



Правительство города Москвы
Департамент здравоохранения



МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ

14—15 июня 2012 г, г. Москва

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Генеральные спонсоры:

АстраЗенека

Райфарм

Пфайзер

Санофи

Филипс

Главные спонсоры:

Новартис

Сервье

Фармстандарт

Спонсоры:

Берингер Ингельхайм

Джонсон и Джонсон

001 ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА – РАЗРЫВ МИОКАРДА И ЕГО ЭХО ДИАГНОСТИКА

Аббасов В. Г., Наджафов Н. С.

Гянджинский межрегиональный кардиологический диспансер, Гянджа, Азербайджан

Цель: своевременная диагностика разрывов миокарда при ИМ с помощью метода ЭхоКГ. Исследование проводилось на аппарате SONOS-2000 (Hewlett-Packard).

Материал и методы. Оценивалось глобальная и локальная сократимость обоих желудочков, локализация и размер разрывов, наличие патологического сброса через дефект. КСО, КДР, КДО, КСР и ФВ рассчитывались по формуле SIMPSON. Факторы риска разрыва миокарда следующие: высокое АД в острый период ИМ, нарушение строгого режима, слабо развитые коллатерали, применение в острый период ИМ кортикостероидов, НПВП и тромболитиков по прошествии 14-ти часов с начала ИМ.

Результаты. В течении 5-ти лет в Кардиологической больнице г. Гянджа с помощью метода ЭхоКГ и ДопЭхоКГ было выявлено 12 человек с разрывом миокарда, перенесших ИМ.

Выводы. Из 12-ти больных большинство мужчины – 8 чел, средний возраст 58,7±3,1 год. Почти все больные находились на амбулаторном лечении. У большинства больных разрыв произошел в первые 10 суток, наиболее ранний – на 4-е сутки, отдаленный – на 14-е. Только у одного больного разрыв произошел на втором году после перенесенного ИМ на фоне позднего аутоаллергического синдрома Дресслера. В результате на верхушке образовалась ложная аневризма. Еще один случай заслуживает внимания: у мужчины 59-ти лет на фоне острого заднего ИМ образовалась ложная аневризма с характерной «шейкой», соединяющей полость аневризмы с полостью ЛЖ. У данного больного в момент систолы полость ЛЖ уменьшалась, а полость псевдоаневризмы расширялась. При передней локализации ИМ разрыв МЖП располагался в передне-септальном сегменте (в 5-ти случаях), в 3-х – средняя треть МЖП. Разрыв МЖП при задней локализации определялся в задне-септальной области: в 3-х случаях – в базальной части МЖП, в 1-м случае задне-боковая стенка ЛЖ. Размер дефектов в большинстве случаев был значителен, от 0,9 до 4,0 см. У всех больных наблюдалось парадоксальное движение МЖП. Интерес представляет один случай: разрыв мжп в апикальной части, при систематическом динамическом наблюдении – на фоне проводимого лечения, инструментально была диагностирована самопроизвольная коррекция тромбоцитарными массами. В процессе обследования отмечалось снижение глобальной сократительной функции ЛЖ у всех больных, средняя ФВ составила 42,3±3,4%: миним.-26%, максим.-50%. Кроме того, объемные показатели ЛЖ также были повышены: КДО-190±12,0 мл., КСО-106,3±12,5 мл. Недостаточность митрального клапана I – II степени (у 8-ми больных), III – IV степени (у 4-х больных). Правые отделы сердца значит расширены у всех пациентов, в среднем КДР правого желудочка составил 4,1±0,18 см. У всех пациентов определялась трикуспидальная регургитация, условленная дилатацией фибриозного кольца, у 10-ти III – IV ст., у 2-х I – II ст. ЛГ- средней и тяжелой степени тяжести (у 8-ми-60 мм.рт.ст., у 4-х-75–80 мм.рт.ст). Представляет интерес тот факт, что у 9-ти больных разрыв располагался на верхушке аневризмы. ДопЭхоКГ – исследование выявило шунтирующий турбулентный поток крови слева – направо у всех больных, у одного – справа-налево на фоне высокой ЛГ. При постоянно-волновой доплерографии определялся в области разрыва турбулентный систоло-диастолический поток.

002 ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА КОРРЕКЦИЕЙ РАССТРОЙСТВ ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ

Абдуллаев А. А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ СР РФ, Махачкала, Россия

Цель: определение возможностей снижения частоты осложнений у больных ИБС в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) через коррекцию расстройств гемостаза и реологических свойств крови.

Материал и методы: 75 больным ИМ (1-я группа), отобранной рандомизацией методом случайных чисел, в первые 1–2 дня поступления в клинику и повторно на 3–4 дни проводили операции плазмафереза (ПФ) центрифужным непрерывно-поточным методом на аппарате ПФ-05, 51 больному (2-я группа) – операции плазмасорбции (ПС) с использованием угольного гемосорбента СКН-1 К. Всем больным назначали традиционное медикаментозное лечение (аспирин, гепарин, периндоприл, бисопролол, статины и при необходимости – нитраты) и мониторировали ЭКГ. Контрольная группа только с традиционным лечением, адекватная по возрасту, полу и характеру поражения миокарда состояла из 40 больных. Общий коагуляционный потенциал крови оценивали с помощью тромбоэластографии, также исследовали вязкость крови, венозный гематокрит, агрегацию тромбоцитов, содержание фибриногена, фибронектина, ПДФ, антитромбина III. Показатели центральной гемодинамики определяли эхокардиографическим методом на аппарате Aloka-2200. Все исследования проводили до и сразу после ПФ и ПС, затем – на 3-й и 7-й дни лечения.

Результаты. В остром периоде ИМ у 18% больных ДВС-синдром выявлен в фазе коагулопатии потребления, что сопровождалось тяжелым клиническим состоянием, у 48% – в фазе гиперкоагуляции и у 34% – реологические свойства крови и показатели гемостаза находились в пределах нормы. Нарушения ритма имели место у 46% больных ИМ с гипокоагуляционной фазой ДВС-синдрома, у 40% – с гиперкоагуляционной фазой и у 12% – с нормальными показателями изученных нами параметров. В 1-й и во 2-й группах осложненное течение ИМ имело место у 30% больных, в контрольной группе – у 76%. Нарушения ритма и проводимости сердца в группах с экстракорпоральным лечением регистрировались у 11,2%, сердечная недостаточность – у 4,9%, при традиционном лечении – у 31,2% и 21,6% соответственно. Летальность в группе с комплексным лечением составила 11,9%, при традиционном лечении – 21,6%. Вязкость крови, агрегация тромбоцитов, венозный гематокрит и содержание фибриногена при лечении ПФ и ПС оказались достоверно ниже, чем в контрольной группе. Сразу после ПФ и ПС достоверно увеличились ударный и минутный объемы сердца, сердечный индекс, снизилось общее периферическое сосудистое сопротивление.

Выводы: включение экстракорпоральных методов в комплексное лечение больных в остром периоде ИМ позволяет изменить состояние гемостаза, реологических свойств крови и способствовать предупреждению развития его осложнений.

003 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗДЕЛЬНОГО И СОЧЕТАННОГО С КАРДИОМАГНИЛОМ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

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

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» МЗ СР РФ, Махачкала, Россия

Цель: изучить клиническую эффективность и безопасность раздельного и сочетанного применения варфарина и кардиомагнила в составе комплексной терапии у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ).

Материал и методы. В исследование было включено 67 больных в возрасте 46–65 лет, (мужчин – 63, женщин – 4). 48 больных перенесли передний Q-ИМ, 19 – нижней локализации. В среднем на 18–22-й день болезни на амбулаторном этапе пациенты были рандомизированы методом случайной выборки на 2 группы: 1-я из 34 пациентов получала варфарин

фирмы Nyscomed (Австрия), начиная с минимальных доз — 2,5–5 мг/сут в сочетании со стандартной терапией (эгилко фирмы «Эгис», Венгрия, в дозе 25–50 мг/сут, эднит в дозе 5–10 мг/сут и симвадол в дозе 40 мг/сут фирмы Gedeon Richter, Венгрия, нитраты и другие средства — по показаниям), Эффективность лечения оценивали по достижению оптимальных значений международного нормализованного отношения (МНО), уровень которого контролировали на 3 сутки приема препарата, далее — каждые два дня до двукратного получения МНО в планируемом для данной группы терапевтическом диапазоне (2,0–3,0; средний уровень антикоагуляции — МНО=2,5). 2-я группа из 33 пациентов, адекватная для сравнения с контрольной группой по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, получала варфарин, начиная с дозы 2,5 мг/сут и, увеличивая ее до достижения уровня МНО 2,0–2,5 (средний уровень антикоагуляции=2,25) в сочетании с кардиомагнилом фирмы Nyscomed (Австрия) в дозе 75 мг/сут. Затем МНО определяли ежемесячно. Срок наблюдения и лечения составил 6 мес. Оценивали комбинированный критерий, включающий сумму конечных точек (смерть, развитие ИМ и нестабильной стенокардии, ишемический инсульт). При анализе переносимости регистрировали число случаев кровотечения и биохимические показатели крови.

Результаты. За период амбулаторного наблюдения средний уровень МНО в 1-й группе монотерапии варфарином составил 2,8; во 2-й группе (варфарин+кардиомагнил) — 2,2. Комбинированный критерий оценки эффективности лечения составил в 1-й группе 8,4%, в то время как во 2-й — 5,4%. Разницы в числе геморрагических осложнений в обеих группах не зарегистрировано, однако отмечалась тенденция к развитию небольших кровотечений без необходимости в отмене препарата: у 4 больных наблюдалась кровотоочивость десен, у 2 больных — микрогематурия.

Выводы. Умеренная антикоагуляция (МНО=2,2) у больных с фибрилляцией предсердий, перенесших Q-ИМ, варфарином в сочетании с кардиомагнилом в минимальной суточной дозе на 63% клинически более эффективна, чем антикоагуляция раздельным использованием варфарина с МНО=2,8 (при одинаковой безопасности обеих схем лечения).

004 ВЛИЯНИЕ ОМАКОРА НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаева Ч. А., Камилова У. К., Расулова З. Д., Аликулов И. Т.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить влияние омакора на показатели окислительного стресса у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II–III ФК.

Материал и методы. Обследованы 34 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным ХСН — мужчины в возрасте 47–60 лет (средний возраст $53,9 \pm 4,2$ лет). Давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q составил от 2 месяцев до 3 лет. Больные со II ХСН составили 16 больных и III ФК — 18 больных. Контрольную группу составила 10 практически здоровых лиц. Всем больным определяли показатели липидного спектра в крови. Из показателей перекисного окисления липидов определили малоновый диальдегид (МДА). О состоянии антиокислительной ферментативной системы судили по активности ферментов супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы в тромбоцитах крови. Омакор назначался в дозе по 1 г в сутки в течение 6 месяцев. Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц EXCEL 6.0 Windows-95.

Результаты. Результаты исследования показали, что у больных со II ФК ХСН увеличение уровня МДА по сравнению с контрольной группой составляло в 2,4 раза и III ФК

в 3,3 раза, что сопровождалось снижением активности ферментов антиокислительной 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. Анализ полученных результатов показал, что на фоне длительного приема омакора у больных с II ФК ХСН отмечалось снижение уровня МДА на 46% ($P<0,001$), что сопровождалось нарастанием уровня антиокислительных ферментов — СОД на 32,3% и каталазы на 37% ($P<0,05$) по сравнению с исходными показателями соответственно, что обусловлено дополнительными антиокислительными свойствами препарата карведилол. У больных с III ФК ХСН через шесть месяцев наблюдения снижение уровня МДА составило 59,3% ($P<0,001$). Прирост показателей СОД и каталазы составили 69% и 71% соответственно по сравнению с исходным уровнем ($P<0,001$).

