гемодинамических реакций в норме и при патологии.

853 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С.
Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Понятие "приверженность к лечению" появилось в отечественной научной литературе около 20 лет назад, но использоваться широко стало недавно, в последние 5-6 лет. Приверженность к лечению или комплаенс (от анг. compliance) означает меру следования пациентом всем врачебным назначениям и рекомендациям, лояльность по отношению к лечению. Традиционно в нашей стране проблематика комплаенса находится в сфере интересов врачей, чаще соматической практики. Соответственно меры по повышению приверженности предлагаются дидактические, где учителем и наставником пациента является врач, требования которого необходимо беспрекословно выполнять, но который и берет на себя полную ответственность за жизнь и здоровье "ребенка-пациента". Неслучайно в нашем обществе наиболее популярна среди врачей и пациентов патерналистская модель взаимодействия врача и больного (Фирсова И.В., 2009).

Чисто медицинский взгляд на проблему не позволяет воздействовать на пациента кроме как обучающими методами ("школы больных", "группы встреч" и т. д.). Сохраняя за врачом решающую роль в принятии решения в ситуации болезни, пациенту дается инструмент контроля над ситуацией болезни, что должно повысить его автономность и ответственность, а, следовательно, и приверженность лечению.

Транспонируя вышесказанное в область психологии, и ее предмета, отметим, что речь идет о принятии решения пациентом (и/или его окружением) в ситуации болезни, о его личном выборе. В психологии принятия решения накоплен значительный концептуальный и методологический аппарат для описания и исследования стратегий принятия решения, когнитивно-стилевых особенностей личности, индивидуально-психологических предпосылок личного выбора. Поскольку ситуация болезни является стрессовой, личностно значимой, плохо контролируемой и неопределенной ситуацией, то наибольший интерес для нас представляют исследования принятия решения в ситуации неопределенности, со значительной опорой на иррациональные представления, эмоциональные основания для решения – работы Д. Канемана, П. Словика, А. Тверски; работы Т.В. Корниловой и Г.Н. Солнцевой по исследованию склонности личности к риску в ситуации принятия решения, и работы Т.О. Гордеевой, О.Е. Дергачевой, Л.Я. Дорфмана, Д.А. Леонтьева и др., посвященные роли автономии и самодетерминации в мотивации поведения. Описанные в этих работах когнитивно-стилевые особенности принятия решения по нашему мнению найдут свое подтверждение на клиническом материале, как стратегии принятия решения в ситуации болезни, а использование методологического аппарата психологии для изучения клинического феномена недостаточной приверженности пациентов к лечению (нонкомплаенса), позволит лучше понять, прогнозировать и предупреждать его проявления.

Оглавление

001	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕГА-3-ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И БИСОПРОЛОЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	**3**
002	ВЛИЯНИЕ АФОБАЗОЛА НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В РЕГИОНЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА	**3**
003	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМВАСТАТИНА И ФЛАТЕРОНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**3**
004	ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ И ПОТРЕБЛЕНИЯ КИСЛОРОДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**4**
005	ВЛИЯНИЕ ПРЕДИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ГЛУБИНУ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	**4**
006	ОСЦИЛЛОМЕТРИЧЕСКОЕ 24-ЧАСОВОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	**4**
007	ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ 48-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ	**5**
008	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ МЕТОПРОЛОЛА И ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	**5**
009	ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ОФИСНЫХ РАБОТНИКОВ ПУТЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ	**6**
010	РОЛЬ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ЛИЦ С ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ	**6**
011	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ХМАО-ЮГРЕ	**7**
012	ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕОЛОГИИ КРОВИ И ВОЗРАСТА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ	**7**
013	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**7**
014	ВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЭМБОЛИЗМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ	**8**
015	НИКОРАНДИЛ: КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС	**8**
016	ТАКТИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	**9**
017	ABC/VEN АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	**9**
018	ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕХОВОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	**9**
019	АССОЦИАЦИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ	**10**
020	АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ТЮМЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	**10**
021	СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ И ТЕКУЩЕГО СТАТУСА КУРЕНИЯ	**10**
022	ПРЕДИКТОРЫ ОТДАЛЕННОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ	**11**
023	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**11**
024	ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА	**12**
025	ЭТНОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	**12**
026	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**12**

027	ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	**13**
028	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	**13**
029	ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ РИСКА ПО ШКАЛЕ TIMI И ВЕРОЯТНОСТИ НЕПРОВЕДЕНИЯ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	**14**
030	СРАВНЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН АЛЬДОСТЕРОНОВУЮ СИСТЕМУ	**14**
031	ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ТКАНЕВОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОВНЕМ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	**15**
032	ХАРАКТЕР СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ	**15**
033	ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ СЕРДЦА ПРИ НИЖНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ЭКТГ	**16**
034	ПОКАЗАТЕЛИ DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, DAZZ, ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	**16**
035	DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, ТОПОКАРТЫ DAZZ, ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕМ И НИЖНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	**17**
036	АЛИСКИРЕН И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**17**
037	РАЗДУМЬЯ О ЗДОРОВЬЕ	**17**
038	ТРУДНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН СТАРШЕ 70 ЛЕТ	**18**
039	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН	**18**
040	ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**19**
041	РАННИЕ МАРКЁРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ	**19**
042	ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ	**20**
043	КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	**20**
044	КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	**21**
045	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОСТРОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА ПОСЛЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА АССОЦИИРОВАННОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	**21**
046	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОПРОЛОЛОМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ (ЭГИЛОК РЕТАРД) У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	**21**
047	ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	**22**
048	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КИШЕЧНОРАСТВОРИМЫХ ТАБЛЕТОК АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕСТА “РАСТВОРЕНИЕ”	**22**
049	ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ПРИЕМУ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	**23**
050	СКРИНИНГ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	**23**
051	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ	**24**
052	РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**24**
053	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ	**25**

054	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДОСТЕНА (ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ АНТИТЕЛ К С-КОНЦЕВОМУ ФРАГМЕНТУ АТ1-РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II) У МЕДРАБОТНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	**25**
055	ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ. ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ	**25**
056	ВОЗДЕЙСТВИЕ ГЕНЕРИЧЕСКИХ И ОРИГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА НАЧАЛЬНУЮ СТАДИЮ ПАТОЛОГИИ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	**26**
057	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СРЕДНИЕ УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ФЕДЕРАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА 2003-2010ГГ	**26**
058	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО КОМПОНЕНТОВ У СТУДЕНТОВ 3 КУРСА КРАСГМУ	**27**
059	УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОРЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЯКУТИИ	**27**
060	ДИНАМИКА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА ПОД ВЛИЯНИЕМ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ	**27**
061	АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ И ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**28**
062	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТИВНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЕГО ПРОДОЛЬНОЙ ФУНКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПУЛЬСНОГО РЕЖИМА ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ МЕДЛЕННО НАРАСТАЮЩЕЙ ПОСТНАГРУЗКИ	**28**
063	ВЛИЯНИЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	**29**
064	ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИЙ, КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ	**29**
065	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	**30**
066	ИЗУЧЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ	**30**
067	ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ АГ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ФИКСИРОВАННЫМ КОМБИНАЦИОННЫМ ПРЕПАРАТОМ	**30**
068	ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ И СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	**31**
069	ЗАВИСИМОСТЬ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОТ СОСТОЯНИЯ КАРОТИДНОГО КРОВОТОКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**31**
070	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ДИАГЛИНИД И НОВОНОРМ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	**32**
071	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПРОСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**32**
072	РОЛЬ ГЕННЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА (M235T) И РЕЦЕПТОРА ATII (ТИП1) (A1166C) В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**32**
073	ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА МАРКЁРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	**33**
074	ДЕПРЕССИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНОСИВШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ	**33**
075	РАЗЛИЧИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ОСТРОМ И ОТСРОЧЕННОМ ПЕРИОДАХ	**34**
076	ЗНАЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	**34**
077	РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	**34**
078	ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ РОЛЬ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИНАЛЬНО-ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР	**35**

079	ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	**35**
080	ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКАЯ ПРОБА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПОЛНОЙ БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА	**36**
081	ФОРМИРОВАНИЕ КОНЦЕНТРИЧЕСКОЙ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОЖИРЕНИИ	**36**
082	МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА	**37**
083	СОПРЯЖЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**37**
084	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ ЭПИЗОД	**37**
085	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ИБС	**38**
086	ВЫЯВЛЕНИЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ИШЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МНОГОКАНАЛЬНОГО ПОВЕРХНОСТНОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ	**38**
087	ВАРИАНТЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЯМЫМ ИНГИБИТОРОМ РЕНИНА АЛИСКИРЕНОМ	**39**
088	ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	**39**
089	АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ ЛИПИДНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	**40**
090	ЧАСТОТА ВНУТРИПРЕДСЕРДНОГО ТРОМБОЗА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ	**40**
091	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ, ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**40**
092	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НОЛИПРЕЛОМ А И НОЛИПРЕЛОМ ФОРТЕ А У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫСОКИМ И СРЕДНИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	**41**
093	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В МОНОТЕРАПИИ И КОМБИНАЦИИ С ИВАБРАДИНОМ (КОРАКСАНОМ) У БОЛЬНЫХ С ИБС	**41**
094	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В ФОРМИРОВАНИИ “НЕЗДОРОВЬЯ” ПОПУЛЯЦИИ (МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	**42**
095	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**42**
096	СВЯЗЬ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**43**
097	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ И ПОЛИКЛИНИКЕ	**43**
098	β-АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ КЛЕТКИ И РИСК КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	**44**
099	АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ И СКОРОСТЬ NA+/LI+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА КАК КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**44**
100	ИМЕЮТСЯ ЛИ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В НАРУШЕНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ С ИБС И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ?	**45**
101	ГИПОТЕНЗИВНАЯ И НЕФРОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОМБИНАЦИИ ДИГИДРОПИРИДИНОВЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ И БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**45**
102	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДИЛТИАЗЕМА И РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	**45**
103	ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В III ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ	**46**

104	ПОТЕНЦИРОВАНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ИНГИБИТОРАМИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ	**46**
105	ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	**47**
106	ДИНАМИКА СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СО СТАРТА БЕЗ УЧЕТА ИСХОДНОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	**47**
107	КОРНИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАРАЗИТОЦЕНОЗА БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКИМ СЕПТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ И КРИЗИС ЭНДОБИОСФЕРЫ	**48**
108	ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, QT ДИСПЕРСИЯ И МИКРОВОЛЬТНАЯ АЛЬТЕРНАЦИЯ Т-ЗУБЦА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ КАРДИОМИОПАТИЯМИ	**48**
109	ИССЛЕДОВАНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПРОБЫ	**49**
110	ВЗАИМОСВЯЗИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**49**
111	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНВАЗИВНОГО И НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС	**49**
112	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**50**
113	НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	**50**
114	СПОСОБ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	**51**
115	ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И РАЗВИТИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН	**51**
116	АРИТМИИ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ	**52**
117	КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ	**52**
118	СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА: КОРРИГИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	**52**
119	КОМПЬЮТЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА	**53**
120	ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**53**
121	ДИНАМИКА ЦИРКАДИАННЫХ РИТМОВ АД И ЧСС НА ФОНЕ ГОДИЧНОЙ ХРОНОТЕРАПИИ β-БЛОКАТОРОМ (БИСОПРОЛОЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ	**54**
122	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С БРАДИСИСТОЛИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ	**54**
123	НАГРУЗКА НА ОРГАНЫ-МИШЕНИ ПОВЫШЕННЫМ И ПОНИЖЕННЫМ АД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТОПРОЛОЛА	**55**
124	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЖЕСТКОСТИ И ТОНУСА СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	**55**
125	АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ И АУТОРЕГУЛЯЦИЯ ТОНУСА СОСУДОВ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КУРЕНИЯ	**56**
126	ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТЕТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА И АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**56**
127	К ВОПРОСУ О НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	**56**
128	ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	**57**
129	ПОТРЕБЛЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	**57**
130	АССОЦИАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПАРАМЕТРАМИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	**58**

131	НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У МУЖЧИН С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИМТ	**58**
132	КОМПЬЮТЕРНАЯ РИСКОМЕТРИЯ КОРОНАРНОГО РИСКА	**58**
133	ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕОРИЯ АРИТМОГЕНЕЗА ПРИ ДИСФУНКЦИИ СИНУСНОГО УЗЛА	**59**
134	ЗНАЧЕНИЕ КЛИРЕНСА КРЕАТИНИНА В ДОЛГОСРОЧНОМ ПРОГНОЗИРОНИИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST	**59**
135	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ТРОПОНИНА Т ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)	**60**
136	АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНУТРИСТЕНТОВЫХ РЕСТЕНОЗОВ ПРИ ПРОТЯЖЕННОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	**60**
137	ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	**60**
138	НЕРАСПОЗНАННЫЕ ПРИ ЖИЗНИ ПОВТОРНЫЕ ИНФАРКТЫ МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПИВШИХ В “УРАЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ КАРДИОЛОГИИ”	**61**
139	СВЯЗЬ ω-3-ИНДЕКСА ЭРИТРОЦИТОВ С СОДЕРЖАНИЕМ ω-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КАРДИОМИОЦИТАХ И ВЛИЯНИЕ НА НЕГО ПРЕПАРАТА ОМАКОР У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА	**61**
140	ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ПОДВЕРГШИХСЯ АНГИОПЛАСТИКЕ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ	**62**
141	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ КАРДИОТОНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ	**62**
142	ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КСИМЕДОНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	**63**
143	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	**63**
144	АНТИТРОМБОГЕННАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ	**64**
145	ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ КАРОТИДНОГО И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	**64**
146	ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА, ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ТЮМЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ	**64**
147	СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ	**65**
148	DEPARTURE INDEX, DEPARTURE AREA, ТОПОКАРТЫ DAZZ И ZERO ZONE ПРИ НИЖНЕБОКОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	**65**
149	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АВТОМАТИЧЕСКОГО И РУЧНОГО МЕТОДОВ РАСЧЁТА ОБЪЁМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ 64-СРЕЗОВОЙ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ	**66**
150	ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРА 2б/3а РЕЦЕПТОРОВ ТРОМБОЦИТОВ И ЧАСТОТА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	**66**
151	ГЕНОТИПИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**66**
152	КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ	**67**
153	ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА	**67**
154	ВЛИЯНИЕ ЭРГОТИОНЕИНА НА СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**67**
155	ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	**68**
156	КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	**68**
157	ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМ	**68**

158	ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ТОМСКЕ. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	**69**
159	Д.Д. ПЛЕТНЕВ О “ПСИХИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ В КАРТИНЕ ЧИСТО СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ” УРОКИ ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННОСТЬ	**69**
160	ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ	**70**
161	ПАЦИЕНТЫ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ОСОБАЯ ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	**70**
162	ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ	**71**
163	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА	**71**
164	ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. НОВОСИБИРСКА	**71**
165	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	**72**
166	ОПЕРАЦИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	**72**
167	КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОМ СТЕНОЗЕ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ	**73**
168	ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	**73**
169	ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ И ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОЙ ДВУХКАМЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ	**74**
170	ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА КЛОПИДОГРЕЛА И СОЧЕТАННОГО ПРИЕМА КЛОПИДОГРЕЛА И ОМАКОРА НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**74**
171	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА ДЛЯ КАЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КАРДИОСПЕЦИФИЧНОГО БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, В КРОВИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ РАЗВИТИЯ ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ	**75**
172	ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	**75**
173	ВЛИЯНИЕ ПОЛИМИРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO-СИНТЕТАЗЫ НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ ST НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	**76**
174	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ И НОРМОГЛИКЕМИЕЙ	**76**
175	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ И НОРМОГЛИКЕМИЕЙ	**76**
176	АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ	**77**
177	АДЕКВАТНЫЙ КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	**77**
178	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВАЖНЕЙШИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СЕЛЬСКИХ И ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНАХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	**78**
179	ЭКСПРЕСС-ТЕСТ “КАРДИО-БСЖК” ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕКРОЗА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**78**
180	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	**78**
181	ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**79**
182	ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ШКОЛЫ БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА	**79**