Вывод. У больных ХСН с прогрессированием заболевания отмечается усиление процессов окислительного стресса, характеризующиеся повышением показателя МДА, снижением антиокислительных ферментов, а длительный прием омакора положительно воздействовал на процессы окислительного стресса.

005 ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ДИАГНОСТИКЕ СКРЫТОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Абдуллаев Р. Ф., Меликов А. А.

НИИ Кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель: изучение влияния физической нагрузки на уровень мозгового натрийуретического пептида (МНП) и фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у больных стабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы. Обследованы 42 больных со стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса (средний возраст $52,5 \pm 1,5$ года). У всех больных отсутствовали клинические признаки сердечной недостаточности и дисфункции миокарда (по данным эхокардиографии). У всех лиц дважды (в покое и на высоте тредмил-теста) определяли уровень N-терминального фрагмента МНП (Nt-про МНП) и ФВ ЛЖ. Тредмил-тест проводили по стандартному протоколу Bruce, а Nt-про МНП определяли методом иммуноферментного анализа на приборе «Immulite — 2000 Nt-pro BNP» (США). Верхней границей Nt-про МНП считалась 125 пг/мл, а нижней границей для ФВ ЛЖ принималась 55%.

Результаты. Уровень Nt-про МНП в покое у обследованных был в диапазоне от 24 до 270 пг/мл и в среднем составил $114,5 \pm 26$ пг/мл. ФВ ЛЖ была от 55 до 72%, а в среднем составила $62,5 \pm 5,2\%$. После выполнения нагрузочного теста произошло увеличение уровня Nt-про МНП в пределах от 76 до 390 пг/мл, а в среднем до $295,5 \pm 22$ пг/мл ($p<0,01$). При этом выяснилось, что у 29 больных (69%) этот показатель не превышал 125 пг/мл, а ФВ ЛЖ составила в среднем $58,8 \pm 3,6\%$. Вместе с тем, у 13 больных (30,9%) на высоте нагрузки отмечалось увеличение Nt-про МНП в диапазоне от 126 до 390 пг/мл, а в среднем был 297 ± 22 пг/мл ($p<0,01$). У этих же больных ФВ ЛЖ снизилась от 54 до 38%, а в среднем составил $43,7 \pm 4,0\%$.

Выводы:

1. У больных стабильной стенокардией без признаков сердечной недостаточности и дисфункции миокарда на высоте физической нагрузки в 30,9% случаев происходит значительной увеличение уровня Nt-про МНП и снижение ФВ ЛЖ ниже допустимых значений.

2. Для идентификации лиц со скрытой сердечной

недостаточностью целесообразно исследовать уровень Nt-про МНП и ФВ ЛЖ в процессе нагрузочных тестов.

006 ПРОГРЕССИРОВАНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Агмадова З. М., Калаева А. Н.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Ишемическое повреждение миокарда, возникающее у пациентов с нестабильной стенокардией (НС), может приводить к структурно-геометрическим изменениям левого желудочка (ЛЖ), а в дальнейшем и к нарушению его функции. Установление закономерностей этих изменений при различных формах НС способствует более глубокому пониманию патоморфологии и оптимальному лечению болезни.

Цель: изучить структурно-геометрические изменения миокарда ЛЖ у больных с различными формами НС в течение 2 лет наблюдения.

Материал и методы: 80 больных НС (ср. возраст — $52,1 \pm 1,4$ лет), разделенных на 2 группы по классификации Е. Braunwald: 44 — IV класс (впервые возникшая и прогрессирующая), 36 — IIВ-IIIВ класс (стенокардия покоя). Исходно, через 1 и 2 года они прошли углубленный протокол эхокардиографического обследования, в т. ч. оценивались индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), миокардиальный стресс (МС), относительная толщина стенки ЛЖ (ОТСЛЖ), индекс сферичности (ИС). Группа контроля — 23 лиц без сердечной патологии, ср. возраст — $48,9 \pm 1,7$ лет.

Результаты: уже исходно статистически значимо большими (по отношению к группе контроля) толщина стенок ЛЖ, ИММЛЖ и МС были в обеих группах. При IIВ-IIIВ классе, кроме того, преобладали значения конечно-систолического и конечно-диастолического размеров (КСР и КДР) ЛЖ и ИС. Еще в начале наблюдения, более выраженные патологические сдвиги структурно-геометрических параметров миокарда были связаны с более тяжелыми формами НС. Так, при IIВ-IIIВ классе в сравнении с пациентами IV класса отмечалось достоверное расширение полости ЛЖ (КСР = $52,1 \pm 0,47$ мм, КСР = $33,6 \pm 0,47$ мм — IIВ-IIIВ класс; и $46,4 \pm 0,48$ мм, $29,8 \pm 0,48$ мм, соответственно, IV класс), более высокие показатели ИММЛЖ — $108,7$ г/м² ($99,3$ г/м² — IV класс), а также превышение по уровню МС ($148,8$ к $126,5$ дин/см²) и ИС ($0,76 \pm 0,08$ к $0,70 \pm 0,09$), $p < 0,05$.

На 1 году наблюдения у пациентов с IV классом НС достоверно изменилось только значение МС — рост на $10,2\%$ ($p < 0,001$), тенденция к увеличению полости и массы ЛЖ, не достигшая уровня статистической значимости. При IIВ-IIIВ классе за 1 год произошло некоторое утолщение стенок (ТМЖП + $2,9\%$, ТЗСЛЖ + $4,0\%$) и достоверное расширение левой камеры сердца (КСР ЛЖ + $6,1\%$, КСР ЛЖ + $10,7\%$, $p < 0,05$) с увеличением ИММЛЖ на $17,4\%$ и МС на $12,2\%$ ($p < 0,05$).

В конце двухлетнего наблюдения расширение полости ЛЖ зарегистрировано как при IV (КСР + $9,7\%$, КДР + $6,9\%$), так и при IIВ-IIIВ классе (КСР + $20,8\%$, КДР + $10,4\%$). В обеих группах также достоверно увеличивались ИММЛЖ и МС, причем более выражено у лиц со IIВ-IIIВ классом НС, у которых помимо этого отмечена сферизация ЛЖ (ИС + $9,2\%$, это в 3,2 раза больше, чем при IV) и уменьшение ОТСЛЖ (на $7,7\%$, в 1,6 раз выше, чем при IV), $p < 0,05$.

Выводы: у больных НС признаки ремоделирования миокарда ЛЖ имеются непосредственно после эпизода НС, больше выражены при IIВ-IIIВ классе и прогрессируют в дальнейшем (быстрее на 1 году после эпизода НС) по типу формирования эксцентрической гипертрофии ЛЖ (увеличение ИММЛЖ с уменьшением ОТСЛЖ) и тенденцией к сферизации желудочка (рост ИС).

007 ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Агмадова З. М., Калаева А. Н.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) можно рассматривать как независимый предиктор развития ХСН, и важное значение отводится ему не как общему понятию, а с определением конкретного типа структурно-геометрических изменений желудочка. Клинический интерес представляет изучение моделей строения ЛЖ у больных нестабильной стенокардией (НС).

Цель: выявить характерные типы ремоделирования левого желудочка у больных НС различных классов в течение 2 лет наблюдения.

Материал и методы: у 80 пациентов с НС (44 человека — IV класс, 36 — IIВ-IIIВ класс по Е. Braunwald) типы ремоделирования ЛЖ дифференцировались при эхокардиографии по показателям индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и относительной толщине стенок ЛЖ (ОТСЛЖ). Они классифицировались по А. Gana и соавт. на: концентрическое ремоделирование — КР (ИММЛЖ в пределах нормы, ОТСЛЖ $\geq 0,45$), концентрическая гипертрофия — КГ (ИММЛЖ повышен (>115 г/м² — у мужчин и >95 г/м² — у женщин), ОТСЛЖ $\geq 0,45$), эксцентрическая гипертрофия — ЭГ (ИММЛЖ повышен, ОТСЛЖ $< 0,45$), нормальная модель сердца — НМ (оба показателя в пределах нормы).

Результаты: при оценке типов ремоделирования ЛЖ установлены достоверные отличия между пациентами с различными формами НС. В группе с IV классом НС в начале наблюдения (непосредственно после эпизода НС) преобладали: концентрическая гипертрофия ($31,8\%$) и нормальная модель сердца ($36,4\%$); эксцентрическая гипертрофия встречалась в $22,7\%$. В группе пациентов со IIВ-IIIВ классом чаще регистрировался дезадаптивный эксцентрический вариант гипертрофии — в $44,4\%$; достаточно редко наблюдалась нормальная модель ЛЖ ($19,4\%$); концентрическая гипертрофия отмечалась примерно с той же частотой ($30,6\%$), что и среди пациентов с впервые возникшей и прогрессирующей стенокардией (IV класс НС).

В течение 2 лет наблюдения было замечено, что ишемическое ремоделирование миокарда у пациентов обеих групп шло с увеличением доли ЭГ ЛЖ (до $38,6\%$ — при IV, и до $72,2\%$ — при IIВ-IIIВ классе). Однако характер изменения модели строения ЛЖ у пациентов разных групп отличался.

При IIВ-IIIВ классе (стенокардия покоя) рост ЭГ ЛЖ происходил в основном за счет перехода из КГ. В нарастании доли дилатированной модели (ЭГ) ЛЖ у больных IV класса НС трудно выявить какие-то закономерности; с уверенностью можно говорить лишь о том, что за период двухлетнего наблюдения статистически значимо увеличилось количество исследуемых с ЭГ миокарда ЛЖ ($p = 0,038$). Надо обратить внимание на высокие темпы прироста ЭГ миокарда среди пациентов с IV классом НС — увеличение в 1,7 раза в течение 2 лет, примерно равные, как и при IIВ-IIIВ классе — прирост в 1,6 раз.

Выводы: дезадаптивный тип ремоделирования — ЭГ — чаще встречается при IIВ-IIIВ классе НС. Темпы патологической перестройки ЛЖ одинаково высокие при обоих классах НС. Больные с НС IV класса, не имея выраженных нарушений строения ЛЖ, являются перспективным в возможности предотвращения ишемического ремоделирования миокарда на ранних стадиях контингентом.

008 ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ПЕРИКАРДИТОМ

Азизов В. А., Садыгова Т. А., Гусейнова Н. И.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель: изучение возможностей диагностики и прогнозирования течения легочной гипертензии на фоне сопутствующего перикардита.

Методы: в исследовании приняло участие 36 больных с легочной гипертензией и сопутствующим перикардитом. Для определения легочной гипертензии и степени перикардита всем пациентам проводили полное эхокардиографическое обследование на ультразвуковом сканере Sonoace 6000 Medison. Степень перикардального выпота определялась по классификации Ногowitz. Расчет сократительной деятельности миокарда рассчитывали по формуле Teicholtz Simpson. ММЛЖ рассчитывали по формуле R. B. Devereux и N. Reicheck. Диагноз легочной гипертензии ставили в соответствии с рекомендациями ESC 2009.

Результаты. В зависимости от объема выпота в перикарде все больные были разделены на 2 группы: I группа – 31 пациент (85%) выпот был небольшим (Type B, by Ногowitz, эхонегативное пространство <1 см в диаметре); II группа – 5 пациентов (15%) умеренный выпот (Type C1, эхонегативное пространство от 1 до 2 см). Наибольшее количество пациентов с умеренным перикардитом отмечалось в группе больных, где первопричиной легочной гипертензии были системные заболевания. У 5 из 7 пациентов данной категории не отмечалось положительной динамики от проводимой терапии, несмотря на то что наличие жидкости в перикарде не превышало 3 см в диаметре. Данным больным рекомендован был перикардioцентез. У остальных больных позитивная динамика от проводимой терапии отмечалась только после полного излечения перикардита.