183	БЕТАСЕРК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	**80**
184	АФФЕКТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗЛИЧНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ	**80**
185	ПРИМЕНЕНИЕ ЛОЗАРТАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**81**
186	ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНГИОГРАФИЧЕСКИ ПОДТВЕРЖДЕННОЙ СТАБИЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ ИБС	**81**
187	ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ	**82**
188	ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**82**
189	ВЛИЯНИЕ ТИОКТАЦИДА БВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	**82**
190	МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГАЗОТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	**83**
191	ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ НА РАЗВИТИЕ И ИСХОД КОРОНАРНЫХ КАТАСТРОФ	**83**
192	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ РЕТАРД И АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**84**
193	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ РЕТАРД И РАЗЛИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ	**84**
194	ДИАГНОСТИКА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ	**85**
195	ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПОСРЕДСТВОМ ДИЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ИМПУЛЬСНОЙ ФУРЬЕ-СПЕКТРОСКОПИИ	**85**
196	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	**85**
197	ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА СО СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	**86**
198	ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЛЕПТИНА В ФОРМИРОВАНИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**86**
199	ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ МС	**87**
200	ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	**87**
201	ХОЛОДОВАЯ ПРОБА КАК ИНДИКАТОР ОРГАНИЧЕСКОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**87**
202	ВЛИЯНИЕ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА НА ТЯЖЕСТЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**88**
203	КОНЦЕНТРАЦИЯ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	**88**
204	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ	**88**
205	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	**89**
206	ПРОФИЛАКТИКА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ПРИМЕРЕ СКРИНИНГА ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА	**89**
207	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ НАЛИЧИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ Г.СУМГАИТ	**90**

208	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	**90**
209	ДИАБЕТ И ПРЕДИАБЕТ – ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ	**91**
210	ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	**91**
211	ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	**92**
212	АНТИТЕЛА К КОМПОНЕНТАМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК МАРКЕРЫ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	**92**
213	СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**92**
214	КОГНИТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	**93**
215	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	**93**
216	ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВТОРИЧНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	**94**
217	ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**94**
218	СНИЖЕНИЕ УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	**95**
219	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЛЕВОСИМЕНДАНОМ И ДОПАМИНОМ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**95**
220	БЛОКАТОР If-КАНАЛОВ ИВАБРАДИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ИНОТРОПНОЙ ПОДДЕРЖКЕ	**95**
221	ВЛИЯНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ФАТАЛЬНЫХ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	**96**
222	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМОКАРДИТА У ПОЖИЛЫХ	**96**
223	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	**97**
224	СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И β2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**97**
225	ИЗМЕНЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ВЫКУРИВАНИИ ОДНОЙ И ДВУХ СИГАРЕТ	**97**
226	ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ИНФОРМАТИВНОСТИ РАСЧЕТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТЕПЕНИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	**98**
227	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АССОЦИАЦИИ С ВЕЛИЧИНОЙ СКОРОСТИ Na+/Li+-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА	**98**
228	ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	**98**
229	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСХОДОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧИВШИХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ	**99**
230	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НЕКОМПАКТНЫМ МИОКАРДОМ	**99**
231	ЗАВИСИМОСТЬ СОКРАТИМОСТИ СЕРДЦА ОТ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	**100**
232	ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА НЕСТАБИЛЬНЫЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ПРИ ИБС (морфометрическое исследование)	**100**
233	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**101**

234	ВЛИЯНИЕ ПРЕРЫВИСТОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**101**
235	ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	**102**
236	ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ У ЖЕНЩИН	**102**
237	К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЯХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ У МУЖЧИН	**102**
238	ПРОБЛЕМЫ В ОЦЕНКЕ ЗНАЧЕНИЙ ИНТЕРВАЛА QTc ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ АВТОМАТИЧЕСКОМ СПОСОБЕ ИЗМЕРЕНИЯ	**103**
239	К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ ИЗМЕРЕНИЯ “РУЧНЫМ” СПОСОБОМ ИНТЕРВАЛА QT НА ЭКГ	**103**
240	ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНЫХ ФОРМ СТЕНОКАРДИИ	**104**
241	КОРРЕЛЯЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ И СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗУБЦА Т В ГРУППАХ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ИБС	**104**
242	ИНФОРМИРОВАННОСТЬ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	**105**
243	ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	**105**
244	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	**105**
245	СВЯЗЬ ПРЕДИКТОРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ОБЪЕМА МЫШЕЧНОЙ МАССЫ	**106**
246	ЛОГИКО-ВЕРОЯТНОСТНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ И СОЗДАНИЮ МОДЕЛИ ПРЕДСКАЗАНИЯ ИСХОДОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОБОСТРЕНИЕ ИБС	**106**
247	ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ И НЦД: ФОКУС НА ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ И ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ. ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА СТУДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Г. СТАВРОПОЛЯ	**107**
248	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ С УЧЁТОМ МАГНИЕВОГО СТАТУСА	**107**
249	ЗДОРОВЬЕ-СБЕРЕЖЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ С УЧЁТОМ МАГНИЕВОГО СТАТУСА. ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА СТУДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	**108**
250	ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ХАРАКТЕРА ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ	**108**
251	ДИНАМИКА ЭНДОТОКСИНА, ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА И sE-СЕЛЕКТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**109**
252	ПРИМЕНЕНИЕ АТОРВАСТАТИНА У ТАБАКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**109**
253	ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КАТЕХОЛАМИНОВ КАК ПРЕДИКТОР ОТВЕТА НА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**109**
254	НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	**110**
255	СМЕРТНОСТЬ И ЕЕ СВЯЗЬ С НЕКОТОРЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ	**110**
256	ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НОВЫХ СЛУЧАЕВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ	**111**
257	ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ В СВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ И СОЦИАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ	**111**
258	ПАРАМЕТРЫ ЛОКАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ И КАРОТИДНО-ФЕМОРАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ	**112**
259	ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПРОЕКТОВ РЕГИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	**112**
260	КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЙ РИСК И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ШИРОТ	**112**

261	ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК И КОГНИТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**113**
262	ВЛИЯНИЕ ВЕЛОТРЕНИРОВОК НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	**113**
263	ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГЕМОДИНАМИКА У “ЗДОРОВЫХ” СТУДЕНТОВ ВУЗа В ВОЗРАСТЕ ДО 23 ЛЕТ	**114**
264	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ПРИ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЯХ	**114**
265	НЕСТАБИЛЬНЫЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ БЛЯШКИ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ИБС	**115**
266	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕДИНФАРКТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	**115**
267	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРИЕМА АТОРВАСТАТИНА В ДВУХ ДОЗОВЫХ РЕЖИМАХ	**115**
268	ЧАСТОТА ОРГАНИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**116**
269	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РЕГРЕСС ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**116**
270	РАСПРОСТАРНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	**117**
271	АССОЦИАЦИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ У ПОЖИЛЫХ МОСКВИЧЕЙ	**117**
272	ПРИМЕНЕНИЕ АЛИСКИРЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ	**118**
273	МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	**118**
274	ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА	**118**
275	СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИТАМИН B12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	**119**
276	ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИБС	**119**
277	РОЛЬ ХИМИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**120**
278	НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	**120**
279	НАРУШЕНИЯ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ	**121**
280	СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**121**
281	СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**121**
282	АКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**122**
283	ГИПОТЕНЗИВНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕСТАНСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**122**
284	ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АМЛОДИПИНОМ И ВАЛЬСАРТАНОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	**122**
285	ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ	**123**
286	ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	**123**
287	ВЛИЯНИЕ МИОКАРДИАЛЬНЫХ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ АНТИОКСИДАНТНОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ НА ИНОТРОПНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА ПРИ ЕГО ХРОНИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	**124**

288	ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	**124**
289	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАПОЛЯРЬЯ	**124**
290	ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ	**125**
291	ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	**125**
292	АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**126**
293	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	**126**
294	ВЛИЯНИЕ ПРЕДГОРНОЙ СПЕЛЕОТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	**127**
295	ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ КУРОРТНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СПЕЛЕОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПЕЩЕРЫ “ХОДЖАЙКОН” ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	**127**
296	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	**128**
297	ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖУЛУДОЧКА	**128**
298	КЛИНИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНА МВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**128**
299	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ КОРРЕКЦИИ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ЛИЦ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**129**
300	РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	**129**
301	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ НА ПИЩЕВОДЕ	**130**
302	ЭФФЕКТ ИНГИБИРОВАНИЯ ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА НА УРОВНИ НИТРИТОВ И НИТРАТОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	**130**
303	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	**131**
304	НАРУШЕНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ, КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НЕФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ БИСОПРОЛОЛА И ЛИЗИНОПРИЛА	**131**
305	УРОВЕНЬ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО КАТИОННОГО БЕЛКА И РАЗВИТИЕ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТОВ, ПОКРЫТЫХ СИРОЛИМУСОМ	**132**
306	ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА /RANKL У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗОМ ДВУХСТВОРЧАТОГО И ТРЕХСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА	**132**
307	ВОЗМОЖНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	**132**
308	ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ	**133**
309	ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ CYP2C9 И VKORC1 У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	**133**
310	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЗАКАТАЛЬСКОГО РАЙОНА	**134**
311	ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ПРИ ПРОБЕ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ	**134**

312	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	**135**
313	РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	**135**
314	ФОРМИРОВАНИЕ “ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ” ГРУППЫ РИСКА СРЕДИ ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИТНЕСОМ	**135**
315	ИЗМЕНЕНИЯ В ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПРОИЗОШЕДШИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	**136**
316	ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ	**136**
317	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТЕРСС У РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА	**137**
318	СРЕДНЕСРОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА	**137**
319	ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**138**
320	СОСТОЯНИЕ БЕТА-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ И АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**138**
321	ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ФЕРМЕНТУРИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**138**
322	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ЖЕНЩИН	**139**
323	СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**139**
324	ИММУННЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**140**
325	ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК-ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	**140**
326	ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ-ПРЕДШЕСТВЕННИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**140**
327	ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	**141**
328	ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСЦИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ТОНОМЕТРОВ ВЫСОКОЙ ТОЧНОСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОГО ИНДЕКСА ПРИ СКРИНИНГОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	**141**
329	ВИТАМИН Д, СЕРДЦЕ И КОСТНАЯ ТКАНЬ НА ПРИМЕРЕ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА	**142**
330	ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СНИЖАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ РАННИХ СРОКАХ НАЗНАЧЕНИЯ ТРАЙКОРА	**142**
331	ОПЫТ СОЧЕТАННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА И NTproBNP У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	**142**
332	ФАКТОРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА	**143**
333	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА В ВОЗРАСТЕ 20-59 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г.СУМГАИТ	**143**
334	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕАБИЛИТАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**144**
335	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	**144**
336	СРАВНЕНИЕ КАРДИО- И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ	**145**
337	ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРЦА МАТЕРИ, ПОЧЕЧНОЙ И СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕСТОЗА	**145**

338	МНЕНИЕ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА СРЕДИ ТЮМЕНСКИХ МУЖЧИН С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	**146**
339	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАССЫ ТЕЛА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**146**
340	ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	**146**
341	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ МУЖСКОГО ПОЛА	**147**
342	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ НА ФОНЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	**148**
343	НАТРИЙУРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**148**
344	РОЛЬ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КАМЕР СЕРДЦА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**148**
345	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КИСЛОТОЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	**149**
346	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИКОПИНА И РЕСВЕРАТРОЛА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ	**149**
347	ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	**150**
348	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**150**
349	ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**150**
350	УРОТЕНЗИН-II В КРОВИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	**151**
351	ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ	**151**
352	СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АД И ЭКГ У ПОДРОСТКОВ	**152**
353	ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМИТИРОВАННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ВЫПОЛНЕННОЙ ВРАЧАМИ КАРДИОРЕАНИМАЦИОННОГО БЛОКА, У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**152**
354	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ	**152**
355	КАРОТИДНЫЙ И КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	**153**
356	РАССТРОЙСТВА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ	**153**
357	РАССТРОЙСТВА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ – ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗВЕНО СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	**154**
358	СООТНОШЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**154**
359	ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: ПРЯМОЕ СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ АСПИРИНОМ И КЛОПИДОГРЕЛЕМ	**155**
360	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**155**
361	ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА	**156**
362	ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО И ТУБУЛЯРНОГО АППАРАТА ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**156**

363	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ ЧАГАСА В ЭКВАДОРЕ	**156**
364	ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	**157**
365	ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ ТЯЖЕЛОЙ ЦЕПИ β-МИОЗИНА У БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	**157**
366	ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА β2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И РЕЗИСТЕНТНЫХ К ТЕРАПИИ β-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ	**158**
367	ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УДЕРЖАНИЯ СИНУСНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**158**
368	СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕНТАЛЬНЫМ СТРЕССОМ	**159**
369	РОЛЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ПРОАРИТМИЧЕСКОЙ НАСТРОЕННОСТИ МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДИКТОРАМИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ	**159**
370	МОРФОТИП АУТОРОЗЕТОК В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**159**
371	ПАРАМЕТРЫ РИГИДНОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**160**
372	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**160**
373	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ С УРОВНЕМ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ	**161**
374	ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	**161**
375	ВЫЯВЛЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ПОЖИЛОГО МУЖЧИНЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	**161**
376	ПОЛИМОРФНЫЙ МАРКЕР TRP719ARGREHA KIF6 АССОЦИИРУЕТСЯ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ИБС	**162**
377	ДИНАМИКА ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ	**162**
378	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕРЕНИЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОБОСТРЕНИЕ ИБС	**163**
379	СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	**163**
380	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕХЛЕТНЕЙ АКТИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ЛИЗИНОПРИЛ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**163**
381	ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**164**
382	ХАРАКТЕР РЕАКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ	**164**
383	СВЯЗЬ ЭРИТРОЦИТАРНОГО ГОМЕОСТАЗА С ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕГОМОГЕННОСТЬЮ МИОКАРДА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	**165**
384	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ИНСУЛЬТОВ	**165**
385	КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	**166**
386	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПОДВЕРГШИХСЯ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОГРАФИИ	**166**
387	ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЕ ПЕПТИДЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**166**
388	КОРРЕКЦИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**167**
389	ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА	**167**

390	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ПРИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	**168**
391	ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИЛИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	**168**
392	ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ МОРФОЛОГИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИССИНХРОНИЗМА ПРИ ПОСТИНФАРКТНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**169**
393	ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	**169**
394	АКТИВНОСТЬ ОСЦИЛЛЯТОРОВ В РИТМЕ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ТИЛТ-ТЕСТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**169**
395	КОНТРОЛИРУЕМАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ОБЛУЧЕНИЮ	**170**
396	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**170**
397	К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ И АЛЕКСИТИМИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА	**171**
398	УРОВНИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	**171**
399	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	**171**
400	САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ: АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМИОДАРОНА	**172**
401	ОСОБЕННОСТИ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**172**
402	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЫСОКОГО РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АСПИРИН-ЗАВИСИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	**173**
403	СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ (IL-1B, TNF-A, IL-6) И РАСТВОРИМЫХ РЕЦЕПТОРОВ К НИМ (SRP55 TNF-A, SR IL-6) У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С СИНДРОМОМ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ	**173**
404	ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНСУЛИНА С МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ	**173**
405	ВЛИЯНИЕ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**174**
406	НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT И ЕГО ПРОИЗВОДНЫХ ПРИ ВРЕМЕННОМ АНАЛИЗЕ КОРОТКИХ ЗАПИСЕЙ ЭКГ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ	**174**
407	ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДОПАМИНА С ПЕТЛЕВЫМИ ДИУРЕТИКАМИ В ПОЧКЕ КРЫС С МОДЕЛЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**175**
408	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**175**
409	ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**176**
410	ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	**176**
411	СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	**176**
412	ХАРАКТЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСТИНФАРКТНОГО ГЕНЕЗА	**177**
413	СОДЕРЖАНИЕ НАТРИЯ В ПЛАЗМЕ У ДОНОРОВ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**177**
414	СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ЭГБ) У РОЖЕНИЦ И БЕРЕМЕННЫХ	**178**
415	НЕИНВАЗИВНОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЕ КАРТИРОВАНИЕ СЕРДЦА И ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЙ	**178**