Выводы. Наличие выпота в перикарде у больных с легочной гипертензией затрудняет терапию основного заболевания и в большинстве случаев ухудшает прогноз у данной категории больных.

009 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Азизов В. А., Эфендиева Л. Г., Гусейнова Н. И.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель: изучение влияния суточного профиля артериального давления (СПАД) на форму гипертрофии левого желудочка.

Материал и методы. Объектом нашего исследования стали 100 больных ГБ. Больные были распределены на 2 группы: на АГ I степени ($n=66$; $66\pm4,7\%$) и АГ II степени ($n=34$; $34\pm4,7\%$). Всем больным проводили эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование при М-режиме. Определяли конечный диастолический размер (КДР), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и толщину задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ). ММЛЖ рассчитывали по формуле R. B. Devereux и N. Reicheck. ИММЛЖ определяли как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. С помощью ЭхоКГ устанавливали следующие типы гипертрофии: концентрическая и эксцентрическая.

Всем больным проводилось суточное мониторирование АД. В зависимости от суточного ритма АД больные были разделены на следующие группы: диппер, нон-диппер, овер-диппер и найт-пикер.

Результаты исследования. При ЭхоКГ исследовании было обнаружено, что из 100 у 48 больных не отмечалась ГЛЖ. У 34 больных ($70,8\pm6,6\%$) отмечалась I степень АГ, а у 14 больных ($29,2\pm6,6\%$) II степень. Что касается взаимосвязи СПАД со степенями ГЛЖ и без ГЛЖ, были получены следующие результаты: дипперы по САД без ГЛЖ составили $68,8\pm11,6\%$, а больные с ГЛЖ $31,3\pm11,6$ ($p<0,05$). Нон-дипперы без ГЛЖ составили $66,7\pm8,2\%$, а с ГЛЖ $33,3\pm8,2\%$ ($p<0,01$). Овер-дипперы без ГЛЖ составили $75,0\pm15,3\%$, с ГЛЖ $25,0\pm15,3\%$, а найт-пикеры составили $55,8\pm7,6\%$ и $44,2\pm7,6$. Дипперы по ДАД без ГЛЖ составили $66,7\pm13,6\%$, с ГЛЖ $33,3\pm13,6\%$, нон-дипперов без ГЛЖ было $81,0\pm8,6\%$, с ГЛЖ $19,0\pm8,6\%$; $p<0,001$, овер-дипперов

без ГЛЖ $61,5\pm13,5\%$, с ГЛЖ $38,5\pm13,5\%$, найт-пикеры без ГЛЖ составили $55,6\pm6,8\%$, с ГЛЖ $44,4\pm6,8\%$.

Мы также изучали формы ГЛЖ у всех больных в зависимости от СПАД, так нормальная форма наблюдалась у 3-х больных по САД и ДАД у 1-го нон-диппера, 1-го овер-диппера и 1-го найт-пикера, у 79 больных наблюдалась концентрическая гипертрофия: среди них по САД 14 дипперов ($17,7\pm4,3\%$), 21 нон-дипперов ($26,6\pm5,0\%$), 7 овер-дипперов ($8,9\pm3,2\%$) и 37 найт-пикера ($46,8\pm5,6\%$). По ДАД 8 дипперов ($10,1\pm3,4\%$), 11 нон-диппера ($13,9\pm3,9\%$), 11 овер-диппера ($13,9\pm3,9\%$) и 49 найт-пикера ($62,0\pm5,5\%$). Эксцентрическая гипертрофия наблюдалась у 5-ти больных: среди них по САД 1 диппер ($20,0\pm17,9\%$), 3 нон-диппера ($60,0\pm21,9\%$), 1 найт-пикер ($20,0\pm17,9\%$). По ДАД 3 диппера ($60,0\pm21,9\%$), 2 нон-диппера ($40,0\pm21,9\%$).

Выводы:

1. Концентрическая ГЛЖ наиболее часто наблюдается при II степени АГ, а эксцентрическая форма встречается при I степени АГ.

2. Концентрическая форма ГЛЖ часто встречается у найт-пикеров, затем у нон-дипперов как по САД, так и по ДАД.

010 СВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Азимов С. Д., Олимов Н. Х., Мавлонов Б. Н.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить роль связи центральной регуляции и вариабельности сердечного ритма у больных стабильной стенокардией.

Материал и методы. В исследование включено 100 больных со стабильной стенокардией III функционального класса, из них 75 мужчин (75%) и 35 женщин (35%), средний возраст $58,5\pm9,5$ лет.

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 обработку 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 $4,0\times10^3\ldots4,0\times10^1$ Гц (ультранизкие частоты -Унч), характеризующей 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 $\beta=0,95\pm0,12$ отн. ед. (динамический диапазон 0,7...1,3). Помимо β , вычислялось среднее значение R-R интервала, его стандартное отклонение δRR – вариабельности сердечного ритма.

Результаты. Обработка полученных данных показала, что структура Унч флюктуации кардиоинтервала у пациентов стенокардией существенно отличается от контроля ($\beta=0,54\pm0,08$), а также отмечается снижение вариабельности сердечного ритма ($\delta=38\pm6$ мс). Анализ показателей больных со стабильной стенокардией, у которых развился острый инфаркт миокарда в 15% случаев ($n=15$), показал, что у этих пациентов до развития острого процесса наблюдалась выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению обоих параметров ($\beta=0,09\pm0,06$, $\delta=12\pm4$ мс). Из этого следует, что соподчиненная взаимосогласованная регуляция сердечного ритма со стороны ЦНС практически дезинтегрирована и имеет место устойчивое снижение вариабельности сердечного ритма с пере-

ходом в ригидный ритм (эффект временной «денервации» сердца), что возможно способствует развитию острого инфаркта миокарда.

Вывод. С учетом этой важной особенности исследуемого заболевания, применение экспресс-метода оценки риска при стабильной стенокардии может способствовать ранней диагностике скрытых нарушений ЭКР в системе регуляции сердечного ритма и даст возможность своевременного выявления группы повышенного риска, необходимого для подбора индивидуальной схемы лечения.

011 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КОРОНЕЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ

Азимов С. Х., Олимов Н. Х., Мавлонов Б. Н.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучение эффективности препарата коронеля (никорандила) у больных со стабильной стенокардией и безболевой формой ишемии миокарда.

Материал и методы. Как известно, у 40–100% лиц со стабильной стенокардией регистрируется безболевая ишемические эпизоды. При этом количество эпизодов ишемии, не сопровождающейся болью, составляет, по различным оценкам, 50–70%. Нами проведено суточное мониторирование ЭКГ, где выявлена депрессия интервала ST у обследованных больных ($n=100$) со стабильной стенокардией III функционального класса (средний возраст 66 ± 6 , из них 60 мужчин и 40 женщин). Больные распределены на две группы по 50 человек: первая группа на фоне основной терапии (антиагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины) дополнительно получала препарат активатора калиевого канала — коронель по 20 мг три раза в сутки, а вторая группа получала только основную терапию без препарата коронеля.

Результаты. Лечение и наблюдение проводилось в течение 6 месяцев. Анализ больных первой группы показал, что на фоне терапии коронелем у 44 больных (88%) при повторном суточном мониторировании ЭКГ признаки ишемии миокарда (безболевые) не были зафиксированы. А также на этом фоне не были зафиксированы сложные нарушения ритма и проводимости, улучшилось качество жизни, переносимость физических нагрузок, и не были случаи развития инфаркта миокарда. У остальных 6 пациентов первой группы (12%) эффективность коронеля была незначительна и депрессия интервала ST составила не более 1,5 мм, что возможно связано с многососудистым поражением коронарных артерий.

Анализ больных второй группы показал, что у 11 пациентов (22%) развился острый инфаркт миокарда, из них 3 случая с летальным исходом. У 58% больных ($n=29$) имели место различные нарушения ритма и проводимости, в том числе экстрасистолы высоких градаций по Лауну Вольфу у 9 больных (18%). При суточном мониторировании ЭКГ крайне неблагоприятным признаком считалась суточная продолжительность ишемии миокарда более 60 минут, при максимальной глубине депрессии сегмента ST более 3 мм, и частоте сердечных сокращений миокарда более 100 уд/мин. Зафиксирована безболевая ишемия миокарда, продолжительностью более 15 минут, а также суммарная продолжительность безболевой ишемии в течение суток более 40 минут. Выяснилось, что в отличие от первой группы в 84% случаев ($n=42$) имело место снижение переносимости физических нагрузок и качество жизни у пациентов.

Выводы. Применение антиангинального препарата коронеля в комплексном лечении больных стабильной стенокардией с безболевой формой ишемией миокарда не только устраняет депрессию сегмента ST, но и снижает риск развития аритмий и инфаркта миокарда у этих пациентов.

012 ЗНАЧЕНИЕ РАННИХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА

Акулова О. А., Гусев Д. М.

ГБУ Курганский областной кардиологический диспансер, Курган, Россия

Цель: сравнить ранние эхокардиографические (ЭхоКГ) показатели и оценить их роль в прогнозировании исходов в группах выживших и умерших через 10 лет после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ)

Материал и методы. Когортное рандомизированное продольное исследование. Когорта сформирована в 1999 году из мужчин, перенесших первичный ИМ в 1996–98 гг., включенных в исследование на 3–4 неделе от ИМ, всего 83 человека, средний возраст $48,4 \pm 6,5$ лет. Разделение произведено на 2 группы по наличию конечной точки — летальный исход к 2009 году. I группа (летальный исход) — 44 человека, из них с зубцом Q (з.К) — 28 (64%), без Q — 20 (36%), задний ИМ в 17 случаях (38,6%), передний — в 27 (61,4%). II группа (выжившие) — 39 человек, из них с з.К — 24 (62%), без Q — 15 (38%), задний — 24 (61,5%), передний — 15 (38,5%). ЭхоКГ-исследование проводилось через 3–4 недели с момента развития острого ИМ, на аппаратах «АЛОКА» SSD-2000» или «НІТАСНІ» EUB-565A» с электронными датчиками частотой 3,5 МГц по стандартной методике. В 1996–98 гг. в М-режиме измерялись: конечный систолический размер левого предсердия (ЛП), конечный диастолический (КДР) и конечный систолический (КСР) размеры левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), систолическая функция левого желудочка (EF) методом Тейчхольца. Статистическая обработка проведена на базе программного пакета BIOSTAT с применением парного критерия Стьюдента (t) и коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты. В I группе: КДР- $54,79 \pm 1,19$ мм, ТЗСЛЖ- $9,93 \pm 0,49$ мм, ТМЖП- $11,35 \pm 0,70$ мм, ЛП- $36,9 \pm 2,21$ мм, EF- $55,49 \pm 3,95\%$; во II группе — КДР — $54,69 \pm 2,61$ мм, ТЗСЛЖ- $9,33 \pm 0,42$ мм, ТМЖП- $10,23 \pm 1,04$ мм, ЛП- $36,68 \pm 0,51$ мм, EF- $55,58 \pm 3,93\%$. По различным показателям t составил от 0,06 до 0,12; и $r=0,2$. После ранжирования групп на мелкие подгруппы по наличию з.К и его отсутствию, по локализации (задняя или передняя стенка) было образовано 8 подгрупп и вновь проведено сравнение всех ЭхоКГ-показателей. Максимальные значения ЭхоКГ-параметров выявлены: КДР- $59,14 \pm 6,89$ мм во II группе, с передним ИМ без з.К; ТЗСЛЖ- $10,68 \pm 2,25$ мм- в I группе, с задним ИМ без з.К, ТМЖП- $12,04 \pm 2,32$ мм в I группе с передним ИМ без з.К; ЛП- $38,43 \pm 2,81$ мм в I группе с задним ИМ с з.К, EF- $60,87 \pm 5,79\%$ во II группе с передним ИМ без з.К. Минимальные значения: КДР- $52,46 \pm 7,66$ мм во II группе с передним ИМ без з.К; ТЗСЛЖ- $8,79 \pm 0,91$ мм во II группе с задним ИМ с з.К, ТМЖП- $8,57 \pm 1,49$ мм во II группе с передним ИМ с з.К; ЛП- $33,08 \pm 4,62$ мм в I группе с задним ИМ без з.К; EF- $51,3 \pm 5,71\%$ в I группе с задним ИМ с з.К. Для выявления корреляции между величинами ТЗСЛЖ, ТМЖП, EF и постинфарктной летальностью определено значение $r=0,5$, что указывает на очень слабую связь между показателями и исходами.