416	ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ХОДЕ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	**179**
417	СОПОСТАВИМОСТЬ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА СО СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА	**179**
418	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИВАБРАДИНА В ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЖЕНЩИН	**179**
419	ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ	**180**
420	АНАЛИЗ КАРДИО-РЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, С УЧЕТОМ ВИДА КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	**180**
421	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА	**180**
422	ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КАЛЬЦИНОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	**181**
423	СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ МИОКАРДА ОВАРИОЭКТОМИРОВАННЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**181**
424	РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	**182**
425	ТЕХНОЛОГИЯ ПОДДЕРЖКИ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ УЧЕСТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, КОМПЕНСАТОРНЫЕ, ЗАЩИТНЫЕ И ГОМЕОСТАТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ	**182**
426	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ	**183**
427	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ДЖЕНЕРИКА ВАЛСАРТАНА ВАЛЗ® И ОРИГИНАЛЬНОГО ВАЛСАРТАНА ДИОВАН® В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ ИЛИ В КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРОТИАЗИДОМ И БИСОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПРЕТОНИЕЙ I-II СТЕПЕНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**183**
428	ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ПРИВЫЧНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	**184**
429	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И СРАВНЕНИЕ ОБЩЕПРИНЯТЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ	**184**
430	ПОГРАНИЧНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ	**184**
431	ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА	**185**
432	БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	**185**
433	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДЕАДАПТАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ	**186**
434	ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ И ВЗАИМОСВЯЗИ БИОХИМИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЭКСКРЕЦИИ АЛЬБУМИНА	**186**
435	К ВОПРОСУ О ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У СТУДЕНТОВ	**187**
436	АРИТМИИ СЕРДЦА В ЦИКЛЕ СОН-БОДРСТВОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЛЁГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	**187**
437	РЕОПНЕВМОГРАФИЯ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ	**187**
438	ИЗ ИСТОРИИ О ВТОРИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЯХ	**188**
439	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НОВОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	**188**
440	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ НА ПОСТСТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**189**
441	ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ И СИСТЕМЫ NO ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ПОСТИНФАРКНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ	**189**

442	НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**189**
443	СКРЫТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРЕДИКТОР ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	**190**
444	АССОЦИАЦИЯ ОНП МАРКЁРОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТЬЮ	**190**
445	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**191**
446	КАРДИОМИОПАТИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	**191**
447	ДИНАМИКА МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И ПАТТЕРН КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕКУЩИМ ИНТРАКОРОНАРНЫМ АТЕРОТРОМБОЗОМ	**192**
448	ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ПО ДАННЫМ ПРЕКАРДИАЛЬНОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА)	**192**
449	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НОЛИПРЕЛОМ А ФОРТЕ И ВАЛСАФОРСОМ С ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**193**
450	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ОМАКОРОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	**193**
451	ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСГОСПИТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ИСХОДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМ РИСК-СТРАТИФИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	**193**
452	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛ/ АМЛОДИПИН В ЛЕЧЕНИИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	**194**
453	ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	**194**
454	КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	**195**
455	ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В ЭРИТРОЦИТАХ И ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	**195**
456	НЕКОТОРОЕ КОРРЕГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПРАЗОЗИНА НА ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНУЮ ОСЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ	**195**
457	ОЦЕНКА ДОЗАЗАВИСИМОГО ЭФФЕКТА СТАТИНОВ НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МУЖЧИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	**196**
458	ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕВЕРО-КАВКАЗСКОМ РЕГИОНЕ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ С ИБС	**196**
459	ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	**197**
460	ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	**197**
461	СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	**197**
462	КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИННОВАЦИОННОГО ФИБРИНСЕЛЕКТИВНОГО ТРОМБОЛИТИКА – ФОРТЕЛИЗИН®	**198**
463	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО И РЕНАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СД 2 ТИПА	**198**
464	РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ: РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В ГОРОДЕ ТОМСКЕ	**199**
465	ИССЛЕДОВАНИЕ “ПРОГНОЗ-ИБС”: ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВКЛЮЧЕННЫХ В РЕГИСТР ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	**199**
466	ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗНАНИЙ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	**199**

467	ОЦЕНКА СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**200**
468	РОЛЬ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ И СВЯЗАННЫХ С НИМИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ СИГНАЛЬНЫХ КАСКАДОВ В РЕГУЛЯЦИИ УСТОЙЧИВОСТИ СЕРДЦА К ДЕЙСТВИЮ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ	**200**
469	ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ЭЛЕКТРОЛИТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**201**
470	ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С БЕЛКОВЫМ И УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	**201**
471	АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА И ЛИПИДОГРАММОЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРЛИПОПРОТЕИНЕМИЯМИ	**202**
472	СООТНОШЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ И ПОТРЕБЛЕНИЯ КИСЛОРОДА У МОЛОДЫХ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**202**
473	ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВОЗВРАТНОЙ (ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ) СТЕНОКАРДИЕЙ	**203**
474	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИЙ ЭНАЛАПИЛА И АМЛОДИПИНА, ВАЛСАРТАНА И АМЛОДИПИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ II-III СТЕПЕНИ	**203**
475	СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В КРОВИ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ	**204**
476	НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ	**204**
477	ЦИТОАРХИТЕКТОНИКА И АГРЕГАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЭНАЛАПРИЛ	**204**
478	МИКРОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ АТОРВАСТАТИНА	**205**
479	ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**205**
480	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК ПРЕДИКТОРА КРАТКОСРОЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ AL-АМИЛОИДОЗЕ	**205**
481	НЕОБХОДИМОСТЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	**206**
482	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА НОЛИПРЕЛ И НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**206**
483	ПРЕДСКАЗАНИЕ ОТВЕТА НА РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ 3D-ЭХОКАРДИОГРАФИИ	**207**
484	ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИЗИСА	**207**
485	ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ ФОРМЫ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У НОСИТЕЛЕЙ МУТАЦИЙ ГЕНОВ LDLR И АРОВ	**208**
486	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ХМАО-ЮГРЕ, 2008-2010 ГГ	**208**
487	ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ПРОБЕ С ФИКСИРОВАННЫМ ДЫХАНИЕМ	**208**
488	АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**209**
489	ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИИ АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ (5-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	**209**
490	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	**210**

491	ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	**210**
492	АССОЦИАЦИЯ ГЕНА K2960N МИОСПРИНА С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА И КРУПНЫХ АРТЕРИЙ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	**211**
493	АССОЦИАЦИЯ C677T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТ-РЕДУКТАЗЫ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И РАЗЛИЧНЫМИ ЕГО КОМПОНЕНТАМИ В КЫРГЫЗСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ	**211**
494	ВЛИЯНИЕ ДИЕТЫ И РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА НА ГЕМОДИНАМИКУ И ВЕС У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА	**211**
495	АНАЛИЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**212**
496	РОЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	**212**
497	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ИБС НА РЕЖИМ ИНТЕНСИВНОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ	**213**
498	ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ	**213**
499	АНТАГОНИСТЫ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА: КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ	**213**
500	УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	**214**
501	ВЛИЯНИЕ АД НА СТЕПЕНЬ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ МОНИТОРИРОВАНИИ АД И ЭКГ	**214**
502	ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПОСЛЕ МНОЖЕСТВЕННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ)	**215**
503	ВЗАИМОСВЯЗЬ КОРРИГИРОВАННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ИНТЕРВАЛА QT И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q	**215**
504	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И РИСК РАЗВИТИЯ ИЛИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ИНДИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	**215**
505	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИЦ С АГ В ПОПУЛЯЦИИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ 20-59 ЛЕТ	**216**
506	СОДЕРЖАНИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КРОВИ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ	**216**
507	ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ СВЕРХМАЛОЙ ИНДУКЦИИ НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ	**216**
508	АНАЛИЗ ПРОФИЛЯ МЕТИЛИРОВАНИЯ ДНК В ТКАНЯХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ЧЕЛОВЕКА	**217**
509	НАРУШЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДОВ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**217**
510	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА	**218**
511	ВЛИЯНИЕ IF-ИНГИБИТОРОВ И БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**218**
512	ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ВАЗОКОНСТРИКТОР ЭНДОТЕЛИН-1 И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**219**
513	ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И БЕЗ НЕГО	**219**
514	ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ СТАТИСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ	**219**
515	ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	**220**

516	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**220**
517	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	**221**
518	ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**221**
519	ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА, СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В КАВЕРНОЗНЫХ АРТЕРИЯХ И ПОЛОВАЯ ФУНКЦИЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МОНОТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И КАРВЕДИЛОЛОМ	**222**
520	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА	**222**
521	ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ	**223**
522	ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	**223**
523	РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА M235T ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД	**223**
524	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ВЫСОКОСТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ	**224**
525	ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И КОЛИЧЕСТВА ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД	**224**
526	НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ	**225**
527	ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕСТАРИУМОМ А НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**225**
528	ЗНАЧИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НОРМОГЛИКЕМИИ НАТОЩАК	**226**
529	ВОЗМОЖНОСТИ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ОСНОВАНИИ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И МИКРОВОЛЬТНОЙ АЛЬТЕРНАЦИИ ЗУБЦА Т	**226**
530	ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АССОЦИАЦИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	**227**
531	К ВОПРОСУ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ	**227**
532	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ	**227**
533	ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИНГА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	**228**
534	ОЦЕНКА РАДИАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И СКОРОСТИ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ МЕТОДОМ X-STRAIN	**228**
535	ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	**228**
536	ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ: ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ	**229**
537	ДИСБАЛАНС ЦЕНТРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**229**
538	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЖИЗНЕОПАСНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА R-R ИНТЕРВАЛА	**230**
539	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИКА РОТОКИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**230**
540	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**231**

541	ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СОСТОЯНИЕ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	**231**
542	ПАЦИЕНТ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ПРОГНОЗ ТЕРАПИИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ НА СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	**232**
543	ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	**232**
544	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ	**232**
545	ФАКТОРЫ РИСКА, ФОРМИРУЮЩИЕ СУММАРНЫЙ КОРОНАРНЫЙ РИСК У ЛИЦ МЛАДШЕ 40 ЛЕТ (по результатам Центра Здоровья)	**233**
546	РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЖЧИН СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ (5 летнее наблюдение)	**233**
547	ЭФФЕКТИВНОСТЬ “ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ” В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ	**234**
548	КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ (по данным Центров здоровья)	**234**
549	ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	**235**
550	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕМБРАНЫ КЛЕТКИ	**235**
551	АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОФИСНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В МУЖСКОЙ КОГОРТЕ	**235**
552	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	**236**
553	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ	**236**
554	СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ АРИТМИЙ И БЛОКАД У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА	**236**
555	МАРКЕРЫ РАННИХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	**237**
556	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТРЕДМИЛ ТЕСТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ	**237**
557	ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ МАКРО- И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	**238**
558	ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЛОКАДЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ КВИНАПРИЛОМ И ТЕЛМИСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ	**238**
559	НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА МЕТОДА РАДИОЧАСТОТНОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ АГ	**239**
560	ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК – ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	**239**
561	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**239**
562	КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	**240**
563	АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОРОНАРНЫМ СТЕНОЗОМ	**240**
564	МОНИТОРИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА	**241**
565	КОРОНАРНАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (КБС) И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ – АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА	**241**
566	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	**242**

567	ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	**242**
568	ПАЦИЕНТЫ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	**242**
569	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У СЛУЖАЩИХ “СЕВЕРО-КУЗБАССКОЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ”	**243**
570	ОСОБЕННОСТИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ	**243**
571	РОЛЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ИНИЦИИРОВАНИИ СРЫВА РИТМА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	**244**
572	ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТРЕСС-ЭХОКГ У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	**244**
573	СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**245**
574	ОДИН ИЗ ВОЗМОЖНЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА	**245**
575	ДИНАМИКА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА	**245**
576	СЫВОРОТОЧНЫЙ ЦИСТАТИН С КАК МАРКЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА	**246**
577	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС И БЕЗ ИБС ПРИ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС – ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ	**246**
578	ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА S-T В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ	**247**
579	ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА	**247**
580	КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	**248**
581	ТУРБУЛЕНТНОСТЬ ЧСС В ОЦЕНКЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИБС	**248**
582	ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	**248**
583	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭГИТРОМБА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	**249**
584	ВАЛСАФОРС (ВАЛСАРТАН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	**249**
585	ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС	**249**
586	ВОЗМОЖНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	**250**
587	ВЛИЯНИЕ ТАУРИНА НА СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	**250**
588	ВЛИЯНИЕ ФЕНАЗЕПАМА В СУТОЧНОЙ ДОЗЕ 1 МГ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА	**251**
589	ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**251**
590	ВЗАИМОСВЯЗЬ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СО ЗНАЧЕНИЯМИ ТРАНСФЕР-ФАКТОРА И ТРАНСФЕР-КОЭФФИЦИЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**252**
591	КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**252**
592	МАСКИ СИСТЕМНОГО AL АМИЛОИДОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА КАРДИОЛОГА	**253**
593	ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ОМАКОРОМ И СЕЛЕКТИВНЫМИ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ ОТ НАЛИЧИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ АРИТМИЕЙ	**253**

594	ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**254**
595	ПРОБЛЕМА НАЗНАЧЕНИЯ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ ИБС ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ	**254**
596	УРОВНИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	**254**
597	РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ	**255**
598	ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ	**255**
599	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ОЖИРЕНИИ	**255**
600	ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ КОМБИНАЦИИ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ И КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ	**256**
601	КАК ЧАСТО ВЫЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	**256**
602	СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**257**
603	ИЗМЕНЕНИЕ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ВЕСА СЕРДЦА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СТРУКТУР ОРГАНА НА РАННИХ ЭТАПАХ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА	**257**
604	К ВОПРОСУ О ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА	**258**
605	К ВОПРОСУ О НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	**258**
606	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРВОЛЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**258**
607	ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД И СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И КАНДЕСАРТАНОМ	**259**
608	ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И КАНДЕСАРТАНОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**259**
609	ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА АПФ ПЕРИНДОПРИЛА НА СИСТЕМНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	**260**
610	ПАРАМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛАСТИЧНОСТИ АРТЕРИЙ	**260**
611	ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО КУРСЫ АДАПТАЦИИ К ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ	**261**
612	СОДЕРЖАНИЕ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЧАСТОТОЙ ПАРОКСИЗМОВ	**261**
613	СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН С ПРИОБРЕТЁННЫМ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ	**261**
614	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	**262**
615	ДИНАМИКА АЛЬБУМИНУРИИ И ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА	**262**
616	КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТРАНЗИТОРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**263**
617	ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ	**263**
618	РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ	**263**
619	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ И РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**264**
620	МУТАЦИИ В ГЕНЕ HFE ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**264**
621	СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН	**265**

622	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У МУЖЧИН СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ	**265**
623	ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	**266**
624	РОЛЬ НАРУШЕНИЙ НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ	**266**
625	МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В КОРРЕКЦИИ ГИПОДИНАМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	**266**
626	ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕНЗА НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ, АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**267**
627	ЗАВИСИМОСТЬ ВЕРОЯТНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 ОТ АКТИВНОСТИ ФИБРИНОЛИЗА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОТ 55 ЛЕТ И СТАРШЕ	**267**
628	ВЛИЯНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	**267**
629	ПАРАТИРЕОИДНЫЙ ГОРМОН, МИОКАРД И КОСТНАЯ ТКАНЬ НА ПРИМЕРЕ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА	**268**
630	КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**268**
631	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БЕТАКСОЛОЛА (ЛОКРЕНА) В ЛЕЧЕНИИ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ	**269**
632	НАРУШЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕЗЕРВА И КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГБ И КОРРЕКЦИЯ ЭПРОСАРТАНОМ	**269**
633	ГРИПП У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: ГЕМОДИНАМИКА ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ И В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ	**270**
634	СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И БЕЗ ТАКОВОГО	**270**
635	МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	**271**
636	ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ ST	**271**
637	РОЛЬ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЮНОШЕЙ	**271**
638	РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	**272**
639	АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СКРИНИНГОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕНТАЛЬНЫМ СТРЕССОМ	**272**
640	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ АКТИВИРОВАННОГО ТРОМБИНОМ ИНГИБИТОРА ФИБРИНОЛИЗИНА И СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	**273**
641	ЖЕСТКОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АГ ЖЕНЩИН С КОНЦЕНТРИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЖ	**273**
642	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ВЕГЕТАТИВНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ХОЛОДОВОГО СТРЕССА	**273**
643	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНГИОПЛАСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ КОРОНАРНЫХ ОККЛЮЗИЙ ПРИ ОДНОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И НИЗКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССАХ СТЕНОКАРДИИ	**274**
644	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МОНОТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛОМ И КОРДАРОНОМ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	**274**
645	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ	**275**
646	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	**275**
647	ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА	**276**

648	ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	**276**
649	НАРУШЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ	**276**
650	ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НА ФОНЕ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ И ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ	**277**
651	ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	**277**
652	РАЗЛИЧИЯ ПО ПОЛУ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА	**278**
653	“ГИПЕРТОНИЯ БЕЛОГО ХАЛАТА” У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**278**
654	ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	**279**
655	БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ СОСУДОВ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**279**
656	СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И ПАТТЕРН КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	**279**
657	РОЛЬ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ОКАЗАНИИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**280**
658	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ОБОЗНАЧЕННЫХ В МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОМ СТАНДАРТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	**280**
659	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**281**
660	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХРОМА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА	**281**
661	К ОЦЕНКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**282**
662	ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ, НАЗНАЧАЕМОЙ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	**282**
663	МИОКАРДИАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СИНДРОМОМ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**283**
664	МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИХ СВЯЗЬ С ГЕТЕРОГЕННОСТЬЮ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	**283**
665	ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У МОЛОДЫХ МУЖЧИН НА РАННИХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ	**283**
666	ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОЖИРЕНИЕМ	**284**
667	ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФУНКЦИЮ МИОКАРДА	**284**
668	СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	**285**
669	АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	**285**
670	ВЗАИМОСВЯЗИ “СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА” С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА	**285**
671	РАЗЛИЧИЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О НАЛИЧИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКИХ И ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	**286**
672	ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ ЖИТЕЛЕЙ НЕКОТОРЫХ РАЙОНОВ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	**286**

673	РОЛЬ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	**287**
674	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОНИЖЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	**287**
675	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ С ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	**288**
676	ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СИСТЕМНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МАРКЕРОВ С ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	**288**
677	ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА “ИНТИМА-МЕДИА” У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**288**
678	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА РЕНИНА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УЧЕТОМ ФЕНОМЕНА СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ	**289**
679	ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**289**
680	ОЖИРЕНИЕ – ЗАЩИТА ОТ ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ ИЛИ ФАКТОР РИСКА?	**290**
681	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПАРАМЕТРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**290**
682	ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И БОЛЬШОЙ ДЕПРЕССИИ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ	**291**
683	ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН	**291**
684	ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАНИЯ ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ	**291**
685	СЕЗОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ	**292**
686	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ И ПЕЛОИДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	**292**
687	ТЕЧЕНИЕ ХСН У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ	**293**
688	НЕКРОЗ КАРДИОМИОЦИТОВ, КАК МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ	**293**
689	ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ С ООУК В РАЗНЫЕ СРОКИ С МОМЕНТА ЗАБОЛЕВАНИЯ	**293**
690	МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ТЕРАПИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ	**294**
691	СТРУКТУРА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КОНТРАКНОЙ СЛУЖБЫ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ	**294**
692	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЙ СТАДИИ	**295**
693	ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ДИССИНХРОНИЯ ПРИВОДИТ К УХУДШЕНИЮ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АПИКАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**295**
694	РАЗМЕРЫ СЕРДЦА И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ОДНОСОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА	**295**
695	ИСТОЧНИКИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО ОТДЕЛА ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА	**296**
696	КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОЛМЕСАРТАНОМ И ЛЕРКАНИДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	**296**
697	ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**297**
698	ЭМПАТИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ	**297**

699	ВЛИЯНИЕ ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТА К БОЛЕЗНИ НА ХАРАКТЕР ЕГО ОБЩЕНИЯ С ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОК С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**298**
700	К ВОПРОСУ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПОСТОЯННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И БЕЗ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	**298**
701	ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	**298**
702	РАЗЛИЧИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ В СРАВНЕНИИ С ЛОЗАРТАНОМ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН	**299**
703	ВЗАИМОСВЯЗЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	**299**
704	ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА	**300**
705	ПУТИ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ	**300**
706	ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЛИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ	**301**
707	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕКОРОНАРНЫХ СОСУДИСТЫХ БАССЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	**301**
708	АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**302**
709	ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭБЕРКИНАЗЫ	**302**
710	ДИАГНОСТИКА ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К СОРЕВНОВАНИЯМ	**302**
711	СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА	**303**
712	УМЕРЕННОЕ КОГНИТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: ВЛИЯНИЕ НА ПАРАМЕТРЫ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА	**303**
713	ИЗМЕНЕНИЕ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ	**304**
714	СВЯЗЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРА-ГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ	**304**
715	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ФАКТОРЫ РИСКА У ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ МУЖЧИН	**304**
716	ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**305**
717	ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	**305**
718	СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА	**306**
719	ВЛИЯНИЕ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	**306**
720	РОЛЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**307**
721	ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	**307**
722	ПОКАЗАТЕЛЬ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	**308**
723	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ	**308**
724	ВЛИЯНИЕ КВИНАПРИЛА НА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС И ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА	**308**

725	ВЛИЯНИЕ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТА НА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС И ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА	**309**
726	ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**309**
727	ПРИМЕНЕНИЕ КРЕСТОРА У БОЛЬНЫХ ИБС	**310**
728	ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНТА И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	**310**
729	ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП В СТРУКТУРЕ ПОЛИОРГАННЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	**311**
730	МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРЕССИРИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	**311**
731	ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	**311**
732	ПРИМЕНЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	**312**
733	КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	**312**
734	ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	**313**
735	ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	**313**
736	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МАРКЕРОВ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ РИСКА	**314**
737	ОПТИМИЗАЦИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПОЧЕК У ВЫСОКОТРЕВОЖНЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**314**
738	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ДИНАМИКОЙ ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ВРЕМЕНЕМ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**314**
739	ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТ В ПАТОГЕНЕЗЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	**315**
740	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА	**315**
741	ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**315**
742	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КАРДИОЛОГИИ	**316**
743	МЕТОД УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**316**
744	ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ	**317**
745	ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ	**317**
746	ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЯКУТСКА (1986-2008гг)	**318**
747	МОДЕЛЬ ИШЕМИИ МИОКАРДА	**318**
748	ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА МНОГОКАНАЛЬНОГО ПОВЕРХНОСТНОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКИХ И НЕИШЕМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОГО ПРОВЕДЕНИЯ	**318**
749	ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	**319**
750	ДИССИНХРОНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**319**
751	РОЛЬ АДИПОКИНОВ В РАЗВИТИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	**320**

752	СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ТРАПЕДИЛ- И ПАКЛИТАКСЕЛЬ-ЭЛЮИРУЮЩИМИ СТЕНТАМИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	**320**
753	ИЗУЧЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И НЕФРОПРОТЕКТИВНЫХ СВОЙСТВ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА РЕНИНА АЛИСКИРЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**321**
754	КАРДИОГЕННЫЕ (АРИТМОГЕННЫЕ) СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ (ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)	**321**
755	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ С ПОМОЩЬЮ ОЦЕНКИ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПО СТАНДАРТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ	**322**
756	ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ И ЭКТОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**322**
757	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	**322**
758	МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**323**
759	ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА	**323**
760	АССОЦИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД С МАРКЕРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**324**
761	СКРИНИНГ НАРУШЕНИЙ СНА, ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ И СИНДРОМА АПНОЭ СНА У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	**324**
762	СВЯЗЬ ПРИЁМА АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В РАННИЙ ПЕРИОД ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМОВ СЕГМЕНТА ST С РАЗВИТИЕМ КРУПНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЗА ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	**325**
763	ТУРБУЛЕНТНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	**325**
764	ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КРОВОТОКА И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ОПЕРИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	**326**
765	АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ КАНДИДАТНЫХ ГЕНОВ СО СКОРОСТЬЮ НАТРИЙ-ЛИТИЕВОГО ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА В ПОПУЛЯЦИИ	**326**
766	ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЫБОР ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**326**
767	ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**327**
768	ПУРИНОВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННЫЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**327**
769	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА БЕЗ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**327**
770	ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**328**
771	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ С АКТИВНОСТЬЮ ВОСПАЛЕНИЯ И ВОЗРАСТОМ	**328**
772	КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	**329**
773	ПОЛУЧЕНИЕ КАРДИОМИОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА ИЗ КЛЕТОК ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ IN VITRO	**329**
774	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ПОСТУРАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ	**330**
775	ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ПОДВЕРГШИХСЯ АНГИОПЛАСТИКЕ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ	**330**

776	ВЛИЯНИЕ ТЕРМАЛЬНЫХ ВОД ЗАБАЙКАЛЬЯ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧЕЛОВЕКА	**330**
777	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ПРОГРАММЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	**331**
778	КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ПРОВОДИМОСТИ	**331**
779	РАДИОНУКЛИДНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	**332**
780	ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТРОМБОЛИТИКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**332**
781	ВИТАМИННЫЙ ПРОФИЛЬ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРОЖИВАЮЩИХ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	**333**
782	ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА, ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СТВОЛА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ	**333**
783	ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ	**333**
784	ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	**334**
785	ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ	**334**
786	Т-ЛИМФОЦИТЫ И МАКРОФАГИ В СТАБИЛЬНЫХ И НЕСТАБИЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА	**335**
787	ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ НА РИСК РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ЯЗВ СТОПЫ	**335**
788	ВЫРАЖЕННОСТЬ СОСУДИСТОГО МИКРОВОСПАЛЕНИЯ ПРИ РАЗНОМ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	**335**
789	ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СОСУДИСТОЕ МИКРОВОСПАЛЕНИЕ	**336**
790	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**336**
791	АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ	**337**
792	ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ	**337**
793	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	**338**
794	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ	**338**
795	ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ МИНИМАЛЬНОЙ ТИРЕОИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	**338**
796	ИЗМЕНЕНИЕ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОЙ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СТЕНТИРУЕМОГО УСТРОЙСТВА	**339**
797	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИЙ В ЗАПАДНОЙ СИБИРИ	**339**
798	СПОСОБ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОБИЛЬНОЙ ТЕЛЕФОННОЙ СВЯЗИ	**340**
799	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**340**
800	ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПРИБАЙКАЛЬЕ	**341**
801	КАТЕХОЛАМИНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ	**341**
802	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАРФАРИНА, ДАБИГАТРАНА И КЛОПИДОГРЕЛА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	**341**

803	ЧАСТОТА ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕМЯ СПОСОБАМИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	**342**
804	ДИНАМИКА НАЧАЛЬНОЙ ФАЗЫ ПРОЦЕССА ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**342**
805	АНАЛИЗ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ФАЗЫ ПРОЦЕССА ДЕПОЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**343**
806	ДИНАМИКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**343**
807	АНАЛИЗ АМПЛИТУДНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**344**
808	АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**344**
809	ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**344**
810	ДИНАМИКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**345**
811	ОТНОШЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИЗМЕРЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT К ДОЛЖНОМУ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**345**
812	КОРРИГИРОВАННАЯ ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST	**346**
813	ДИНАМИКА ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ ST	**346**
814	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	**347**
815	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ОСНОВЕ ДИСКРИМИНАНТНОЙ МОДЕЛИ	**347**
816	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**348**
817	МЕТАБОЛИЗМ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**348**
818	ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ИБС У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	**349**
819	МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	**349**
820	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	**349**
821	ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕЧЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ СОПУТСТВУЮЩИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СЕРТРАЛИНОМ	**350**
822	ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ НЕЛАРАБИН-СОДЕРЖАЩЕЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ	**350**
823	РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА – ПОКАЗАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ	**351**
824	ИЗУЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	**351**
825	ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ МИОКАРДИТОМ ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ	**352**
826	ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ ПРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**352**
827	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	**352**
828	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ДОЛГОЖИТЕЛЬСТВО	**353**
829	МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕГУЛЯЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	**353**
830	ВЛИЯНИЕ ЭВОЛЛЮТИВНОГО СОМАТОТИПА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ДЕВУШЕК В ПОКОЕ И ПРИ МЫШЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	**354**
831	НЕКОТОРЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ	**354**

832	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**355**
833	ГАЛЕТИН-3 – НОВЫЙ МАРКЕР ЭНДОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХСН У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	**355**
834	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНАЛАРИЛАТА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	**355**
835	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА	**356**
836	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ШКАЛА “РЕКОРД”: ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	**356**
837	ОПРЕДЕЛЕНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	**356**
838	ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТРАНСМИТРАЛЬНЫЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ПОТОК БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**357**
839	РАННИЕ ПРЕДСКАЗАТЕЛИ ОСТРЫХ ПРЕДИНСУЛЬТНЫХ СОСТОЯНИЙ У МУЖЧИН 50-59 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ВОСТОЧНАЯ ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ	**357**
840	ВЛИЯНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (25-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	**358**
841	ВЛИЯНИЕ РЕПЕРФУЗИОННОЙ СТРАТЕГИИ НА ПРОЦЕССЫ FAS – ОПОСРЕДОВАННОГО АПОПТОЗА КАРДИОМИОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	**358**
842	ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ	**358**
843	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ – ФАКТОР РИСКА ПЕРВИЧНОГО И ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА	**359**
844	ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	**359**
845	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ “ШКОЛА ГИПЕРТОНИКОВ” У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**360**
846	ИНДЕКС АСИНЕРГИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МИОКАРДИАЛЬНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ	**360**
847	АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ TIMI У ПАЦИЕНТОВ ИМЕЮЩИХ ФАКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	**360**
848	ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА, С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	**361**
849	ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	**361**
850	ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И УРОВЕНЬ NT proBNP У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	**362**
851	МЕХАНИЧЕСКАЯ ДЕСИНХРОНИЗАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИЛИ И ТЕМ И ДРУГИМ	**362**
852	ОЦЕНКА ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ В КОМПЛЕКСЕ С РЕГИСТРАЦИЕЙ КОЖНО-ГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ	**363**
853	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	**363**