Заключение. Некоторые ЭхоКГ параметры, полученные в М-режиме (ЛП, КДР, ТЗСЛЖ, ТМЖП, EF) и определенные в начале периода рубцевания ИМ не имеют достоверного предсказательного значения в отношении отдаленных исходов у постинфарктных больных (у мужчин трудоспособного возраста).

013 27-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Акчурун Р. С., Ширяев А. А., Галаятдинов Д. М., Васильев В. П., Королев С. В., Черкашин Д. И.

Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия

С 1985 года в отделе сердечно-сосудистой хирургии РКНПК выполнено более 12000 операций по поводу ИБС, из них около 1500 операций сочетались с открытой коррекцией клапанного аппарата, каротидной эндактерэктомией, протезированием восходящего отдела аорты, удалением опухолей различных локализаций.

Изучен опыт применения операционного микроскопа для коронарного шунтирования. Доказано преимущество значительного оптического увеличения, абсолютная безопасность использования сверхтонких шовных материалов (монофилamentных нитей 7/0–8/0), детально разработаны микрохирургическая техника, создан отечественный набор микроинструментов. Проведен анализ полной реваскуляризации миокарда, включая ветви второго порядка и артерии малого диаметра (менее 1,5 мм). Показано, что расширение объема операции, даже у тяжелого контингента больных, не увеличивает количества периоперационных осложнений. Летальность в последние 10 лет при плановых вмешательствах не превышала 1,5%. Частота периоперационного инфаркта миокарда – 4%. Вместе с тем, отдаленные результаты у пациентов с шунтированными артериями малого диаметра и артериями в зонах кардиосклероза существенно лучше, по сравнению с результатами в группе больных, у которых полная реваскуляризация в этих случаях не проводилась. Общий 10-летний анализ кардиальных событий, включающий совокупность летальности, инфарктов миокарда, рецидивов стенокардии, повторных вмешательств на коронарных артериях, демонстрирует статистически достоверные и убедительные преимущества использования микрохирургической техники в коронарной хирургии.

Хирургическое лечение пациентов, страдающих одновременно заболеванием коронарных сосудов и клапанов, остается одним из сложных и рискованных в кардиохирургии. Всего выполнено более 150 операций коронарного шунтирования в сочетании с реконструкцией аортального клапана (летальность 8,2%), более 200 операций в сочетании с реконструкцией митрального клапана (летальность 5,5%).

С 2009 года активно осваиваются новые перспективные направления, такие как эндоваскулярное протезирование аорты и клапанов сердца в сочетании с коронарным шунтированием, внедряются гибридные технологии в лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

Сегодня, как правило, на оперативное лечение направляются наиболее тяжелых пациентов с множественными окклюзиями, диффузным поражением и мелкими коронарными артериями, с сопутствующей патологией, что требует внедрения новых технологий в лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

014 **ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ОТМЕНЫ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО УРОВНЯ ТРОМБОЦИТОВ**

Алтарев С. С., Поданева Ю. Е., Барбараш О. Л.

ФГБУ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Одной из нерешенных проблем современной сердечно-сосудистой хирургии является безопасность проведения кардиохирургических вмешательств, в частности коронарного шунтирования (КШ) на фоне продолжающейся антитромбоцитарной терапии либо при поздней (менее пяти суток до операции) ее отмены. До сих пор безопасность и эффективность подобной стратегии в отдельных подгруппах пациентов не подтверждена.

Цель: определить риск кровотечений в раннем послеоперационном периоде КШ в зависимости от сроков отмены антиагрегантов и предоперационного уровня тромбоцитов.

Материал и методы. Проанализированы данные Регистра коронарного шунтирования УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, г. Кемерово, который велся в 2009 г. (Регистр). В Регистре содержится информация обо всех случаях коронарного шунтирования, проведенных в центре за отчетный период, включая демографические, клинические и параклинические данные на каждого пациента, информацию об оперативном вмешательстве, получаемом до и после вмешательства лечения, исходах КШ. Изучаемая популяция пациентов подразделялась на подгруппы с нормальным ($\geq 150 \cdot 10^9/\text{л}$) и пониженным ($< 150 \cdot 10^9/\text{л}$) уровнем тромбоцитов. Статистическая обработка материала осуществлялась в среде пакета статистических программ SPSS for Windows 13.0 (SPSS Inc.). Анализ таблиц сопряженности вида 2x2x2 проводился с использованием лог-линейного анализа. Рассчитывалось отношение шансов развития (ОШ) событий и 95% доверительный интервал (ДИ) для него. Критическое значение уровня значимости принималось равным 5% (0,05).

Результаты. Всего в Регистр включено 825 человек, из них 659 мужчин (79,9%). В 546 (66,2%) случаях отмена антитромбоцитарной терапии происходила за пять и более суток до оперативного вмешательства (группа ранней отмены антитромбоцитарных препаратов). Пациентов с пониженным уровнем тромбоцитов в анализируемой выборке оказалось 30 (3,6%) человек. В раннем послеоперационном периоде зафиксировано 56 (6,8%) геморрагических событий. При анализе взаимосвязи частоты развития кровотечений, сроков отмены антитромбоцитарных препаратов перед КШ и предоперационного уровня тромбоцитов выявлено, что вероятность развития геморрагических осложнений в раннем послеоперационном периоде АКШ не зависит от прочих факторов: ОШ в подгруппе с пониженным уровнем тромбоцитов в зависимости от сроков отмены антиагрегантов 1,17 (95% ДИ 0,05–28,0), в подгруппе с нормальным уровнем тромбоцитов 0,80 (0,40–1,62), p для тренда $> 0,05$ ($G^2=1,35$, $df=4$).

Выводы: риск развития геморрагических событий в раннем послеоперационном периоде КШ не зависит от сроков отмены антитромбоцитарных препаратов и предоперационного уровня тромбоцитов.

015 **ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА**

Алишбая М. М.

НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Постинфарктная аневризма левого желудочка (АЛЖ) является одним из наиболее серьезных осложнений острого инфаркта миокарда, приводящим к выраженным нарушениям внутрисердечной гемодинамики и сердечной недостаточности. Среди различных методов хирургического лечения АЛЖ в последнее время все большую популярность получает метод геометрической реконструкции (ГР) левого желудочка (ЛЖ) в сочетании с аортокоронарным шунтированием (АКШ).

Цель: показать преимущества операции ГР ЛЖ в восстановлении нормальных геометрических соотношений полости ЛЖ и внутрисердечной гемодинамики.

Материал и методы: работа основана на анализе непосредственных и отдаленных результатов более 1000 операций ГРЛЖ, выполненных в период с 1999 по 2011 гг. Все больные относились к категории ишемической кардиомиопатии (ИКМП). Исходное состояние пациентов характеризовалось выраженными клиническими проявлениями как сердечной недостаточности (3–4 ФК по NYHA), так и стенокардии (2–3 ФК по CCS), увеличением объемов ЛЖ, снижением фракции выброса (ФВ) ЛЖ ($32 \pm 11\%$). В 20% случаев имела

митральная недостаточность (МН) умеренной или значительной степени и легочная гипертензия (ЛГ), у 80% больных отмечены различные виды желудочковой аритмии (ЖА). Все больные имели поражение коронарного русла, в 75% случаев имелось множественное поражение коронарных артерий (КА). Всем больным была выполнена ГР ЛЖ с использованием синтетической заплаты в сочетании с АКШ пораженных артерий. При выраженных степенях МН выполняли дополнительно пластические вмешательства на митральном клапане (12% пациентов).

Результаты: госпитальная летальность составила в среднем 5,4%, в течение последних лет (2006–2011 гг.) она снизилась до 4%. Операция приводит к обратному ремоделированию полости ЛЖ, нормализации ее геометрических соотношений, редукции конечно-систолического и конечно-диастолического объемов ЛЖ, возрастанию ФВ ЛЖ (в среднем на 11%). В отдаленном периоде ($6,5 \pm 2,9$ л.) 80% больных свободны от стенокардии, у 75% больных сохраняются удовлетворительные показатели внутрисердечной гемодинамики, отсутствуют или минимально выражены признаки сердечной недостаточности (СН). У 20% больных в отдаленном периоде наблюдения сохраняются признаки СН (2–3 ФК по NYHA). В 5% случаев операция не дала существенного улучшения, что обусловлена исходно крайне тяжелым поражением миокарда и коронарного русла. Смертность в отдаленном периоде наблюдения составила 24,9%.

Заключение: операция ГР ЛЖ является высокоэффективным методом хирургического лечения больных с АЛЖ. Операция приводит к редукции объемов сердца, увеличению ФВ ЛЖ, снижению степени МН и ЛГ, а также в ряде случаев к устранению ЖА. В целом ГРЛЖ улучшает клиническое состояние больных. Для оценки улучшения отдаленной выживаемости после ГР ЛЖ по сравнению с изолированным АКШ и медикаментозной терапией необходимы дальнейшие исследования. Эффективность операции обусловлена, главным образом, нормализацией геометрических соотношений ЛЖ и восстановлением нормальной спиральной ориентации потока крови в его полости.

016 ОЦЕНКА УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В-ТИПА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПУЛЬС-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Аль-Джаиди С. О., Кольцов А. В., Тиренко В. В.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить изменения функции миокарда желудочков у больных ХОБЛ и ИБС на фоне стандартной терапии, а также пульс-урежающей терапии верапамилом и ивабрадином.

Материал и методы. В исследование включено 67 больных, мужчины и женщины в возрасте от 46 до 72 лет (средний возраст $55 \pm 11,3$ года) с диагнозом ИБС, имеющие ХСН II–III функционального класса по NYHA, в сочетании с ХОБЛ среднего и тяжелого течения (в соответствии с GOLD, 2003) с дыхательной недостаточностью I–II степени. Все пациенты получали стандартную терапию ИБС и ХОБЛ. С целью урежения пульса 30 пациентов (1 группа) получали кораксан 10 мг/сут, 27 пациентов (2 группа) получали верапамил 160 мг/сут, 10 пациентов (3 группа), не достигших целевого уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС), получали комбинированную пульс-урежающую терапию верапамилом 160 мг/сут и кораксан 10 мг/сут.

Для оценки изменений функции миокарда желудочков всем пациентам определялся В-тип натрийуретического пептида (BNP) на момент включения в исследование и через 6 месяцев.

Результаты. У больных ИБС и ХОБЛ уровень BNP соответствовал функциональному классу ХСН. Так для больных,

имеющих II функциональный класс ХСН, BNP составил 124 ± 38 пг/мл, имеющих III функциональный класс ХСН 186 ± 54 пг/мл. У пациентов 1 и 2 групп достигших ЧСС от 55 до 65 ударов в минуту, отмечалось достоверно значимое снижение BNP до 89 ± 23 пг/мл и 144 ± 39 пг/мл соответственно функциональному классу ХСН ($p < 0,05$). Динамика BNP у пациентов, не достигших требуемой ЧСС, оставалась без изменений. Однако в дальнейшем, на фоне комбинированной терапии при достижении ЧСС от 55 до 65 ударов в минуту, также отмечалось достоверно значимое снижение BNP через 6 месяцев.