Amira H Hassanein 362
Anil Verma 362
Chung-Lieh Hung 362
Eric JoseVelazquez 362
Hajime Uno 362
Jalal K.Ghali 362
Lars Kober 362
Marc A.Pfeffer 362
Mikhail Bourgoun 362
Petyaev I. 149
Robert M.Califf 362
Scott D.Solomon 362
Sung-Hee Shin 362
Абашидзе Р.И. 195, 5
Абдрахманов В.Р. 68
Абдрахманова А.И. 203
Абдуллаев А.А. 3
Абдуллаев А.Х. 13, 20, 3
Абдуллаев Н.А. 4
Абдуллаев Р.Ф. 4
Абдуллаев С.П. 263, 360
Абдуллаева Г.Ж. 324
Абдуллаева Ч. 189
Абдуллаева Ч.А. 138
Абилова С.С. 184
Абирова Э.С. 4
Абрамова А.А. 5
Абуладзе Г.В. 5
Авакова В.Э. 154
Авдеева Е.А. 74
Авдеева М.В. 6
Авдеева Н.В. 115
Авдееев А.В. 266
Авезов Д.К. 135, 263
Авчухова Л.С. 7
Агарева Т.А. 12
Агафонова Т.Ю. 7
Агеенкова О.А. 7
Аглуллина Э.И. 249
Адамчик А.С. 8
Адашева Т.В. 236, 9
Азанчевская С.В. 245
Айвазян Л.И. 9
Акбашев А.Р. 9
Акильжанова А.Р. 133, 304
Акимова Е.В. 10, 146, 291, 64
Аккиев Б.Т. 215
Аксенова Т.А. 10
Аксентьев С.Б. 198
Акулова О.А. 11
Акчурин Р.С. 335
Александри А.Л. 117
Александрова Н.Л. 11, 12
Александрова О.Л. 12
Александрович О.В. 226
Александровский А.А. 12
Алексеев Д.В. 12, 175
Алексеева Г.В. 126
Алексеева Л.А. 98
Алексеева М.А. 246
Алексеенко О.В. 318
Алескер-заде С.А. 30
Алиахунова М.Ю. 13
Алибаева Н.Т. 184
Алиева Г.Ч. 13
Алиева Т.А. 138, 263
Аликулов И.Т. 138
Алтарев С.С. 14
Аль Гальбан Н.М. 258
Аляви А.Л. 13, 307
Аминева Н.В. 40
Аминов Х.Д. 194
Аминова А.И. 120
Ангелика Поведа П. 156
Андина Л.А 85
Андреева А.А. 351
Андреева В.В. 310
Андреева Г.Ф. 14
Андреева С.Р. 130
Андреева Ю.А. 15
Андреичев Н.А. 16 , 17, 65
Андреичева Е.Н. 15
Андрейченко Т.А. 17
Аникин В.В. 18
Анисимова Е.А. 218
Аносова Е.В. 156
Ансимова О.М. 149
Антипина Н.С. 277
Антоник Е.Ю. 75
Антонов А.Б. 245
Антонов Е.К. 51, 87
Антонова Н.С. 39
Антонченко И.В. 239
Антонюк М.В. 320
Антропова О.Н. 123, 183, 19, 233, 234, 235, 265
Аппакова А.А. 349
Арабей А.А. 158
Ардашова Н.Ю. 20
Арипов Б.С. 20
Артющик В.В. 261
Арутюнян И.В. 39
Арутюнян Л.А. 60
Аршинова Н.А. 227
Асейчева О.Ю. 163
Аскаров А.Р. 21
Астахова М.А. 21
Атрощенко Е.С. 203, 294
Афанасьев Б.В. 350
Афанасьева Н.Л. 21, 239, 42
Ахмадуллина Л.Г. 192
Ахмерова Л.Г. 48
Ахметзянов В.Ф. 249
Ахметов И.И. 66
Ацель Е.А. 63
Бабаева А.Р. 180, 92
Бабкин А.П. 193
Бабунина Е.В. 22
Багатырова К.М. 9
Багликов А.Н. 22, 23
Багреева С.М. 68
Бадалова З.А. 194, 195
Бадейникова К.К. 23
Баздырев Е.Д. 72
Байбурсян Е.Д. 166
Байда А.В. 24, 261
Байдина А.С. 120, 221
Байдина О.И. 277, 278
Байрамукова А.А. 184
Байсултанова М.Б. 24
Байтуров О.Р. 271
Бакланова Т.А. 163
Бакова Д.А. 25
Бакулова В.Б. 323
Бакумов П.А. 25
Бакумова О.Р. 132
Бакумцева Л.С. 240
Баландина Ю.А. 26, 283
Баланова Ю.А. 110, 111, 117, 26, 308
Балахонова М.В. 199
Балахонова Т.В. 112, 153
Балашова Н.А. 251, 27
Балданова Т.А. 80
Балтахинова М.Е. 27, 318, 47
Барабаш Л.В. 292
Баранова О.В. 287
Баранцева Н.Г. 27
Бараташвили В.Л. 68
Барбараш Л.С. 217
Барбараш О.Л. 14, 141, 197, 198, 20, 217, 243, 254, 301, 303, 310, 33, 40, 79
Барбук О.А. 203
Баркан В.С. 163
Барсов М.И 322
Барт Б.Я. 176, 28
Барт В.А. 231, 232
Барташевич Б.И. 28
Барышников А.Г. 29
Баталин В.А. 29
Баталина М.В. 29
Батрак Г.А. 30
Батурина О.В. 75
Батюшин М.М. 180
Бахтина М.В. 152
Бахшалиев А.Б. 30
Баянова И.Л. 191
Бегдамирова А.А. 30
Бейлина Н.И. 31
Бекжанова Ж.С. 117
Бекмурза А.Б. 304
Белевцев М.В. 140
Беленькова Ю.А. 141
Белов В.Н. 150
Белова Е.А. 150
Белова Н.О 31, 154
Белозерова Н.А. 54
Белоконь Е.В. 335
Белокопытова Н.В. 199
Белолипецкая В.Г. 32
Белоногов Д.В. 168
Белоножкина М.Н. 43
Белослудцева О.Е. 32
Белькинд М.Б. 153
Берг А.Г. 222, 223, 9
Березикова Е.Н. 32
Березин И.И. 273, 355
Беркинбаев С.Ф. 116, 117
Бернс С.А. 307, 33
Бессонова Н.А. 33, 34, 359
Бешлиева Д.Д. 34
Бибарсова А.М. 34
Биккинина Г.М. 35
Билибина А.А. 329
Бичан Н.А. 275
Благодатских К.А. 162, 209
Благодырева Ю.А. 8
Бобровская Т.О. 357
Богатырева Л.М. 35
Богданов А.Р. 36
Богмат Л.Ф. 37
Богоявленская О.В. 37
Боева О.И. 37, 38
Бойко Е.В. 293
Бойцов С.А. 112, 208, 314
Бокерия Л.А. 38
Бокслер М.И. 334
Болотнова Т.В. 227
Бондарева З.Г. 39
Бондарева И.Н. 125, 39
Бондаренко Б.Б. 231, 232
Бондаренко В.С. 116, 273, 273, 51, 87
Бондаренко Л.А. 332
Бондаренко Т.В. 213
Бондарь В.Ю. 218
Борзова О.А. 89
Борисова А.А. 295
Борисова Л.В. 232
Борисова О.Н. 52, 52, 78
Боровик И.В. 40
Боровков Н.Н. 124, 40
Боровкова Н.Ю. 225, 327
Бородина В.И. 40
Бородина Г.Н. 257
Бородина М.А. 40
Бородулин В.Б. 348
Боронова В.Б. 169, 263
Боряк А.М. 42
Босых Е.Г. 132
Бочкарева Е.В. 45, 173
Бочкарева Ю.В. 41
Бредихина Е.Ю. 292
Брек В.В. 172
Брилль Г.Е. 249, 305
Британов А.Н. 211, 42
Бродская А.А. 42
Бронников С.И. 121
Брянцева Е.Н. 163
Бугаев Г.Д. 49
Бугримова М.А. 278
Будаговская З.М. 43
Буданова И.В. 43
Буданова М.В. 132
Будыкина Т.С. 215
Бузаев И.В. 139
Булашова О.В. 290, 44, 98
Булгучева З.З. 45
Бурди С.М. 17
Бурлака А.Н. 104, 174
Бурмистрова Л.Ф. 45
Бурнашкина О.Н. 162
Бурова Н.Н. 210, 295, 76
Бусарова Е.С. 52
Бутина Е.К. 45
Бухонкина Ю.М. 46

Бучнева Н.В. 46
Бушкова Э.А. 27, 47
Бушмакина А.В. 47
Бушманов А.И. 48
Бушманова Г.М. 48
Быковская Т.Ю 323
Бычина Е.С. 238
Вайханская Т.Г. 48
Валеев И.Г. 139, 222, 223, 9
Валеева Д.Д. 66
Валиахметов М.Н. 78
Валиев М.Н. 195
Ванькова Л.В. 328
Варваренко В.И. 239
Варгина Т.С. 49
Вардугина Н.Г. 49
Вартанян Е.А. 28
Васендин Д.В. 314
Василец Л.М. 283
Васильев А.П. 50
Васильев М.Ю. 225
Васильева В.П. 49
Васильева Г.Ю. 224
Васильева Е.Ю. 132
Васильева Л.В. 155
Ватутин Н.Т. 50
Вахромеева Е.В. 85
Вачёв А.Н. 72, 73
Вебер В.Р. 116, 273, 273, 51, 87
Велижанин С.И. 51
Велижанина Е.С. 118
Велижанина И.А. 118
Великова И.А. 152
Величко Н.П. 314
Веневцева Ю.Л. 52, 78
Вероника Поведа П. 156
Вершинина А.М. 52
Вершинина Е.О. 54
Вершинина Т.В. 53
Веселенко М.И 227
Веселков А.Ф. 42
Веселова С.П. 100, 115
Веселовская Н.Г. 334, 53
Веснина Ж.В. 239
Ветошкин А.С. 54
Видишева О.Н. 54
Визиренко Н.А. 193
Виноградов А.И. 273, 55
Виноградова Т.О. 168
Винокурова И.Г. 55, 56
Винтизенко С.И. 239
Виробова И.А. 335
Вистерничан О.А. 302
Витковский Ю.А. 293, 337
Водопьянов А.С. 56
Водопьянов С.О. 56
Водопьянова М.А. 56
Воевода М.И. 190, 339
Воекова Н.А. 89
Волков В.П. 56, 57
Волков В.С. 57
Волкова Э.Г. 270
Волокитин И.В. 212
Волчкова Е.А. 58
Волчкова Н.С. 63
Воробьев А.П. 48
Воробьев Р.И 58
Воробьева Е.Н. 181, 53
Воробьева Ю.А. 105, 58
Воронина В.П. 183, 199, 326
Воронина Н.А. 219
Вохидов Х.Р. 221
Втюрина Д.Н. 106
Вустина В.В. 59
Выгодин В.А. 68
Вышлов Е.В. 198, 199
Вялкина Ю.А. 59
Вятчинина С.В. 60
Габбасов З.А. 132
Габибова Т.Я. 96
Габинский Я.Л. 136, 60, 61
Гавва Е.М. 61
Гаврилова М.С. 165
Гаврилюк Е.В. 115
Гагаркина Л.С. 330, 62
Гагулин И.В. 71
Гадельшина М.Ф. 139
Гаджиев Г.Г. 62
Газизов Р.М. 31, 63
Газизова Д.Ш. 182
Газизянова В.М. 44, 98
Гайворонская Л.М. 315
Гайдукова И.З. 64
Гайдукова Н.И. 96
Гайсёнок О.В. 64
Гайсина Э.Ш. 102
Гайшун Е.И. 260
Гакова Е.И. 64
Галеева З.М. 17, 65
Галимская В.А. 228
Галин П.Ю. 253
Галиуллина Е.А. 312, 313
Галошина Е.С. 352
Гальченко О.Е. 180
Галяви Р.А. 66, 67
Галявич А.С. 66, 67
Галяутдинов Г.С. 67
Гамбарян М.Г. 68
Гамолина О.В. 204
Ганиева З.В. 223
Гапон Л.И. 277, 52, 54
Гапонова Н.И. 68
Гарганеева А.А. 227, 68, 69
Гарганеева Н.П. 69, 70
Гареева Л.Н. 139
Гареева Н.Х. 121, 122
Гаркуша Е.С. 289
Гатина Р.Р. 74
Гафанович А.Я. 115
Гафанович Е.Я. 71
Гафаров В.В. 10, 146, 291, 71
Гафурова Р.М. 3
Геллер В.Л. 349
Гендлин Г.Е. 268
Генералов В.М. 165
Герасимов С.С. 349
Герасимова Е.Б. 72
Гераськина Л.В. 43
Германов А.В. 72, 73
Германова И.К. 73
Германова О.А. 72, 73
Гибадуллина Э.А. 264
Гизатулина Т.П. 74
Гизятуллова Р.И. 336
Гильмутдинов Р.Я. 177, 178
Гиляревский С.Р. 74, 75
Гимаев Р.Х. 165
Гинзбург М.Л. 75
Глебовская Т.Д. 295, 76
Глейкина Е.В. 29
Глик М.В. 86
Глушко Т.В. 257
Гнидкина Н.А. 95
Говорин А.В. 120, 121, 173, 173, 176, 216, 266, 293, 337, 337, 354, 355
Гоголашвили Н.Г. 110, 124, 219
Голикова А.А. 298, 76
Голованова Е.Д. 77
Головань С.А. 77, 78
Головенкин С.Е. 78
Головенко Е.Н. 34
Головкин А.С. 254
Головко Т.А. 37
Голухова Е.З. 38
Гольберг Я.С. 181
Гомова Т.А. 52, 78
Гонтмахер Д.В. 167
Гонтмахер Ю.В. 167
Гончарова Л.Н. 79
Гончарова М.В. 40
Гончарова О.Н. 323
Горбатенко Е.А. 168, 240, 360
Горбунов А.С. 200
Горбунов В.В. 10, 105, 136, 163, 169, 330, 62, 80
Горбунов В.М. 14, 4
Горбунова Е.В. 79
Гордеев И.Г. 250
Гордеева М.А. 92
Горина Л.В. 80
Горшкова Т.В. 79
Горяинова Е.В. 169
Гостева Е.В. 81
Гофман Е.А. 199, 60, 81
Грайфер И.В. 82
Грацианский Н.А. 325, 356
Грачева Ю.Н. 267
Гребенкина И.А. 82
Гребенюк С.В. 134
Гречкин В.И. 262
Гречкина Е.Р. 25
Гречушкина И.В. 262
Григорьева А.Н. 29
Григорьева О.Г. 89
Григорян Ц.А. 68
Гридасов Г.Н. 198
Гридасова Р.А. 56, 82, 83
Гриднев В.И. 340
Гриднева Е.В. 84
Гринштейн И.Ю. 85
Гринштейн Ю.И. 85
Гриценко О.В. 334, 85
Гришин В.Л. 215
Грозева Я.В. 86
Громнацкая Н.Н. 86, 87
Громнацкий Н.И. 86, 87
Громов А.А. 165
Громова Е.А. 71
Громова О.А. 87
Гронтковская А.В. 40
Гроссу А.А. 91
Груздева О.В. 310, 79
Грязнов А.В. 277
Губанова М.В. 163
Губанова О.М. 151
Губарева И.В. 166
Губин Д.Г. 54
Губкина В.А. 293
Губская П.М. 116, 273, 273, 87
Гудкова А.Я. 205, 253, 311, 350
Гуль Л.М. 48
Гулямова К.К. 88
Гуманова Н.Г. 88
Гумарова Т.Н. 225
Гундерина К.И. 257
Гуранда Д.Ф. 32
Гурина О.В. 95
Гурова А.Ю. 88
Гусаковская Л.И. 228, 89
Гусев К.В. 274
Гусева С.Л. 89
Гусейнов Г.Т. 312, 313
Гусейнова А.А. 195
Гусейнова Н.Н. 90
Гусейнова Р.Р. 4
Гуськова А.Ю. 312, 313, 90
Гущина В.М. 268
Давид Л.А. 91
Давидович И.М. 218, 55, 56
Давыдов Е.Л. 91, 92
Давыдов С.И. 92
Давыдова Т.В. 215
Дадахонова Ф.Н. 330
Даниэльс Е.В. 75
Даньшова М.С. 239
Деев А.Д. 110, 111, 117, 14, 199, 211, 26, 267, 308, 4, 42, 75, 81
Дементьева Н.В. 186, 240
Демьянкова Ю.О. 185
Демьянов С.В. 199
Денисевич Т.Л. 294
Денисов Е.Н. 92
Денисова И.Д. 139, 220
Денисова О.А. 256
Денисова Т.П. 192, 353, 353
Дергунова Е.Н. 28
Деревнина Е.С. 93
Деревянных Е.В. 152, 251, 361, 78, 93
Деревянченко М.В. 94
Деришева Д.А. 361, 94
Дешко М.С. 95
Джаиани Н.А. 95
Джалилова Д.А. 96
Джалилова Р.А. 96
Джинджолия Н.Р. 5
Джолдасбекова А.У. 304

Джукаева Х.Р. 97
Джумагулова А.С. 97
Дзизинский А.А. 169, 262, 263, 285, 328, 97
Дзюбенко Н.А. 159, 211
Дидигова Р.Т. 196, 312, 45
Димов А.С. 241
Диш А.Ю. 292
Дмитриева Н.А. 183
Добровская Т.Д. 309
Довгалевский П.Я. 340
Довгалевский Я.П. 104, 237, 264, 99
Докина Е.Д. 98
Долгова К.А. 44, 98
Долгополова Д.А. 98
Долишняя Г.Р. 11
Долотовская П.В. 192, 237, 264, 322, 82, 99
Домницкая Т.М. 99
Доний Е.А. 339
Донченко И.А. 228
Дорохова О.В. 360
Дракина О.В. 100
Драпкина О.М. 160, 255
Дробкова И.П. 100, 115
Дроботя Н.В. 101
Дроздецкий С.И. 42
Дроздов И.А. 124
Дроздова И.В. 186
Дроздова И.Н. 322
Дроздова Л.Ю. 183, 199, 326
Дружилов М.А. 160
Дубас И.О. 153
Дубачев А.А. 208
Дубовик Т.А. 101
Дубровина Е.В. 98
Дубровская О.Б. 159, 211
Дударев М.В. 102, 225
Дульский В.А. 102, 103
Дурнецова О.С. 104
Дурнова Н.Ю. 104
Дурова О.А. 105
Дыкман Л.Г. 183
Дымова Д.М. 105, 58
Дьяков А.С. 51
Дьяченко Е.В. 43
Дьяченко И.И. 91, 92
Дьячков В.А. 355
Дюжиков А.А. 180
Евгеньева А.В. 106, 118
Евдокимова М.А. 106, 163, 162, 209
Евдокимова Т.А. 135
Евсевьева М.Е. 107, 108
Евсеев М.Е. 51
Евсеева М.В. 243
Евсина М.Г. 108, 247
Егоркина Н.В. 4
Егорова Е.Н. 109
Екимова Ю.С. 39
Елисеева И.В. 109
Елисеева Н.А. 42
Ельцова М.А. 300
Емельянов И.В. 109
Еникеев Ю.В. 321
Енина Т.Н. 118
Енина Т.Н. 168, 341
Ерёмин М.В. 107, 108
Еремина Н.П. 110
Ерина А.М. 156
Ермакова Е.А. 110
Ермолин П.А. 181
Ерошкин И.А. 360
Ерченкова В.Е. 110, 111
Ершова А.И. 112, 208
Есимбекова Э.И. 133
Есин А.П. 281
Ефимова И.Ю. 113, 332
Ефимова Л.П. 112
Ефимова Н.Ю. 113
Ефимова Ю.А. 168, 360
Ефремов А.В. 32
Ефремушкин Г.Г. 113, 114, 319, 323
Жабина Е.А. 32
Жалолов Б.З. 114
Жалсараев Т.Ж. 259
Жарская И.М. 287
Жарский С.Л. 287
Жданов В.С. 100, 115, 335
Жезлова А.В. 32
Железнякова Н.А. 115, 71
Жержова А.Ю. 277
Жидкова И.И. 243
Жидулева Е.В. 132
Жижов Р.Э. 295
Жилкова Н.Н. 119
Жиляева Ю.А. 115
Жмайлова С.В. 116, 273, 273, 55, 87
Жолдин Б.К. 116, 117
Жолдина К.К. 117
Жолдыбаева Е.В. 133, 304
Жуйко Е.Н. 140
Жуков И.Н. 18
Жуков Н.И. 18
Жукова В.А. 117
Жупанова Т.С 118
Журавель М.С. 274
Журавлева А.М. 118, 341
Журавлева И.Ю. 79
Забело О.И. 318
Завадовский К.В. 182
Заводчиков А.А. 106, 118
Завьялова Е.В. 36
Загородных Е.Ю. 10
Заика С.Н. 119
Зайнуллина М.Г. 122
Зайцев Д.Н. 120, 121
Зайцева А.В. 119, 214, 305, 306
Зайцева М.Н. 42
Зайцева Н.В. 120
Закирова А.Н. 121, 122, 222, 223
Закирова Н.Л. 148
Закирова Н.Э. 121, 122, 223
Залесская Ю.В. 184
Залетова Т.С. 123
Зальцман А.Г. 123, 19, 233, 234, 265
Замазий А.Е. 151
Заманова Д.Э. 4
Замотаева М.Н. 124
Замяткина О.В. 115
Занозина О.В. 124
Запевина В.В. 227
Затейщиков Д.А. 106, 162, 163, 209, 58
Затейщикова А.А. 58
Затейщикова Д.А. 248
Затонская Е.В. 124
Захарова В.Л. 285
Захарова Е.Х. 125
Захарова О.В. 267
Звягин А.В. 150
Зелендинова А.Р. 125, 39
Земцовский Э.В. 191, 237
Зернюкова Е.А. 25
Зинин М.И. 74
Зиновьева Е.Г. 267
Зиновьева Н.А. 126
Зиновьева О.В. 7
Золоедов В.И. 315
Золозова Е.А. 141
Золотарев О.Н. 193
Золотарева Е.В. 61
Зубарев С.В. 178
Зубаровская Л.С. 350
Зубко И.Н. 150, 326
Зуева Е.Б. 88
Зуева Е.В. 240
Зуннунов З.Р. 126, 127
Зыков К.А. 132
Зыков М.В. 14, 141
Зырянов И.П. 240, 339
Зяблов Ю.И. 227
Ибатов А.Д. 128
Ибрагимова Х. 313
Иваненко В.В. 128, 156, 159, 211, 272, 308
Иванникова Л.В. 324
Иванов А.Г. 251
Иванов А.П. 129
Иванов И.В. 134
Иванов К.И. 318
Иванов К.М. 130
Иванов П.А. 163
Иванова Г.О. 242
Иванова Е.П. 128
Иванова Е.С. 129, 216
Иванова М.В. 339
Иванченко Д.Н. 130
Ивахненко И.В. 170
Ивашкин В.Т. 161
Иващенко Т.Э. 245
Ивкина В.Л. 361
Игнатьева Е.В. 83
Идрисова Е.М. 113
Ижбульдина Г.И. 131
Илов Н.Н. 131, 340
Имаева А.Э. 132
Иманкулов С.А. 311
Инарокова А.М. 196, 312, 42
Инчина В.И. 124
Иртюга О.Б. 132, 140
Ирхина Е.А. 132
Исаева В.Н. 359
Исаева Е.Н. 133
Исаева М.Ф. 4
Исайкина О.Ю. 4
Искакова А.Н. 133
Искендеров Б.Г. 43, 84
Исламова У.А. 3
Исмайлова Н.Р. 134
Исрафилов Э.Ф. 216
Ицкова Е.А. 167, 179, 185
Ишмакова Р.А. 134
Кабанова И.А. 115
Кадиева И.А. 3
Кадирова Ш.С. 135
Казакова Е.Е. 132
Казакова Т.В. 142, 268
Казанцева А.С. 74
Казанцева Л.С. 135
Казидаева Е.Н. 52
Казиева З.А. 139
Казначеева Е.И. 238
Казьмина В.Ю. 176
Калашников В.Ю. 206, 34
Калев О.Ф. 285, 356
Калинина А.М. 68
Калинина Е.А. 135
Калинина М.В. 208
Калинина С.Г. 136
Калинкин М.Н. 109
Калинкина Н.В. 50
Калинкина Т.В. 136
Каллистов Д.Ю. 137
Калмыкова М.А. 356
Калтыкова В.В. 101
Калягин А.Н. 341
Камалова Н.А. 13
Камилова У.К. 135, 138, 138, 138, 189, 263, 267, 311, 360
Камышанский О.А. 101
Канорский С.Г. 308, 309, 341, 342
Каплан М.А. 256
Капранов С.А. 215
Капустина А.В. 110, 111, 111, 117, 26, 308
Капустина Т.Е. 276
Карабаева Р.Ж. 189
Каражанова Л.К. 133
Карамова И.М. 121, 139, 139, 220
Карантыш Г.В. 130
Кардаш О.Ф. 140, 318
Карелкина Е.В. 140
Каретникова В.Н. 141
Каримова Б.Ш. 324
Карлов А.А. 141
Карлова И.Б 28
Карлова Н.А. 141
Карнаух Н.Г. 166
Карпов А.А. 321
Карпов А.М. 238
Карпова И.С. 203, 294
Карпова Н.Ю. 142, 268
Карпова Э.С. 142, 266
Карпунина Н.С. 142
Карпухина Е.О. 251
Касимов Р.А. 42
Каскаева Д.С. 143
Кастанаян А.А. 134
Касумов З.И. 30

Касумова Ф.З. 195
Касумова Ф.Н. 134, 143, 147, 195, 299, 90
Касымова Г.М. 13
Касьянова Т.Р. 180
Каткова Л.А. 264, 322
Каулина Е.М. 144
Кацюба М.В. 251, 252
Качалова А.С. 144
Качковский М.А. 148
Качнов В.А. 145
Каширина А.А. 349
Кашталап В.В. 14, 141, 198, 243
Каштальян О.А. 145
Каштанова Е.В. 339
Каюмов Р.Х. 10
Каюмова М.М. 10, 146, 291
Квактун И.В. 269
Квирквелия А.А. 195
Керимкулова А.С. 146, 184
Керимова Д.К. 147
Кетинг Е.В. 50
Килин Д.А. 148
Ким З.Ф. 249
Киприна Е.С. 33
Кириченко А.А. 148
Кириченко М.В. 135
Кириченко Н.А. 148
Киричук В.Ф. 171, 228
Кирьянова Н.В. 335
Киселев А.Р. 340
Киселева Г.И. 166, 224
Кисилев Д.Г. 58
Китаева Е.А. 149
Киталаева К.Т. 272
Климова Н.А. 63
Климова Т.В. 207
Климова Т.М. 27, 318, 47
Климовицкая Л.М. 177, 178
Клочков В.А. 149
Клушина А. 211
Кобалава Ж.Д. 215, 335
Ковалев А.В. 85
Ковалев А.С. 150
Ковалев Д.Ю. 77
Ковалев С.А. 150
Ковалевская Е.А. 181
Ковалевская Н.А. 47
Коваленко Е.В. 150
Коваленко Л.В. 133
Коваль Е.А. 150
Коваль С.Н. 151, 296
Ковальский Б.В. 218
Ковальцова К.А. 352
Ковригина М.Н. 151, 248
Кодочигова А.И. 171, 228
Кожахметова С.С. 133
Кожевникова О.В. 152, 236
Кожурина А.О. 152
Кожуховская О.Л. 76
Козаренко А.А. 334, 85
Козий А.В. 229
Козиолова Н.А. 254, 300, 47
Козицкая В.Г. 357
Козлов Е.В. 152, 93
Козлов Л.А. 178
Козлов С.Г. 132, 153
Козловский В.И. 153, 154, 243
Козырева Т.Ю. 314
Кокурина Е.В. 173, 45
Колбасников С.В. 154, 31
Колганова Э.В. 137
Колесник М.Ю. 155
Колесникова И.Ю. 170
Колесниченко Н.А. 155
Колесова Е.П. 156
Колесова Л.В. 285
Колинько Л.П. 333
Колмогоров В.Г. 181
Колмыкова Г.А. 176
Колодезникова М.Е. 49
Колодяжная О.И. 156
Колон Артеага М. 156
Колопкова Т.А. 228
Колосова Е.А. 74
Колпаков Е.В. 12
Колтунов И.Е. 26, 308
Колунин Г.В. 168 , 276
Колычева О.В. 276
Кольцов А.В. 145
Колядко М.Г. 318
Комиссарова И.Н. 157
Комиссарова С.М. 157, 158
Кондаков В.Д. 19, 232, 235
Кононов С.К. 158, 231
Конради А.О. 109, 156, 159, 211, 272
Константинов В.В. 110, 111, 117, 26, 308
Константинова О.Д. 174
Коняхина И.П. 14
Копылова Н.В. 159
Корецкий С.Н. 75
Коричкина Л.Н. 159
Корнева В.А. 160
Корнеева О.Н. 160, 161
Королева Е.Б. 179, 294, 295
Королева О.С. 162
Королева Т.В. 49
Коростовцева Л.С. 272
Коротченко Е.В. 43
Корягина Н.А. 266, 338
Косенков Е.И. 238
Косицына И.В. 95
Косматова О.В. 290, 4
Костарева А.А. 211
Костенко Н.Ф. 269
Кострикова Т.П. 332
Кострыкин М.Ю. 180
Костюкович С.В. 164
Котельников А.Е. 150
Котельникова Е.В. 142, 189, 266
Котляров А.А. 162
Кочарли М.Б. 30
Кочкина М.С. 163
Кошевая О.Д. 163
Кошелева Н.А. 163, 164
Кошелева О.А. 354
Кошкина Г.И. 142
Кощеев Ю.А. 164
Кравец Б.Б. 300
Кравченко А.Я. 261
Кратнов А.Е. 185, 22, 309
Краюшкин С.И. 170
Крестьянинов М.В. 165
Кретинина Т.И 262
Кривоногов Н.Г. 182
Кривошапкин В.Г. 27
Криночкин Д.В. 125, 168, 207, 246, 339
Криночкина И.Р. 32
Кром И.Л. 271
Крохина Е.Ю. 63
Кругленко С.С. 157
Крупнова Э.В. 157, 158
Кручинина М.В. 165
Крылов А.Л. 239
Крылова Н.С. 166
Крюков Н.Н. 166, 223, 272, 280, 72, 73
Крючков С.Г. 167
Крючкова И.В. 167
Крючкова О.Н. 167, 179, 185
Кугаевская А.А. 49
Кудашева Н.А.
Кудрявцева О.В. 7
Кудряшов Е.А. 168, 289
Кудряшова Ю.А. 168
Кузнецов А.И. 150
Кузнецов А.Н. 219
Кузнецов В.А. 10, 118, 125, 152, 168, 207, 246, 291, 306, 339, 341, 360, 51, 64
Кузнецов Ю.В. 124
Кузнецова Е.А. 8
Кузнецова Н.В. 60
Кузнецова Т.Ю. 160, 284
Кузовенкова О.Н. 79
Кузьмин А.Г. 169
Кузьмин О.Б. 175, 46
Кузьмина М.А. 109
Кузьмина О.В. 169
Кузьмина Т.М. 169, 245
Куклин С.Г. 169
Кукушкин С.К. 117, 170
Кукушкина Л.С. 332
Кулик Н.А. 55
Куликов И.В. 190, 339
Куличенко Л.Л. 170
Кульбачинская О.М. 28
Кулюцин А.В. 184
Куприянова Т.В. 303
Курако М.М. 171
Курапеев Д.И. 329
Курбанов Р.Д 215
Курбанова Д.Р. 324
Курбатова И.В. 233
Курбатова И.И. 123
Кургузикова Е.П. 242
Курочкин И.Н. 106
Кусаев В.В. 91, 92
Кутишенко Н.П. 75
Кутузова А.Э. 135
Кутюрин Г.В. 262
Кухарчик Г.А. 171, 171
Кухарчук В.В. 208, 238
Кучеренко Д.О. 172
Кучеренко О.Д. 172
Кучеров М.Г. 171, 228
Кучерявая Н.Г. 173
Кушнаренко Н.Н. 173, 337, 354, 355
Кшнясева С.К. 174
Лаврухина А.А. 106
Лазарева Е.В. 174
Ландарь Л.Н. 175
Лапидус Н.И. 35
Лапик И.А. 175
Лаптева Г.Ф. 176
Ларева Н.В. 105, 136, 176
Ларин А.Г. 74, 75
Ларина В.Н. 176
Ларина Ю.В. 177
Ларионов Б.В. 177, 178
Ласукова Т.В. 200
Латынцева Л.Д. 39
Лебедев Д.И. 332
Лебедев Д.С. 178
Лебедев И.Н. 217
Лебедев П.А. 198
Лебедева Н.Б. 20
Лебединский В.Ю. 257
Лебедь В.Г. 179
Лебедь Е.И. 179
Левашов С.Ю. 270
Левина Т.В. 97
Левитан Б.Н. 180
Левицкая Е.С. 180
Левицкий Е.Ф. 292
Левкин И.В. 53
Лекарева И.В. 180
Лелевич А.В. 164
Лельчук И.Н. 110, 111, 117, 26, 308
Лемешева Ю.В. 348
Ленцик Ю.Р. 74
Леонова Е.И. 236
Лерман О.В. 14, 183
Лещенко В.А. 53
Лещенко И.Ж. 181
Ли В.В. 9
Либис Р.А. 133, 210, 80
Лиман Т.А. 12
Лискова Ю.В. 181
Литвиненко Е.В. 156
Литвинова Н.Ш. 177
Лихачева Т.Ю. 125
Лишманов Ю.Б. 113, 182, 332
Лищук В.А. 182
Лобачёва Г.В. 182
Логачева И.В. 27
Логинова Р.Д. 89
Лойфман В.М. 46
Лоллини В.А. 244
Ломакина Н.А. 113
Лопатин Ю.М. 128, 308
Лопотовский П.Ю. 74
Лузина Е.В. 176
Луканцова О.Б.. 242
Лукеренко Е.В. 183, 233, 234