Выводы. Таким образом, у пациентов с ИБС и ХОБЛ повышение уровня BNP подтверждало выявленные нарушения функции миокарда. На фоне адекватной пульс-урежающей терапии при достижении ЧСС 55–65 ударов в минуту отмечалось замедление процессов кардио-респираторного континуума, проявляющееся в повышении толерантности к физическим нагрузкам и улучшении лабораторных показателей.

017 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПУЛЬС-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Аль-Джаиди С. О., Кольцов А. В., Синапольников Д. О., Тиренко В. В.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: проанализировать качество жизни больных и толерантность к физической нагрузке на фоне проводимой терапии.

Материал и методы. В исследование включено 67 больных, мужчины и женщины в возрасте от 46 до 72 лет (средний возраст $55 \pm 11,3$ года) с диагнозом ИБС, имеющие ХСН II–III функционального класса по NYHA, в сочетании с ХОБЛ среднего и тяжелого течения (в соответствии с GOLD, 2003) с дыхательной недостаточностью I–II степени. Все пациенты получали стандартную терапию ИБС и ХОБЛ. С целью урежения пульса 30 пациентов (1 группа) получали кораксан 10 мг/сут, 27 пациентов (2 группа) получали верапамил 160 мг/сут, 10 пациентов (3 группа), не достигших целевого уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС), получали комбинированную пульс-урежающую терапию верапамилом 160 мг/сут и кораксан 10 мг/сут.

Для оценки качества жизни использовался респираторный опросник Госпиталя Св. Георгия (ST-George Respiratory Questionnaire (SGRQ)). Для оценки толерантности к физическим нагрузкам выполнялся тест 6-минутной ходьбы на момент включения в исследование и через 6 месяцев.

Результаты. Проведенный нами анализ шкал специфического вопросника SGRQ выявил у всей когорты больных в 72% изменения по шкале «симптомы», в 81% изменения по шкалам «активность» и «влияние», «суммарный балл» во всех группах до начала лечения составил $-64,1 \pm 3,4$, что свидетельствует о частых обострениях заболевания, затруднении при быстрой ходьбе, необходимости часто останавливаться. Результаты выполнения теста 6-минутной ходьбы соответствовали функциональному классу ХСН. При достижении оптимального уровня ЧСС по вопроснику SGRQ выявлено улучшение субъективной оценки своего здоровья пациентами всех групп, что проявляется в клинически значимом (> 4 баллов) снижении «суммарного балла» до $57,2 \pm 4,6$ ($p < 0,05$). Также отмечалось увеличение проходимой дистанции на основании теста 6-минутной ходьбы ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у пациентов с ИБС и ХОБЛ на фоне адекватной пульс-урежающей терапии отмечалось улучшение клинического течения заболевания, качества жизни, что выражалось в уменьшении ФК ХСН, степени выраженности одышки, увеличении толерантности к физической нагрузке и улучшении качества жизни.

018 ОБРАТИМАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ Q-ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ

Аляви А. Л., Кенжаев М. Л., Алимов Д. А., Кенжаев С. Р.
РСНПЦТ и МР, РНЦЭМП, Ташкент, Узбекистан

Цель: определить и изучить динамику обратимой дисфункции миокарда у больных Q ИМ, подвергшихся стентированию инфаркт связанной коронарной артерии.

Материал и методы. В исследование включены 46 больных с Q передним ИМ. Все больные подверглись urgentному стентированию инфаркт связанной артерии. Время «симптом-баллон» составляло в среднем $3,4 \pm 0,3$ ч. Для анализа жизнеспособности миокарда после стабилизации состояния на 3–6 сутки проводилась стресс-ЭхоКГ с добутином (СЭД), а спустя 1 месяц проводилась ЭхоКГ. Полученные данные обработаны на компьютере с использованием пакета статистических программ.

Результаты. По данным ЭхоКГ в покое выявлялась некоторая дилатация полости ЛЖ (КДО $168,5 \pm 5,8$ мл). Показатель глобальной систолической функции ЛЖ — фракция выброса (ФВ) составляла $47,8 \pm 0,9\%$. Регионарная систолическая функция изучалась в 736 сегментах, из них 68% были нормокинетическими, 34% гипокинетическими, 5% akinетическими и 3% дискинетическими. Индекс нарушения регионарной сократимости (ИНРС) исходно составлял в среднем $2,0 \pm 0,037$. При малых дозах добутина ФВЛЖ возросла с $47,8 \pm 0,9$ до $55,6 \pm 1,4$ ($P < 0,01$). У больных с Q ИМ сегментов с обратимой дисфункцией было 210 (28,5%), с необратимой дисфункцией (т.е. зона истинного некроза) 92 (12,5%). ИНРС уменьшился с $2,0 \pm 0,037$ до $1,22 \pm 0,03$ ($p < 0,01$).

При повторном ЭхоКГ у обследованных больных ФВ ЛЖ увеличилась до $55 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$). Выявлено прямая корреляционная связь между числом добутином-реагированных сегментов и величиной их функциональных улучшений на пик введения добутина и изменения фракции выброса ($r = 0,72$, $p < 0,01$). Также, выявлена прямая корреляция между ИНРС при СЭД на 4–6 сутки и ЭхоКГ через месяц ($r = 0,91$, $p < 0,01$).

Отмечена положительная динамика функционального состояния миокарда ЛЖ у всех пациентов Q ИМ. Отсутствие жизнеспособного миокарда в зоне инфаркта миокарда сопровождалось более тяжелым течением восстановительного и постинфарктного периодов. При наличии жизнеспособного миокарда процессы ремоделирования оказались менее выраженными.

Вывод: Таким образом, изменение функционального состояния миокарда левого желудочка при Q ИМ обусловлено не только необратимой дисфункцией миокарда, но и имеющейся обратимой дисфункцией миокарда. Наличие жизнеспособного миокарда в зоне ИМ в значительной степени предупреждает структурно-геометрическую перестройку ЛЖ. Раннее выполнение стентирования инфаркт-связанной артерии предупреждает распространение зоны некроза миокарда и приводит к образованию оглушенных зон миокарда.

019 ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ФОРМЫ КВЕРЦЕТИНА НА ОГЛУШЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Аляви А. Л., Кенжаев С. Р., Хаитов С. Ш.
РСНПМЦТ и МР, РНЦЭМП, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить влияние корвитина (К) на оглушенный миокард у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКС+СТ).

Материал и методы. Обследовано 95 больных ОКС+СТ в возрасте от 33 до 68 лет, поступивших в первые 6 часов от начала заболевания. Больным было проведено стандартное лечение, а также успешная ангиопластика (АП). Больные рандомизированы в две группы. 1-я группа ($n=47$) помимо стандартной терапии внутривенно получала корвитин

по схеме. 2-я группа ($n=48$) контрольная, получала только стандартную терапию. Проведена ЭхоКГ (в 1-е и 30-е сутки) и стресс-эхокардиография с добутином (ДСЭ) после стабилизации состояния на 3–6 сутки заболевания.

Результаты. В группе К исследовались 752 сегмента, в группе контроля 768. Индекс нарушений регионарной сократимости (ИНРС) составил $1,52 \pm 0,06$ и $1,67 \pm 0,04$, соответственно ($p > 0,05$). Зона асинергии миокарда в группе К составила 47,2% (355 сегментов), в контрольной группе 48,4% (375 сегментов). При ДСЭ в 1-й группе оглушенный миокард выявлен в 312 (88,3%) сегментах, а в группе сравнения в 282 (75,6%) сегментах. В среднем количество оглушенных сегментов в группе К составляло $6,63 \pm 0,05$, а в группе сравнения $5,87 \pm 0,02$ ($p > 0,01$). На 30-е сутки наблюдения у больных 1-й и 2-й группы отмечалось достоверное увеличение ФВ ЛЖ до $55,8 \pm 0,9$ и $53,4 \pm 1,0\%$. Более выраженное и достоверное увеличение ФВ ЛЖ наблюдалось в 1 группе ($p < 0,05$).

Через месяц количество нормокинетических сегментов значительно возросло в обеих группах. Сегменты с гипокинезией на 30 сутки заболевания значительно уменьшились до 5,72% в 1-й группе, до 3,7% во 2-й группе. В группе К отмечалось более достоверное уменьшение ИНРС до $1,09 \pm 0,01$ ($p < 0,01$).

По данным настоящего исследования жизнеспособные зоны асинергии в группе К выявлены в 41,9%, в контрольной группе в 36,7% сегментах, что совпало с данными других исследователей. В течении месяца отмечается восстановление сократимости в этих жизнеспособных сегментах на 97,7% в группе К и 95,3% в группе контроля.

Выводы. Дополнительное применение внутривенной формы кверцетина при проведении коронарной ангиопластики у больных ОКС+СТ, способствует уменьшению реперфузионного повреждения миокарда, большая часть которого трансформируется в оглушенное состояние.

020 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Аляви А. Л., Абдуллаев А. Х., Вусиман Н., Касимова Г. М., Нурмухамедов А. И.

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

К сожалению, наиболее частой причиной летальности больных при ревматических заболеваниях, в том числе и ревматоидном артрите (РА) являются кардиоваскулярные заболевания, которые развиваются у этих больных раньше, чем в общей в популяции. Это связано, по-видимому, с более быстрым развитием атеросклероза и артериальной гипертензии (АГ).

Цель: изучить некоторые кардиоваскулярные факторы риска у больных ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией и без артериальной гипертензии, провести сравнительный анализ изученных показателей.

Материал и методы. В исследование включили пациентов с РА в сочетании с АГ и без АГ. Активность РА оценивалась по индексу DAS 28. Определяли липидный спектр, С-реактивный белок, креатинин, мочевину, про- и противовоспалительные цитокины, некоторые показатели эндотелиальной функции, индекс массы тела (ИМТ). Проводили рентген, электрокардиографию, ультразвуковые исследования (эхокардиография, доплерография сосудов), суточное мониторирование артериального давления (АД).

Результаты показали, что у больных с РА развиваются дислипидемия, эндотелиальная дисфункция, утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий, диастолическая дисфункция. Наиболее значимыми факторами риска развития АГ у больных с РА оказались неблагоприятная наследственность по заболеваниям органов кровообращения, индекс массы тела > 25 кг/м², прием глюкокортикостероидов, продолжительность РА более 7 лет, степень активности РА, нарушения функции суставов и снижение двигательной активно-

сти, нарушения липидного обмена. Частота выявления АГ зависела от длительности РА и степени активности воспалительного процесса. Почти у половины обследованных больных РА в сочетании с АГ наблюдалось повышение систолического артериального давления, учащение частоты сердечных сокращений. Следует отметить, что чем выше степень активности РА, тем у большего числа пациентов наблюдались изменения суточного профиля АД. Сочетание РА и АГ увеличивает число больных, имеющих повышение АД в ночные часы. У женщин особое значение в развитии АГ имели, как продолжительность и степень активности РА, так и менопауза более 6 лет, прием глюкокортикоидов. АГ встречается чаще у больных с более длительным течением РА и при наличии системных проявлений болезни. При этом эндотелиальная дисфункция проявлялась в начале ревматоидного воспаления и в дальнейшем её выраженность была связана с наличием ревматоидного фактора, активностью процесса и внесуставными проявлениями РА. У больных с РА без АГ выявлены значительные нарушения в липидограмме (снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности и высокий коэффициент атерогенности).

Таким образом, высокая частота АГ у больных РА, говорит о необходимости тщательного мониторинга уровня АД для своевременного и адекватного лечения, особого внимания требуют больные с РА в сочетании с АГ с высокой степенью активности процесса и наличием системных проявлений.

021 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Аmineва Н. В., Паршина К. В., Ненастьева О. К., Боровков Н. Н.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Цель: сравнительная оценка эффективности кордарона и “электрических” методов лечения фибрилляции предсердий (ФП) и трепетания предсердий I типа (ТП).

Материал и методы. В исследование было включено 106 пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), осложнённой в 53,8% случаев ФП и в 46,2% случаев — ТП I типа. Средний возраст пациентов составил 52,3 года. Обследование больных включало общеклинические методы, изучение липидного профиля, параметров системы гемостаза, гормонов щитовидной железы, стандартную ЭКГ и эхокардиографию. Критериями исключения из исследования были инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, миокардит, перикардит, ТЭЛА, тиреотоксикоз, пороки сердца, кардиомиопатии, ХОБЛ. У 55% пациентов нарушение ритма было единственным проявлением ИБС, а у 45% сочеталось со стенокардией напряжения II–III КФК. Давность ФП и ТП составляла от нескольких часов — суток до 6 месяцев. В 24% случаев имел место рецидив аритмии. Всем больным с ФП и ТП длительностью более 48 часов перед кардиоверсией проводилась 3-х недельная подготовка варфарином до достижения значения МНО 2,0–3,0. Для восстановления синусового ритма применялись кордарон внутривенно, электрическая кардиоверсия (ЭКВ) и чреспищеводная электрическая кардиостимуляция (ЧПЭК), которая осуществлялась только у больных с ТП на аппарате “Transesophageal cardiostimulator SP-5”.

Результаты. У 38% больных с ФП давностью до 2-х суток применялся кордарон, оказавшийся эффективным в 80% случаев. У остальных больных с ФП использовалась наружная ЭКС, которая также была успешной в 80% случаев. Иная картина наблюдалась при ТП. Кордарон дал положительный результат только у 38% больных с ТП продолжительностью до 2-х суток. В большинстве случаев с целью восстановления синусового ритма у них применялись ЭКВ (у 34%) и ЧПЭК (у 40,5%). Частота нормализации ритма оказалась практически одинаковой: при ЭКВ-69,2% и при ЧПЭК — 71,4% ($p > 0,05$). Последняя была наиболее эффективна при продол-

жительности приступа менее 1 месяца (в 87,5% случаев, $p < 0,05$). Для ЭКВ зависимость частоты восстановления синусового ритма от длительности ТП не была установлена.

Выводы:

1. Амiodарон является наиболее эффективным препаратом для купирования коротких пароксизмов фибрилляции предсердий (до 2-х суток).

2. При затянувшихся приступах фибрилляции и трепетания предсердий хорошие непосредственные результаты даёт ЭКВ.

3. Альтернативой наружной ЭКВ при лечении трепетания предсердий является метод чреспищеводной кардиостимуляции, который наиболее эффективен при продолжительности трепетания менее одного месяца.

022 ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ГРУДНОМ И ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛАХ АОРТЫ

Аракелян В. С.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева Российской АМН, Россия, Москва

В отделении хирургии магистральных сосудов НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН с целью профилактики сердечно-сосудистой недостаточности во время операций по поводу аневризм грудной и торакоабдоминальной аорты применяется компьютерная технология по алгоритмической диагностике, прогнозированию и лечению осложнений созданную В. И. Бураковским, Л. А. Бокерией, В. А. Лищуком, а также чреспищеводная ЭхоКГ.

Методики применяются с целью контроля функций сердца путем мониторингирования показателей центральной гемодинамики и обеспечиваются проведением катетера Сван-Ганса в легочную артерию и ультразвукового датчика в пищевод для ЧП ЭхоКГ на этапе подготовки к операции. Применение современных методов мониторингирования позволяет интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде адекватно оценить состояние больного, диагностировать и классифицировать появляющиеся острые расстройства сердечно-сосудистой системы, анализировать не только адекватность проводимых лечебных мероприятий, но и их прогноз во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде. С помощью монитора контролируются следующие показатели, характеризующие сердечно-сосудистую систему: ЧСС, АД, ЦВД, Легочное АД, Легочное ВД, Температура тела, Сердечный индекс (методом термодилуции), Частота дыханий (по кривой изменения объема грудной клетки), насыщение капиллярной крови кислородом (чрескожная пульсоксиметрия); гемоглобалин (путем прямого подсчета). Важность проведения контроля методом ЧП ЭхоКГ обусловлена возможностью быстрого выявления зон миокарда с нарушением сократимости, а также контроля положение канюли в левом предсердии и коррекции объемных скоростей при проведении левожелудочкового обхода.

Накопленный в отделении хирургии магистральных сосудов НЦССХ опыт по хирургическому лечению более 600 больных с аневризмами грудной и торакоабдоминальной аорты позволил с целью защиты функций жизненно важных органов разработать «протокол» оперативного лечения больных с ТАА, основные положения которого приводятся ниже:

- Установление 2-х артериальных линий (правая лучевая артерия, правая бедренная или артерия тыла стопы);
- Интубация 2-х просветной трубкой;
- Пункция спинно-мозгового канала с введением дренажного катетера.
- Умеренная общая гипотермия 32°;
- ИК
- Во время пережатия аорты:
 - болюсно перед пережатием вводятся маннитол, фуросемид, тиопентал натрия;
 - прекращается инфузия всех растворов, содержащих глюкозу;

- начинается капельное введение бикарбоната натрия;
- АД в проксимальных отделах поддерживается на цифрах не ниже 160 мм рт.ст.;
- давление спинно-мозговой жидкости поддерживается на уровне ниже 10 мм рт.ст.;
- инфузия микродоз нитропруссиды натрия; кортикостероиды в/в медленно;
- адекватность перфузии дистальных отделов аорты контролируется по экскреции мочи (0,5 мл/мин);
- Согревание больного начинается после снятия зажима с аорты (применение согретых ингаляционных анестетиков, в/венных растворов в сочетании с обогревающим матрасом);
- Мониторирование показателей центральной гемодинамики и дренаж спинно-мозговой жидкости продолжается в течение 2-х суток после операции.

023 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛОЗАРТАН У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Астахова З. Т., Тогузова З. А., Шило Т. Ю.
СОГМА, Владикавказ, Россия

В настоящее время, наблюдается неуклонный рост числа лиц больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с метаболическим синдромом (МС). В связи, с чем необходимость коррекции стандартной фармакотерапии является весьма актуальной. Метаболический синдром, как предиктор сахарного диабета II, а также значимый фактор осложняющий течение ишемической болезни сердца требует подбора эффективной терапии.

Цель: оценить эффективность и безопасность антагониста рецепторов ангиотензина II (подтип AT I) Лозартана на основании изучения его влияния на суточный профиль артериального давления (АД), состояние углеводного и липидного обменов у больных ИБС в сочетании с МС.

Материал и методы: обследовано 36 больных ишемической болезнью сердца в возрасте 33–69 лет, из них мужчин — 19 человек, женщин — 17 человек. Больных разделили на 2 группы: первую (16 человек) группу составили больные, страдающие ишемической болезнью сердца; вторую (20 человек) группу составили больные с ишемической болезнью сердца в сочетании с метаболическим синдромом. Других клинически значимых заболеваний в исследуемых группах не наблюдалось. Контрольная группа была представлена 20 практически здоровыми лицами. Группы обследованных сопоставимы по полу и возрасту. Больным было проведено общеклиническое, электрокардиографическое и эхокардиографическое исследования.

Результаты: после терапии Лозартаном в течение 8 недель наблюдалось увеличение фракции выброса (ФВ) достоверно повысилась на $21,4 \pm 1,8\%$ в 1-й группе и на $17,1 \pm 1,7\%$ во 2-й группе наблюдения ($p < 0,05$). Нормализовались средние величины давления наполнения левого желудочка, достоверно уменьшившись в 1-й группе наблюдения на $24,9 \pm 1,5\%$, во 2-й — на $23,8 \pm 1,7\%$ ($p < 0,05$). Также наблюдалось статистически значимое снижение АД. Так показатель АДс снизился с АДс- $162,4 \pm 4,2$ мм рт.ст. до АДс $128,9 \pm 5,9$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). По данным холтеровского мониторирования частота желудочковых экстрасистол (ЖЭ) снизилась на 20%. Со стороны общеклинических данных наблюдалась положительная динамика.

Негативных реакций на прием Лозартана не наблюдалось. Также не выявлено негативного влияния препарата на исходно нарушенный липидный спектр крови.

Вывод: антагонист рецепторов ангиотензина II Лозартан улучшает показатели суточного профиля АД, увеличивает ФВ, и не ухудшает показатели углеводного обмена, что позволяет применять его у пациентов АГ в сочетании с ожирением и сопутствующими нарушениями липидного обмена и нарушением толерантности к глюкозе.

024 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОЖЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Асымбекова Э. У., Катаева К. Б., Мадалимов Р. Р., Шерстянникова О. М., Ахмедярова Н. К., Борбодоева Б. М., Бузиашивили Ю. И.

НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева, клинико-диагностическое отделение, Москва, Россия

В последние годы среди больных ИБС увеличивается число лиц женского пола, учитывая существующую разницу в анатомических особенностях женского сердца, характера течения атеросклероза и ИБС, можно предположить, что нарушение расслабления миокарда у женщин будет отличаться.

Цель: провести сравнительный анализ состояния диастолической функции у женщин и мужчин с ИБС и множественным поражением коронарных артерий.

Материал и методы: было обследовано 49 больных с множественным поражением коронарных артерий, планирующих на хирургическое лечение. Средний возраст составил $56,4 \pm 1,8$ лет. Мужчин было 30 человек, женщин 19. Для проведения сравнительного анализа состояния диастолической функции (ДФ) в зависимости от пола всем больным ИБС проводили исследование трансмитрального и транстрикуспидального потоков левого и правого желудочков (ЛЖ и ПЖ), сегментарная диастолическая функция была исследована с помощью тканевой доплерографии и компьютерного анализа на рабочей станции Q-Lab.

Результаты: все пациенты ИБС с множественным поражением коронарных артерий имели диастолическую дисфункцию различной степени тяжести. Среди мужчин в 40% случаев отмечалась диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ 1 степени — (нарушение расслабления миокарда), у 37% — ДД ЛЖ 2 степени (псевдонормальное нарушение) и у 23% — ДД ЛЖ 3 степени (рестриктивное нарушение). Среди женщин ни в одном случае не наблюдалось нарушения ДФ по рестриктивному типу, в 53% случаев — ДД ЛЖ 1 степени, в 47% — ДД ЛЖ 2 степени. По распространенности различных форм нарушения ДФ ЛЖ среди женщин отмечается менее тяжелое нарушение расслабления миокарда, чем у мужчин. При 1 типе нарушения ДФ ЛЖ отмечено, что у женщин короче продолжительность времени замедления скорости раннего наполнения, чем у мужчин ($152,5 \pm 9,3$ мсек против $212,8 \pm 10,8$ мсек, $p = 0,0001$). Скорости раннего и позднего наполнения ЛЖ у мужчин и женщин существенно не различались ($p = 0,47$ и $p = 0,83$). Отношение Е/А было также приблизительно одинаковым у них (у мужчин — $0,79 \pm 0,02$, у женщин — $0,8 \pm 0,02$, $p = 0,73$). Однако по расчетному показателю — коэффициенту жесткости — расслабление миокарда у женщин страдало больше ($0,43 \pm 0,01$ против $0,38 \pm 0,02$, $p = 0,02$). Более выраженные изменения аналогичной направленности наблюдались по показателям транстрикуспидального потока — у женщин нарушение расслабления миокарда ПЖ несколько превалировало по сравнению с мужчинами. При нарушении ДФ 2 степени — псевдонормальном типе — по интегральным показателям Е/А и коэффициенту жесткости различий между группами не наблюдалось, тогда как абсолютные значения скоростей раннего и позднего наполнения у женщин были выше, чем у мужчин ($p = 0,004$, $p = 0,004$). По состоянию ДФ ПЖ различий между группами не выявлено. Сегментарный анализ ДФ ЛЖ и ПЖ выявил, что при ДД 1 типа нарушение расслабления миокарда более выражено у женщин, чем у мужчин. При псевдонормальном нарушении ДФ ЛЖ наблюдается аналогичная картина.