Лукина Ю.В. 183, 326
Лукша Е.Б. 32, 82
Лукьяненко Н.В. 183
Лукьянов С.А. 80
Лукьянова М.А. 70
Лукьянова М.В. 184
Лунегова О.С. 184
Лутай Ю.А. 167, 185
Лысенко А.В. 61
Лысенкова Н.О. 185
Лысунец Е.М. 186
Лысцова Н.Л. 186, 240
Лышова О.В. 187, 324
Любарт Н.И. 180
Любимцева Т.А. 188
Люсов В.А. 250
Лямина Н.П. 142, 188, 189, 266
Лямина С.В. 188
Ляпунова И.Ю. 292
Лясковец Е.Ю. 340
Мавлянов И.Р. 138, 189
Мажитов Т.М. 189
Мазаев А.П. 23
Мазаев В.П. 199, 81
Мазур В.В. 109
Мазур Е.С. 109
Мазур Н.А. 141
Маилова Н.М. 30
Майскова Е.А. 190
Майчук Е.Ю. 238
Макаров М.А. 235
Макаров С.А. 79
Макарова Л.Ф. 183, 233, 234
Макарьянц Б.Л. 271
Максакова Е.И. 114
Максимов В.Н. 190
Максимович Е.Н. 164
Максимович Н.Е. 164
Максимчук Н.С. 26, 283
Максютина О.Н. 29
Максютова Л.Ф. 191
Максютова С.С. 191, 321
Малашичева А.Б. 329
Малев Э.Г. 159, 191, 211, 237
Малева О.А. 310
Малинова Л.И. 150, 192, 237, 279, 353
Малкиман Г.Ш. 192
Малкова М.И. 44
Малых Т.В. 193
Малышев В.К. 272
Малышев П.П. 208
Малышева А.М. 199, 254, 81
Малышева Е.В. 203
Мальцева Л.С. 193
Мальцева О.В. 193
Мальчикова С.В. 194
Малютина С.К. 190, 239, 339
Мамаджанова Г.С. 194, 195
Мамамтавришвили Н.Д. 195
Мамедов И.С. 61
Мамедов М.Н. 151, 196, 23, 248, 312, 45
Мамедова Р.Н. 195
Мамонтова А.С. 197
Мампория Н.К. 248
Мамчур С.Е. 79
Маношкина Е.М. 170
Манченко И.В. 197
Мареева М.Ю. 197, 215
Маркин С.С. 198
Маркина И.Л. 183
Марков В.А. 198, 199, 257
Маркова А.В. 198
Маркова Е.В. 315, 316, 317
Мартиросян Е.Ф. 312, 313, 321
Мартынюк Т.В. 15
Марцевич С.Ю. 183, 199, 254, 326, 64, 75
Марцевич С.Ю. 81
Марченко С.П. 329, 351
Масенко В.П. 132, 15, 238
Масленникова О.М. 200
Маслов Л.Н. 200
Матвеев В.В. 155, 202, 5
Матвеева С.А. 201, 202
Матросова И.Б. 109, 89
Матюшин Г.В. 110, 124, 78
Махиянова Э.И. 66, 67
Махкамова Н.У. 282
Махмудова Х.А. 153
Махулова А.М. 298
Мацкевич С.А. 203, 294
Машков С.В. 314
Маянская С.Д 82, 203, 301, 32
Медведев И.Н. 204, 205
Медведева Е.А. 355
Медведева Т.А. 204
Межонов Е.М. 205
Мелиоранская Е.И. 205, 253
Мелкозёров К.В. 206
Мельников А.Х. 52, 78
Мельников Н.Н. 207
Мельникова Е.А. 184
Мельникова О.П. 48
Мельникова Ю.А. 206, 319
Мельниченко О.В. 219
Менджерицкий А.М. 130
Мензоров М.В. 207
Мензорова Е.Н. 207
Мерзликин Л.А. 349
Меркулова Е.В. 32
Меркулова Н.К. 109
Метельская В.А. 117, 226, 267, 88
Мешков А.Н. 112, 208
Мещерякова Д.С. 33
Милованова Е.В. 208, 7
Милькота В.А. 203
Минаков Э.В. 208, 21
Минакова Н.Э. 208
Миндиашвили М.И. 361
Минин С.М. 332
Миннетдинов Р.Ш. 66, 67
Минушкина Л.О. 209
Мирзаева С.М. 138, 189
Миролюбова О.А. 245, 246, 293
Миронова Н.А. 186
Миронова Н.Г. 334
Мирошник Е.В. 42
Мирошниченко А.И. 209, 233
Миррахимов А.Э. 184
Миррахимов Э.М. 184
Митрофанова И.С. 281
Михайлов С.Н. 210
Михайлова Е.В. 207
Михаленко Е.П. 157, 158
Михальчикова Н.А. 210
Михеев А.Л. 285
Михопарова О.Ю. 203
Мовчан Л.Н. 192
Могучая Е.В. 156, 211
Можейко М.Е. 276
Мозерова Е.М. 102, 103
Моисеева О.М. 132, 140
Мокина Н.В. 233
Мокунин А.А. 154
Молдокеева Ч.Б. 184, 211
Молокова Е.А. 305, 306
Молотилова С.А. 52
Молчанова О.В. 211
Моногарова Ю.Ю. 246
Моргунов Л.Ю. 212, 213
Мордовин В.Ф. 21, 239, 269, 42
Мордовина А.Г. 213
Мороз Н.Г. 309
Морозова Е.А. 130, 214
Морозова И.А. 12
Морозова О.И. 119, 214, 305, 305, 306
Морозова Т.Е. 104, 128, 88
Морошкин В.С. 140
Мочалова О.В. 231
Мравян С.Р. 197, 215
Муллабаева Г.У. 215
Мундоли М.Р. 215, 335
Мурашко Л.М. 290
Муромцева Г.А. 26
Мурсалов М.М. 143
Мусаева А.В. 216
Мусихина Л.П. 218
Мусихина Н.А. 240, 306
Мустафаев И.И. 222
Муталова Э.Г. 321
Муха Н.В. 120, 216, 239, 266
Мухамедрахимова А.Р. 139
Мухарлямов Ф.Ю. 129, 216
Мухортов В.В. 322
Мухортова Н.Г. 233
Мухутдинова Э.М. 326
Мясоедова С.Е. 30
Набережнова И.Г. 203
Набиев М.П. 184
Навасардян А.Р. 202
Навджуванов И. 230
Назаренко М.С. 217
Назаркина И.М. 280
Назарова А.В. 217
Назарова О.А. 135, 217, 276
Назихин К.П. 271
Нарсия Э.В. 5
Нарыжная Н.В. 200
Наумов А.Б. 329
Наумов В.Г. 238
Наумова Е.А. 298
Неаполитанская Т.Э. 218
Небайкина Е.А. 219
Небиеридзе М.И. 5
Недбайкин А.М. 110, 111
Недоруба Е.А. 218
Недошивин А.О. 231, 232
Некрасов А.А. 219
Некрутенко Л.А. 177
Нелюбина А.С. 363
Неронова К.В. 184
Нестеров Ю.И. 252
Нестерова Е.А. 219
Нестерова Н.Н. 171
Нечаева Г.И. 42
Низов А.А. 198
Никитин А.Э. 145
Никитин Е.С. 182
Никитин Ю.П. 239, 339
Никифорова О.В. 60
Николаев М.А. 121
Николаева А.В. 225
Николаева И.Е. 139, 220
Николаева И.И. 105
Николаева Л.Ю. 271
Николаева Т.О. 18
Николаенко-Камышова Т.П. 219
Никольская Е.П. 285
Никулина Г.П. 107, 108
Нилова С.А. 220
Нимаева Д.Ц. 330
Нищета О.В. 314
Новгородов А.Н. 12
Новгородцева Н.Я. 124
Новик Г.А. 311
Новиков В.Е. 290
Новиков О.М. 352
Новикова Л.Б. 220
Новожилова Н.В. 284
Номоконова Е.В. 10
Норкулова С.Ф. 194
Носенко А.Н. 142, 266
Носиков В.В. 106, 162, 209
Носов А.Е. 120, 221
Носович Д.В. 359
Нураддинов А. 221, 229, 230
Нураддинов А.Д. 230
Нурмамедова Г.С. 222
Нуров И.Х. 127
Нуртдинова Э.Г. 222, 223, 9
Обрезан А.Г. 197
Обухова О.В. 223
Обушенков С.Л. 40
Обыденникова О.Н. 223, 224
Овчинникова Т.Е. 225
Одаренко Ю.Н. 79
Одинцова Н.Ф. 225
Озерова И.Н. 226
Окишева Е.А. 226
Оконечникова Н.С. 227
Округин С.А 227, 69
Оксенчук А.Н. 358
Окунь А.М. 349
Олейник А.О. 274

Олейник Н.И. 227
Олейников В.Э. 18, 228, 89
Оленко Е.С. 171, 228
Олесин А.И. 229
Олимов Н.Х. 221, 229, 230, 352
Олихвер Ю.А. 261
Олонцева Е.В. 323
Омельяненко М.Г. 349
Онучин С.Г. 231
Онучина Е.Л. 231
Орел В.И. 6
Орел В.И. 6
Орлов П.С. 190
Орлова Е.М. 238
Орлова Л.К. 152
Орлова О.В. 231, 232
Осадчий В.А. 232
Осипов А.Г. 232, 233
Осипова В.В. 305
Осипова И.В. 123, 157, 183, 19, 209, 232, 233, 234, 235, 265
Осипова Т.В. 77
Ослина В.П. 60
Ослопов В.Н. 235, 326, 37, 44, 98
Ослопова Ю.В. 235
Осмоловская В.С. 209
Отмахов В.В. 160
Павлов А.В. 168
Павлов Л.П. 49
Павлов П.И. 320
Павлов С.В. 236
Пальцева А.Е. 152, 236
Пальшина А.М. 236
Памукчи С.В. 107, 108
Панина А.В. 237
Панкова И.А. 237
Панов Д.О. 71
Панова М.В. 321
Панченкова Л.А. 238
Парасюк Е.Г. 191
Паркина Н.Ю. 43
Партигулова А.С. 238
Пархоменко О.Н. 36
Пасько И.В. 75
Пахрова О.А. 349
Пащенко Л.С. 227
Пегова Е.В. 44, 98
Пекарский С.Е. 239
Пелешок А.С. 329
Пелло Е.В. 239
Перевалова Е.Б. 120, 216, 239, 266
Перминов М.Г. 60
Пермякова И.Н. 240
Пермякова Л.О. 49
Перова Н.В. 226
Персашвили Д.Г. 93
Перфильев А.А. 206
Першина Е.С. 296
Петелина Т.И. 186, 240
Петрищева А.В. 241
Петров В.С. 242
Петрова А.В. 241
Петрова М.М. 78, 93
Петрова М.Н. 242
Петрухин В.А. 197, 215
Петрушин И.А. 249, 305
Печерина Т.Б. 243
Печерская М.С. 243
Пикалова Н.Н. 10
Пилант Д.А. 244
Пилипецкая Е.Ю. 78
Пирогова Ю.Ю. 169, 245
Писмарева А.В. 146
Платонова Е.В. 117
Плескачев С.А. 323
Плоткин В.Я. 245
Плотникова Е.В. 245, 246
Плюснин А.В. 152, 246, 52
Пляшешников М.А. 247
Поддубная А.В. 108, 247
Поддубская Е.А. 196, 248
Подзолков В.И. 155, 202, 248, 248, 283, 304, 49, 5
Подоксенова Н.В. 256
Подольская А.А. 249
Подольская А.А. 249
Подпорин А.А. 126
Позднякова Н.А. 45
Позднякова Н.В. 213, 249, 305, 349
Позднякова Н.М. 250
Покровская Е.М. 250
Поликарпов Л.С. 251, 352, 361, 78, 93
Поликутина О.М. 251, 252
Полонская Я.В. 339
Полтавцева О.В. 252
Полунина О.С. 312, 313, 90
Полупанов А.Г. 97
Поляков М.В. 253
Полякова А.А. 205, 253
Полякова И.П. 36, 38
Полякова О.М. 253
Полянская Е.А. 254
Полянская Ю.Н. 199, 254, 81
Помешкин Е.В. 254
Помешкина С.А. 20, 254, 40
Поморцев А.В. 341, 342
Пономарев Э.А. 198
Попов С.В. 239, 54
Попова А.А. 32
Попова Е.Ю. 232
Попова И.Р. 160, 161, 161, 255, 255
Попова Н.П. 11
Попова С.Н. 52
Поповкина О.Е. 256
Попонина Т.М. 256, 257
Попонина Ю.С. 257
Поправко А.А. 243
Поправко Е.М. 257
Попушой А.А. 258
Порунова Л.П. 258
Поселюгина О.Б. 258, 57
Поскребышев В.П. 55
Посненкова О.М. 340, 348
Постнов А.Ю. 79
Потапова Е.М. 106
Потехин Н.П. 322
Потешкина Н.Г. 166, 259, 260, 96
Пошинов Ф.А. 54
Правдивцева Е.В. 260
Правдина Е.А. 235
Прасолова С.А. 288, 289
Преображенский Д.В. 17
Припачкина А.П. 300
Пристром А.М. 260
Пристром М.С. 145, 261, 261
Провоторов В.М. 261, 262
Прокопенко О.Н. 106
Пронина В.П. 215
Протасов К.В. 169, 262, 263, 285
Протасов П.А. 171
Прощаев К.И. 156
Птичкина П.А. 290
Пугаева М.О. 175
Пузанова Е.В. 162
Пузырев В.П. 217
Пулатов О.Я. 135, 138, 138, 263, 360
Пурыгина М.А. 7
Пустотина З.М. 263
Пучиньян Н.Ф. 237, 264, 82
Пушкарев Г.С. 265, 64
Пушкарева А.Э. 264
Пушкарева Е.В. 190
Пушков А.А. 162
Пчелинцева С.А. 267
Пшепий А.Р. 191
Пыко С.А. 205
Пырикова Н.В. 123, 234, 265
Пьянзина А.Г. 162
Рабко А.В. 165
Рагель А.С. 266
Рагино Ю.И. 339
Радаева Е.В. 120, 214, 216, 239, 266, 333, 333
Радаева И.Ю. 149, 340
Радионов В.В. 78
Радукан А.М. 91
Радченко Е.Н. 242
Ражева О.К. 309
Разборова И.Б. 266
Раманкулов Е.М 133
Расулова З.Д. 267, 360
Ратникова Л.А. 267
Рафальский В.В. 22, 23
Рафиков А.Ю. 66
Рахим Л.А. 116
Рахимова А.Н. 152, 236
Рахимова Р.М. 9
Рахматуллина Ю.А. 70
Рахматуллов А.Ф. 267
Рахматуллов Ф.К. 267, 332, 34, 45
Рахматуллова А.Ф. 267
Рахмонов Х.Э 352
Рачила В.С. 91
Рашид М.А. 142, 268
Ребров А.П. 163, 164, 358, 64
Реева С.В. 191, 237
Резник Е.В. 268
Резник Л.А. 296
Реминец Н.Н. 192
Реут Ю.С. 52
Решетько О.В. 82
Решина И.В. 269
Рипп Т.М. 239, 269
Роганова И.В. 270
Рогоза А.Н. 112
Рогозина Л.А. 169, 245
Родионова С.В. 99
Родичева О.А. 270
Рождественская Т.В. 271
Рожкова Т.А. 112, 208
Романенко С.В. 150, 325, 326
Романов А.И. 137, 137
Романова А.А. 133
Романова Г.Р. 271
Романова Е.А. 137
Романова Н.П. 271, 57
Романова Т.А. 97
Романчук Н.П. 272
Романчук П.И. 272
Романчук С.В. 135
Ромащенко А.Г. 190
Ростова Г.В. 323
Ростовцев М.В. 285
Росторопская В.В. 129
Ротарь О.П. 156, 159, 211, 272
Рубаненко А.О. 273
Рубаненко О.А. 148
Рубанова М.П. 116, 273, 273, 55, 87
Рублева Е.В. 214, 305
Рудаков А.В. 118
Рудакова Л.Е. 332
Руденко В.Г. 222
Рудзит С.В. 239
Рузанов И.С. 274
Рузов В.И. 165
Рункова О.М. 61
Русанова Н.Р. 92
Руцкина Е.А. 293
Рыбакова Т.А. 274, 275
Рыжкова В.В. 285
Рыжкова Н.А. 27
Рыжова Т.А. 275
Рыкова С.М. 128
Рыльский Д.С. 260
Рычков А.Ю. 118, 276, 341
Рябихин Е.А. 276
Рябов А.Е. 276
Рямзина И.Н. 266, 338
Сабанова З.Х. 25
Сабанова И.Н. 186
Сабурова О.С. 132
Савельева И.А. 125, 39, 72
Савельева Н.Ю. 277
Савина Д.А. 234
Савина Н.М. 277, 278
Савинова Е.Б. 278, 279
Савченко А.А. 85
Савченко Е.А. 251, 85
Савчук Т.Е. 306
Саджая Л.А. 279
Садреева Д.С. 280
Садыкова А.К. 63
Садыкова А.Р. 12, 281, 336
Саетова З.Г. 166
Саидзоирова М.А. 330
Саидова М.А. 15