Заключение: при множественном поражении коронарных артерий диастолическая функция больше страдает у мужчин — среди них имеется группа с рестриктивным поражением. В то же время при внутрисгрупповом анализе выявлено, что у женщин нарушение диастолической функции выражено больше.

025 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОЖЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. РЕАКЦИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОСТРОЙ ПРОБЫ С ИАПФ

Асымбекова Э. У., Мадалимов Р. Р., Шерстянникова О. М.,
Ахмедярова Н. К., Катаева К. Б., Борбодоева Б. М.,
Бузиашивили Ю. И.

НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева, клиничко-диагностическое отделение, Москва, Россия

При ИБС с множественным поражением коронарных артерий нарушение диастолической функции является ранним маркером ишемии миокарда. Диагностика диастолической дисфункции миокарда у пациентов ИБС является важным и актуальным аспектом при подготовке больных на операцию. В развитии острой сердечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде не последнюю роль играет нарушение расслабления миокарда и степень такой дисфункции.

Цель: изучение состояния диастолической функции левого и правого желудочков у больных ИБС и определение её реакции на прием ИАПФ в острой пробе.

Материал и методы. Обследовано 50 больных ИБС, средний возраст которых составил $56,6 \pm 2,3$ лет. У большинства больных имело место множественное поражение коронарных артерий, выраженная коронарная недостаточность. В последующем 90% больных перенесли операцию аорто-коронарное шунтирование. В исследование не включались пациенты с аневризмой левого желудочка (ЛЖ), нарушениями ритма сердца и патологией атрио-вентрикулярных клапанов. Всех больных обследовали по общепринятой схеме, включая ЭКГ, ЭхоКГ, КАГ. Дополнительно изучались показатели диастолической функции ЛЖ и правого желудочка (ПЖ) по трансмитральному и транстрикуспидальному потокам. Острая проба проводилась с использованием ИАПФ — каптогена в дозе 25 мг сублингвально. Повторная регистрация всех показателей по ЭхоКГ проводилась через 10–15 минут на фоне снижения АД на 10–15 мм рт.ст. от исходного значения.

Результаты. У всех обследованных больных отмечалось нарушение диастолической функции ЛЖ, выраженное в разной степени. Так у 54% больных было нарушение диастолической функции по 1 типу (нарушение расслабления), у 30% — по псевдонормальному типу и у 16% — по 2 типу (рестриктивному). Среди обследованных пациентов ИБС не было ни одного больного с нормальной диастолической функцией. В зависимости от исходного состояния диастолической функции все больные были разделены на три группы.

Показатели	1 группа	2 группа	3 группа
ЛЖ	Е, см/сек	$52,2 \pm 3,6$	$84,04 \pm 5,0$
	А, см/сек	$68,7 \pm 4,5$	$70,72 \pm 3,70$
	Е/А	$0,71 \pm 0,03$	$1,19 \pm 0,02$
	ВЗ, мсек	$210,4 \pm 7,7$	$230,58 \pm 6,16$
	ВИР, мсек	$114,6 \pm 6,01$	$99,75 \pm 8,22$
	ВЗ, мсек	$42,1 \pm 3,07$	$52,61 \pm 2,06$
ПЖ	Е, см/сек	$42,1 \pm 3,07$	$52,61 \pm 2,06$
	А, см/сек	$33,1 \pm 2,07$	$35,55 \pm 1,95$
	Е/А	$1,31 \pm 0,06$	$1,53 \pm 0,09$
	ВЗ, мсек	$212,5 \pm 7,87$	$223,42 \pm 10,86$

Показатели диастолической функции ПЖ у больных 1 группы были практически в пределах нормальных значений. Во 2 и 3 группах показатели отличались от нормальных значений и их изменения были подобны нарушению диастолической функции ЛЖ. В ответ на проведение острой пробы с ИАПФ отмечается улучшение диастолической функции как левого, так правого желудочка. Положительные изменения диастолической функции ЛЖ после приема каптогена объясняются реакцией на снижение давления в полости сердца за счет снижения пред- и постнагрузки. Проведение подобной пробы может быть прогностическим маркером изменения диастолической функции после проведения операции прямой реваскуляризации миокарда.

Таким образом, у всех больных ИБС, планирующих на операцию реваскуляризации миокарда, отмечается нарушение диастолической функции левого желудочка, выраженное в той или иной степени, при этом не всегда наблюдаются нарушения диастолической функции правого желудочка.

026 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО И НЕИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Атанязов Х. Х., Марданов Б. У., Абдуллаев Т. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение особенностей развития и течения ишемической кардиомиопатии у больных ИБС с перенесенным инфарктом миокарда и без такового.

Материал и методы. Проведен анализ данных 38 больных ($59,3 \pm 1,7$ лет, муж/жен 34/4) с длительным анамнезом ИБС (давность заболевания $5,7 \pm 0,29$ лет), осложненной II–IV ФК ХСН. Структурные изменения сердца у исследуемых больных характеризовались рентгенологически III степенью кардиомегалии (средние значения КТИ составили $61,5 \pm 1,8\%$) и КДО ЛЖ, составивший $241 \pm 10,5$ мм³. При этом, у 10 больных из данной категории, ХСН развилась на фоне ИБС без развития инфаркта миокарда, которые анализировались как I гр., ср. возрастом $56,2 \pm 1,3$ года. С целью сравнительного изучения особенностей течения ХСН была сформирована вторая ($n=14$; $61,5 \pm 1,8$ лет) группа больных с постинфарктным кардиосклерозом (однократный ИМ с давностью $6,57 \pm 0,8$ лет). Соответственно у 7 (70%) и 8 (57%) больных в каждой группе основному диагнозу сопутствовала АГ I и 2 степени со средними значениями $130 \pm 5,2$ мм рт.ст. и $131,4 \pm 5,8$ мм рт.ст. ($p>0,05$). Анализировались анамnestические, демографические и клинические параметры. Стоит отметить, что перенесенный ИМ был исключен в т.ч. по результатам коронароангиографии.

Результаты. Удельный вес больных ИКМП, развившейся без ИМ среди всех, обследованных нами пациентов ХСН ишемического генеза составил 26,3%. Тяжесть ХСН у больных сравниваемых групп оказалась практически одинаковой, соответственно составляя в среднем $3,64 \pm 0,1$ против $3,5 \pm 0,11$ ($p>0,37$). Сравнение показателей ЭхоКС также не выявило достоверных различий показателей функции ЛЖ: КДР ЛЖ и ФВЛЖ соответственно составили $68,5 \pm 1,2$ мм и $41,4 \pm 2,1\%$, против $67,8 \pm 1,58$ мм и $41,9 \pm 1,6\%$ (оба $p>0,05$). Анализ давности ХСН к моменту включения в исследование показал, что у больных с перенесенным ИМ она оказалась меньше на 14,8% сравнительно группы больных с прогрессирующим дистальным атеросклерозом ($48,5 \pm 5,7$ мес и $41,3 \pm 3,2$ мес, соответственно, $p=0,02$). При этом, обращает внимание тот факт, что средний возраст больных I группы к моменту развития симптомов ХСН (даже в отсутствие острого повреждения миокарда) оказался на 9,3% моложе группы сравнения ($52,5 \pm 1,05$ и $57,9 \pm 1,8$ лет; $p=0,02$). У пациентов второй группы клинические симптомы ХСН развивались в среднем спустя $32,7 \pm 6,1$ мес после перенесенного ИМ.

Таким образом, по результатам нашего исследования практически у ¼ больных ИБС ремоделирование сердца с клиническими симптомами ХСН развивается в отсутствие ИМ. Более позднее развитие ХСН у больных II группы, возможно, объясняется тем, что приверженность к медикаментозной терапии у них выше ввиду перенесения ИМ, а также большего контроля со стороны врачей.

027 К ВОПРОСАМ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Ахматов Я. Р., Марданов Б. У., Абдуллаев Т. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: сравнительное изучение прогноза жизни больных дилационной кардиомиопатией с преимущественным поражением правых отделов сердца (ПЖ ДКМП) и бивентрикулярной сердечной недостаточностью (ДКМП би-СН).

Материал и методы. За период с 2000 по 2011 гг при РСЦК было обследовано и взято под наблюдение более 280 больных ДКМП, из них 20-с ПЖ ДКМП (I гр., ср. возрастом $43,48 \pm 13,79$ лет). Для сравнительного анализа была сформирована II гр. пациентов ($n=40$; ср. возрастом $47,95 \pm 11,85$) с идиопатической ДКМП и тотальным поражением сердца, сопоставимых по полу, возрасту и длительности заболевания (к моменту установления диагноза). Изучался в т.ч. ретроспективно 5 летний прогноз жизни больных. Анализировали: частоту развития и причину летальных исходов.

Результаты. Изучение прогноза больных показало, что смертность в сравниваемых группах оказалась практически одинаковой: 12 (60%) против 22 (55%) при недостоверном (на 5%) преобладании среди больных с ПЖ ДКМП ($\chi^2=0,008$; $p=0,927$). Анализ причин смерти в качестве ведущей у больных с ПЖ ДКМП выявил фатальную тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), развившейся в 50% случаев; у 3 (25%) больных смерть была обусловлена внезапной смертью (ВС), и столько же — в результате прогрессирующей декомпенсации хронической СН. Во II группе, напротив, ТЭЛА служила причиной смерти лишь в 9% случаев ($\chi^2=5,12$; $p=0,02$ по сравнению с I группой). При этом большинство больных ДКМП с би-СН умерли в результате прогрессирования ХСН (12 случаев 54,6%; $\chi^2=1,681$; $p=0,195$ по сравнению с I группой).

Таким образом, изучение прогноза жизни больных ДКМП показало, что показатель 5-летней летальности больных ПЖ ДКМП и ДКМП би-СН, составляя более 50%, оказался практически одинаковым. При этом, выявляются различия в причинах смерти в зависимости от типа поражения сердца.

028 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ РИТМОВ МИКРОСОСУДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Ахминеева А.Х., Полунина О.С.

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

Цель: оценить состояние эндотелиальных ритмов микрососудов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в зависимости тяжести заболевания в динамике.

Материал и методы. Было обследовано 250 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и 50 соматически здоровых лиц Астраханского региона. Средняя длительность заболевания составила $21,13 \pm 1,88$ год. Диагноз ХОБЛ и стадии заболевания устанавливался согласно рекомендациям, представленным программой «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких» (GOLD, 2008). Исследование кожной микроциркуляции проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии с помощью аппарата ЛАКК-02.

Результаты. При ЛДФ — тестировании больных со средне-тяжёлым течением ХОБЛ амплитуда эндотелиальных ритмов (Аэ) составила $0,74 \pm 0,09$ ед., что достоверно ($t=4,87$; $df=73$; $p=0,0006$) выше, чем в контрольной группе — $0,40 \pm 0,05$ ед. Амплитуда эндотелиальных ритмов, нормированная по флаксу (Аэ/ЗСКВ), у больных со среднетяжёлым течением ХОБЛ была статистически значимо ($t=3,26$; $df=73$; $p=0,002$) выше аналогичного показателя в группе соматически здоровых лиц. Амплитуда эндотелиальных ритмов, нормированная по ПМ (Аэ/ПМ), у больных со среднетяжёлым течением ХОБЛ составила $9,02 \pm 0,07$ ед., что статистически значимо ($t=3,05$; $df=73$; $p=0,0031$) выше, чем в группе соматически здоровых лиц — $6,05 \pm 0,54$ ед. У больных ХОБЛ среднетяжелого течения имело место усиление амплитуды эндотелиальных ритмов. У пациентов ХОБЛ тяжелого течения при статистически зна-

чимом ($t=-2,23$; $df=86$; $p=0,028$) увеличении абсолютного показателя амплитуды эндотелиальных ритмов значимого прироста нормированных показателей не произошло.