Сайфутдинова Т.В. 63
Салаев О.С. 114
Саламатина Л.В. 208
Салаш О.Б. 77
Саликова С.П. 181, 281
Салимова Н.Р. 282
Самедов Р.И. 62
Самедов Р.Р. 62
Самиева Н.Ш. 195
Самохина Л.Ю. 323
Санбаев А.К. 274
Сапожникова И.Е. 26, 282, 283
Сарапулова О.Н. 283
Сарманов Ф.А 282
Саушкина С.В. 84
Саушкина Ю.В. 332
Сафиуллина З.М. 193, 60
Сафронова Т.А. 283
Саютина Е.В. 141
Сванадзе А.М. 260
Сдобнякова Н.С. 129
Секисова М.А. 50
Селезнев Е.И. 355
Селезнёва К.С. 284
Селезнева Н.Д. 209
Селезнева Н.М. 162
Селезнева О.М 154
Селиванова Г.Б. 259
Семененков И.И. 145, 24, 261
Семенов А.М. 198
Семенова А.Н. 24
Семенова Е.А. 261
Семенова С.В. 79
Семёнова Ф.С. 107, 108
Семернин А.Н. 349
Семернин Е.Н. 205, 253
Семухин М.В. 339
Семухина Е.Н. 32
Сенчихин В.Н. 188
Сергацкая Н.В. 228
Сергеев А.Н. 232
Сергеев И.Н. 17
Сергеева В.А. 358
Сергеева Л.А. 105
Сергеева Н.И. 262
Сергеева С.С. 284
Сергиенко И.В. 76
Серова Е.Н. 363
Сибирева В.В. 42
Сивцева И.А. 236
Сидоренко Б.А. 277, 98
Сидоров Р.В. 134
Сизова Ж.М. 285
Силаева Н.Н. 77
Силкина С.Б. 235
Симоненко В.Б. 321
Симоненко Г.В. 192
Симонова Г.И. 239
Симулин В.Н. 78
Синеглазова А.В. 285, 87
Синкевич Д.А. 285
Синьков А.В. 286, 77, 78
Синькова Г.М. 286, 77, 78
Сионина Е.В. 310
Сироткин О.Г. 6
Сироцинская Е.А. 287
Сисина О.Н. 45, 84
Скаржинская Н.С. 287
Сквиренко Т.С. 288, 303
Скибицкий В.В. 168, 288, 289, 289
Скопецкая С.А. 218
Скорятина И.А. 205
Скрипникова И.А. 290
Слепуха Е.Г. 290
Слепынина Ю.С 252, 251
Смазнов В.Ю. 291
Смакотина С.А. 125, 39, 72
Смирнова Е.А. 291, 43
Смирнова Е.В. 285
Смирнова И.Н. 292
Смирнова Л.Е. 144
Смирнова М.Д. 319
Смирнова Н.Б. 42
Смолина Н.А. 211
Соболев А.А. 299, 46
Совершаев Т.А. 293
Совершаева С.Л. 293
Сокаева З.Т. 288, 289
Сокальская Е.А. 159, 211
Соколов И.М. 115, 71
Соколова А.В. 122
Соколова Л.А. 278, 279
Соколова Н.А 293, 239
Солдатова Т.А. 228
Солиев Р.Р. 20
Солнцев В.Н. 159
Соловей С.П. 203
Соловей С.П. 294
Соловьёв О.В. 231
Соловьева К.Б. 294, 295
Соловьева Н.В. 295, 76
Сопотова И.В. 183, 234
Сорокина Л.А. 188
Сотников А.В. 34, 359
Спирина Г.А. 296
Станчева Н.В. 350
Старкова Л.А. 298
Старченко Т.Г. 151, 296
Стаценко М.Е. 317, 350
Степанова Т.И. 176
Столбова М.В. 297
Столповских Т.И. 29
Столярова В.В. 274
Стоногин А.В. 61
Сторожаков Г.И. 268
Стрекалова Л.Ф. 122
Стрельцова А.А. 205
Стрельцова Е.Н. 240
Стрельцова Н.Н. 50
Строкова Е.В. 297, 298
Стрюк Р.И. 298, 307, 46, 76, 76
Суворова А.А. 298
Суворова Д.А. 299
Суворова Т.В. 216
Сулейманов С.Ш. 96
Сулейманова Э.Л. 3
Сулимов А.В. 106
Сулимов В.А. 226, 61
Сулковская Л.С. 228
Султанаева З.В. 139
Султанова С.С. 299
Сунцов Ю.И. 151
Суровцева М.В. 300
Сухенко И.А. 116
Суховольский В.Г. 85
Сушкова И.Э. 321
Сущук Е.А. 170
Сыркина А.Г. 199
Сырова И.Д. 303
Сыродоев А.М. 300
Сыромятникова Т.Н. 335
Сюткина Е.В. 152
Тавкаева Д.Р. 301
Тавлуева Е.В. 301
Тагиева З.З. 30
Тагирова М.М. 302
Таджиева З.А. 313
Тайжанова Д.Ж. 302
Таминова И.Ф. 302
Танцура А.В. 186
Тарасов А.А. 288, 303, 92
Тарасова И.В. 303
Тарзиманова А.И. 248, 304
Тарловская Е.И. 194, 26, 282, 283, 299
Тарловский А.К. 283
Тарлыков П.В. 304
Татарова З.И. 304
Татарченко И.П. 119, 213, 214, 249, 305, 305, 306
Ташкеева Ю.В. 306
Ташкенбаева Э.Н. 307
Тектова А.С. 307
Телитченко В.Н. 327
Темирсултанова Т.Х 128, 308
Теплова Н.В. 88
Тепляков А.Т. 32, 320
Терентьев В.П. 180, 287
Терёхин С.А. 206
Терешков П.П. 173, 266
Терещенко С.Н. 68, 95, 95
Терлецкий А.В. 48
Теффенберг Д.В. 360
Тимерханова Ф.Л. 9
Тимофеев Е.В. 191
Тимофеева Т.Н. 110, 111, 111, 26, 308
Тимошенская Н.В 232
Тимошина М.А. 245
Тиньков А.Н. 174
Тирулов М.М. 96
Титков И.В. 274
Титоренко Е.С. 171
Тихонова Л.А. 279
Тишенина Р.С. 215
Ткаченко Ю.В. 186
Тодосийчук В.В. 306
Тоиров Х.К. 313
Толпыгина С.Н. 183, 199, 81
Томашевская Ю.А. 109, 89
Томилова И.К. 349
Торим Ю.Ю 32
Торчинский Е.В. 160, 161, 161
Торчинский Н.В. 255
Трактирская О.А. 9
Трапезникова А.И. 180
Трегубов В.Г. 308, 309
Трегубова Л.В. 223
Трегубова М.Г. 235
Третьяков С.В. 309
Третьякова Н.В. 52
Третьякова О.В. 152
Трешкур Т.В. 178
Трофимова Т.Г. 310
Трубникова О.А. 197, 303, 310
Труханова И.Г. 280
Трушин И.В. 285
Туев А.В. 142, 149, 177, 223, 283
Туляганова Д.К. 267
Туральчук М.В. 311
Тургумбаев Д.Д. 311
Турдиев М.Р. 311
Туркина С.В. 317
Туровец Е.М. 148
Турчин В.Н. 219
Тучин В.В. 192
Тхостов А.Ш. 363
Тыренко В.В. 145
Тыщенко И.А. 350
Тюкалова Л.И. 54, 70
Тюлякова С.Ш. 220
Убайдуллаев А.М. 127
Угурчиева З.О. 312, 45
Уклистая Т.А. 312, 313, 90
Ульянов П.А. 304
Умаров А.А. 313, 330
Умаров Х.У. 194
Умарова С.А. 313
Упоров И.В. 106
Уразалина С.Ж. 314
Урванцева И.А. 208, 7, 9
Усанова А.А. 12
Усенко А.Г. 314
Усенко Г.А. 314
Усков В.В. 315, 316, 317
Усков В.М. 315, 316, 317
Усков М.В. 315, 316, 317
Усманов Р.И. 88
Усов В.Ю. 21
Устинов С.Н. 190
Устинова О.Ю. 120
Ушакова С.Е. 86
Ушакова Т.Н. 334
Фабрицкая С.В. 317
Фаткуллина Е.З. 122
Фахретдинова Е.Р. 122, 222
Федоришина О.В. 262, 263, 285
Федорова В.И. 27, 318, 47
Федорова Е.Л. 39
Федулова Е.В. 318
Фендрикова А.В. 168, 288, 289, 289
Феофанова Т.Б. 318, 36, 38
Филиппова Е.В. 236
Филиппова О.А. 122, 220
Филиппова Т.В. 114, 206, 319, 323
Фишман А.Ю. 287, 319
Фишман Б.Б. 42

Фокина А.В. 75
Фотина О.Н. 320
Франц М.В. 320
Фрейдлин М.С. 60, 61
Фрид С.А. 321
Фрик И.В. 331
Фролов А.В. 217, 48
Фролов В.М. 321
Фролова Э.Б. 203
Фурман Н.В. 104, 192, 237, 264, 322, 82, 99
Фурса А.В. 325, 326
Фурсов А.Н. 322
Хабибуллина А.С. 264
Хаишева Л.А. 323, 327
Халикова Н.А. 330
Халиулина О.В. 257
Халтурина И.Г. 319, 323
Хамидуллаева Г.А. 324
Хамидуллина Р.М. 222
Хамитов Ф.Ф. 96
Хамитова В.М. 61
Хамнагадаев И.И. 361
Хан Мутасим Биллах 326
Ханюкова И.Я. 186
Хапугина В.А. 90
Харац В.Е. 168, 276
Харина Н.В. 324
Харлова А.Г. 114
Харчева Ю.А. 118
Харченко А.В. 115
Харченко М.С. 325
Харченко О.А. 325, 326
Харьков Е.И. 91, 92
Хасанов Н.Р. 326
Хасанова Д.Р. 326
Хатамова М.Н. 195
Хелия Т.Г. 326
Хикматуллина Л.И. 249
Хилова Л.Н. 90
Хлынова О.В. 149
Ховаева Я.Б. 335
Ходжаев А.И. 282
Ходжаев А.О., 282
Хомутинин Д.Н. 74
Хомякова Н.Г. 220
Хороводов А.Ю. 115, 71
Хоролец Е.В. 327
Хорук Л.Г. 56
Хорькина Ю.А. 327
Хорькова Н.Ю. 276
Хохлова Л.Н. 328
Храмцова Н.А. 328
Хромова Е.Б. 146
Хромов-Борисов Н.Н. 245
Хрущева О.А. 276
Хубулава Г.Г. 329, 351
Худайбердыева У.Р. 282
Худайназарова К.А. 236
Худиева Г.М. 62
Худяков А.А. 329
Худяков М.Б. 117, 151
Хурс Е.М. 108, 247
Хурсанов Н.М. 313, 330
Хусаинова Р.И. 264
Хусанов Ш.С. 114
Хуснутдинова Э.К. 264
Царегородцев Д.А. 226, 61
Царенок С.Ю. 10, 330, 62
Цветкова О.А. 88
Цибульников С.Ю. 200
Цыганкова О.В. 39
Цырендоржиева В.Б. 330
Чазова И.Е. 15
Чаиркин И.Н. 124
Чакова Н.Н. 157, 158
Чалык Н.Е. 149
Чаморовский А.Н. 118
Чаплыгин А.В. 88
Чеботарева Н.В. 157, 158
Чегодаева Л.В. 328
Чекулаева Д.Г. 12
Ченушэ О.В. 91
Чередник А.В. 121
Черкас А.П. 86
Черкашина А.Л. 331
Чернавский С.В. 322
Чернов В.И. 113, 332
Чернова А.А. 331
Черных П.В. 352
Чернышова О.Н. 332
Чернявина А.И. 300
Чернявская Г.М. 256
Чесникова А.И. 287, 319
Чигинёва В.В. 141
Чижова Г.В. 46
Чистилина А.Н. 333
Чистякова М.В. 214, 333
Чмелевский М.П. 178
Чувичкина О.В. 33
Чумакова Г.А 298, 334, 334
Чумакова Г.А. 85
Чумакова О.С. 163, 209
Чумаченко П.В. 115, 335
Шабров А.В. 229
Шаварова Е.К. 215, 335
Шаврин А.П. 335, 336
Шаврин И.В. 58
Шадрин В.В. 206
Шакиров М.Р. 282
Шалаев С.В. 21, 60
Шалаева С.С. 317
Шальнова С.А. 117, 226, 26
Шамкина А.Р. 281, 336
Шангина А.М. 337, 337
Шанина И.Ю. 338, 338
Шапилов А.В. 268
Шаповалов К.Г. 337
Шапошникова А.И. 266, 338
Шарашидзе Н.С. 195
Шарипова Л.Р. 249
Шахбиева З.Ю. 3
Шахматова К.И. 19
Шахова М.Г. 339
Шахрай Н.Б. 9
Шахтшнейдер Е.В. 339
Шварц В.А. 340
Шварц Р.Н. 131, 340
Шварц Ю.Г. 190, 198, 298, 93, 97
Швецова Е.А. 341
Шебеко П.В. 341
Шевелёв В.И. 34, 342
Шевелёк А.Н. 50
Шевченко Е.В. 362
Шевченко И.И. 342, 343, 344, 345, 346, 347
Шевченко О.В. 348
Шеина Т.В. 130
Шеинская И.М. 331
Шестопалова И.М. 349
Шефтелович Т.К. 349
Шехтер Н.М. 349
Шибаева Т.М. 45
Шилина Н.Н. 350
Шилов В.В. 318
Шилов С.Н. 32
Ширинова Т.Д. 30
Ширинова Э.А. 4
Ширяев С.Н. 350
Шитиков И.В. 274
Шихалиев Д.Р. 205
Шихвердиев Н.Н. 329, 351
Шицко С.А. 361
Шкаранда З.Г. 218
Школьник В.В. 351
Шлык С.В. 323, 327
Шляхто Е.В. 159, 178, 211, 272
Шматова С.С. 322
Шмидт Е.А. 33
Шнюков В.В. 107
Шоджонов М.М. 352
Шодиев Ж.Д. 3
Шоназаров Б.А. 355
Шостак Н.А. 142, 268
Шпак Л.В. 31, 352
Штегман О.А. 352, 78
Шувалов С.С. 353
Шульман В.А. 78
Шумакова А.С. 228
Шуркевич Н.П. 54
Шутемова Е.А. 135
Шутов А.М. 207
Щаднева С.И. 105
Щанкин А.А. 354
Щеглова Е.В. 37, 38
Щеглова Л.В. 6
Щенятская И.В. 101
Щербаков В.А. 37
Щербакова Н.В. 208
Щербакова О.А. 173, 337, 354, 355
Щетинкина И.Н. 99
Щикота А.М. 236
Щукин Ю.В. 273, 355
Элтаназаров М. 230
Элтаназаров М.Д. 355
Эльгардт И.А. 129
Эльгаров А.А. 24, 25, 302, 304, 356
Эльгаров М.А. 356
Эльгарова Л.В. 25
Эльдарова Р.А. 4
Эмомов С.Р. 355
Эрлих А.Д. 325, 356
Эфрос Л.А. 356
Юбицкая Н.С. 320
Юдаева Ю.А. 130
Юдина Н.В. 357
Юлдашев С.С. 357
Юлдошев Э.Ч. 221, 229, 230, 230
Юрьева Н.М. 292
Юрьева.С.В. 358
Юсупов Ш.Ш. 307
Юсупова Е.Ю. 333
Ягизарова Н.М 4
Якимова О.И. 120
Якимова О.И. 221
Яковенко Е.И. 196
Яковлев В.Б. 360
Яковлев В.В. 33, 34, 359
Яковлева А.С. 358
Яковлева Е.В. 11, 358
Яковлева О.И. 159
Яковлева С.В. 60
Якупов И.Ф. 67
Якупова С.П. 359
Якушин С.С. 242, 291
Ярмухамедова Д.З. 360
Яровова Е.С. 134
Ярославская Е.И. 360
Ярош В.Б. 360
Яруллина Г.К. 220
Яруллина Л.И. 235
Яскевич Р.А. 251, 361, 93
Яхонтов Д.А 362, 105, 361, 94