После стационарного лечения у больных ХОБЛ нами повторно оценивались амплитуды эндотелиальных ритмов. Нивелирование активации микрососудистого эндотелия у пациентов с ХОБЛ среднетяжелого течения после лечения подтверждало её обратимый характер и доказывало роль данного процесса как фактора компенсации, обеспечивающего адекватный микрокровоток в условиях гипоксии. У пациентов ХОБЛ тяжелого течения, несмотря на развившуюся гиперемию в микрососудистом русле, истинного увеличения активности эндотелия не происходило. Отсутствие статистически значимого изменения эндотелиальной активности у пациентов с тяжёлым течением ХОБЛ после лечения мы рассматривали как результат недостаточного компенсаторного эндотелиального ответа при обострении заболевания и некоторой торпидности микрососудистого эндотелия при тяжелом течении ХОБЛ у пациентов.

Выводы. Дисфункция амплитуд эндотелиальных ритмов сохранялась у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ и после лечения. Это указывает на глубокие и стойкие изменения в микрососудистом эндотелии, возникающие у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ.

029 УПРАВЛЯЕМАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ГИПОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Байда А.В., Пристром М.С.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Белоруссия

Не вызывает сомнений, что оперативность адаптационных процессов играет значительную роль в развитии заболевания, его прогнозе и обеспечении необходимого уровня качества жизни больных.

Поскольку при ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) важным патогенетическим механизмом является нарушение процессов микроциркуляции и транспорта кислорода, представляется целесообразным включение в комплексное лечение этой патологии методов, направленных на мобилизацию процессов адаптации к гипоксии и гипоксемии.

Известно, что одним из воздействий, значительно повышающим устойчивость функциональных систем и структур организма к ишемии, является высокогорная гипоксия.

Цель: разработка комплексного метода лечения и реабилитации больных ИБС и АГ с использованием адаптации к периодической гипобарической гипоксии, позволяющего сократить объем медикаментозной терапии.

Всего обследовано 64 больных АГ в сочетании с атеросклеротическим кардиосклерозом в возрасте 50–65 лет (средний возраст $59 \pm 4,5$ года). 19 из них получали обычное медикаментозное лечение и 45 — комплексную терапию, включающую курс адаптации к периодической барокамерной гипоксии.

Обследовано также 53 больных ИБС — стенокардией разного функционального класса, в возрасте 55–70 лет (средний возраст $63 \pm 4,5$ года). 14 из них получали обычное медикаментозное лечение и 39 — комплексную терапию, включающую курс гипобаротерапии.

Гипоксическая терапия осуществлялась в барокамере в следующем режиме: высота «подъема» — 3000 метров, длительность — 1 час, продолжительность курса — 12 сеансов.

С позиций индивидуализации проводимого лечения гипоксическое воздействие проводилось дифференцированно. Выбор дифференцированного режима осуществлялся с учетом реакции пациента на гипоксическое воздействие путем оценки клинического состояния и исследования вариабельности сердечного ритма до и после сеанса гипобаротерапии.

Кроме того, для объективного определения оптимальной длительности курса лечения и кратности их повторения в последующем оценивалась эффективность адаптационных механизмов и уровень резервных возможностей организма на данный момент времени путем определения variability сердечного ритма. Также с этой целью проводилось определение резервных возможностей коры надпочечников путем фармакологической нагрузки цинк кортикотропином и последующим определением прироста экскреции с мочой общих 17 оксикортикостероидов.

Применение гипоксической терапии при ИБС и АГ позволяет получить более существенный гипотензивный и антиангинальный эффект, сократить количество обострений заболевания и уменьшить, в итоге, объем медикаментозной терапии.

030 ЛЕЧЕНИЕ СИБУТРАМИНОМ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА КАК ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ

Барабанова Л. В., Барабанова Н. Г.

НИИАГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН, СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В РФ ожирением страдают 30–40% женщин, в том числе 25% — репродуктивного возраста. Абдоминальное ожирение является одной из причин развития атеросклероза, гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа и гормонального бесплодия.

Цель: оценка эффективности и безопасности 6-месячного лечения анорексигенным препаратом центрального действия сибутрамином молодых женщин с ожирением, применяющих низкодозированный эстроген-гестагенный контрацептив линдинет-20.

Материал и методы. Обследовано 120 женщин с ожирением I–III степени, средний возраст — 27,2±1,3 года. Обследование включало антропометрию, определение композиционного состава тела с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, мониторинг АД и ЭКГ, определение липидного спектра и глюкозы крови, показателей функции печени и свертывающей системы крови, оценка гормональной функции (ФСГ, ЛГ, пролактин, прогестерон), размеров и структуры яичников (УЗИ органов малого таза).

Результаты. Большинство обследованных женщин (55,8%) имели алиментарное ожирение, наследственная предрасположенность к ожирению выявлена у 47,5%, отягощенный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний — у 75,8% больных. Дислипидемия выявлена у 80,8% женщин, нормогонадотропная овариальная недостаточность — у 70% женщин, бесплодие отмечено у 40% пациенток. Вредные привычки (курение, регулярное употребление алкоголя) имели 45,8% женщин. Шестимесячный курс лечения сибутрамином (линдаксой) в дозе 10 мг/сутки в сочетании с низкокалорийной диетой и гормональной контрацепцией приводит к снижению массы тела у всех пациенток на 14,3±0,57 кг (15,1% от исходной массы). Наиболее интенсивное снижение массы тела наблюдалось в первые 3 месяца лечения. Индекс массы тела снизился с 35,2±1,06 кг/м² до 31,3±0,93 кг/м² (p<0,05). Улучшение антропометрических показателей сопровождалось снижением содержания массы жировой ткани на 21,7% и незначительным снижением нежировой ткани (на 5,0%). Снижение массы тела сопровождалось достоверным улучшением показателей липидограммы. После лечения наблюдалось снижение общего холестерина на 8%, ТГ — на 18%, ЛПНП — на 5%, ЛПОНП — на 27%, коэффициента атерогенности — на 17,1%, и значительное увеличение ЛПВП — на 22%. После шести месяцев терапии наблюдалась нормализация размеров яичников и восстановление полноценного овуляторного цикла у 59,2% женщин. Побочные эффекты (сухость во рту, сердцебиение,

бессонница, головная боль, тошнота) отмечали 69,2% больных. Побочные эффекты были невыраженными и не требовали отмены препаратов.

Выводы. Лечение ожирения сибутрамином у женщин репродуктивного возраста снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и эндокринного бесплодия.

031 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

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

ГБОУ ВПО «РНИМУ» им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России, ДКЦ № 1 УЗ ЮЗАО ГУЗ, Москва, Россия

Цель: с помощью основных эхокардиографических параметров оценить функциональное состояние малого круга кровообращения у больных хронической обструктивной болезнью легких среднетяжелого и тяжелого течения

Материал и методы. Обследованы 34 больных, в том числе, 1-ая группа- 15 больных ХОБЛ, среднетяжелого течения, со стажем курения ≥ 10 пачка-лет, без признаков прекапиллярной ЛГ, согласно критериям European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (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-12 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±2,5 г. 3-я группа — 7 больных ХОБЛ, тяжелого течения, со стажем курения ≥20 пачка-лет, с признаками прекапиллярной ЛГ, средний возраст 67,2±3,1 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Проводилось ЭхоКГ исследование на аппарате TOSHIBA, Xario SSA-660A, учитывалось среднее значение из 3-х измерений синхронно с ЭКГ, во время спокойного выдоха. Расчёт ЛСС проводился по формуле А. Abbas (2003) с учётом пиковой скорости ТР и интеграла линейной скорости в ВТЛЖ, в импульсно-волновом режиме. СрДЛА рассчитывали по методу А. Kitabatake, СДЛА по скорости струи ТР. Оценка параметра глобальной систолической функции ПЖ по величине УО с расчётом МО и СИ МКК. Эхокардиографическое исследование включало оценку планиметрических и гемодинамических параметров правых и левых отделов сердца.

Результаты. Спирометрические показатели ФВД: ОФВ1 и индекс Тиффно были снижены в первой группе на 24% и 31%, а во второй — на 36% и 37% соответственно по сравнению с контрольной (p<0,001), в третьей группе — на 52% и 40%. В 1 группе наблюдалось незначительное, диагностически незначимое повышение величины СДЛА до 28,4±0,4 мм рт.ст., среднего давления до 19,5±0,3 мм рт.ст. и величины ЛСС-1,54±0,1 (p>0,05)WU, а также увеличение сердечного индекса малого круга кровообращения до 3,82±0,01 (p<0,01) и минутного объема МКК до 7,59±1,2 мл/мин. Во 2 группе- на фоне умеренного повышения СДЛА до 36,9±1,0 (p<0,01) мм рт.ст. и СрДЛА до 25,0±1,2 (p<0,01) мм рт.ст., повышенного ЛСС до 2,02±0,03 (p<0,01) Wood, наблюдался нормокинетический тип гемодинамики МКК с величиной СИ 2,62±0,03 (p>0,05). В 3 группе больных гипокинетический тип гемодинамики с СИ 2,17±0,02 (p<0,01) сопровождался значительным повышением ЛСС до 2,87±0,03 WU (p<0,001) на фоне повышения СДЛА до 43,5±1,0 (p<0,01) мм рт.ст. и СрДЛА до 31,0±1,4 (p<0,01) мм рт.ст.

Выводы. Начальные признаки изменений правых отделов сердца у больных ХОБЛ сопровождаются гиперкинетическим типом гемодинамики МКК без достоверных признаков повышения постнагрузки. Дальнейшие патологические процессы на этапе компенсации характеризуют-

ся поддержанием сердечного выброса в покое в пределах нормальных значений, несмотря на нарастающую постнагрузку. У больных с тяжелой бронхообструкцией гипоксический тип гемодинамики МКК возникает на фоне достоверного значительного роста постнагрузки — прекапиллярной ЛГ со стабильно высоким ЛСС.

032 ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ ПО МЕРЕ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Баталова А. А., Ховаева Я. Б., Агафонова Т. Ю.

ГБОУ ВПО Пермская медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера Минздравсоцразвития России, Пермь, Россия

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

Материал и методы. Обследовано 119 человек. Средний возраст составил $46,2 \pm 0,79$ лет. Все обследованные разделены на 4 группы, различающихся по уровню артериального давления (АД) и наличию признаков атеросклероза в сосудах. I группа (30 человек) — практически здоровые лица. II группа (40 человек) — лица с артериальной гипертензией (АГ) I — II стадии без признаков атеросклероза сосудов. III группа (25 человек) — пациенты с АГ в сочетании с начальными признаками атеросклероза в сосудах: утолщение комплекса интима-медиа общей сонной артерии при ультразвуковом исследовании сосудов более 1 мм. Группа IV (24 человека) — пациенты с АГ в сочетании с атеросклерозом, у которых при ультразвуковом исследовании выявлены атеросклеротические бляшки. Лицам всех групп проводилось триплексное исследование сосудов на аппарате ALOCA 5000 (Япония) и окклюзионная плетизмография на приборе «Fluvoschrift forte» (Германия) в средней трети предплечья и голени в покое и при функциональной пробе с реактивной гиперемией. О функции эндотелиального механизма судили по снижению суммарной величины прироста радиуса прекапиллярных сосудов сопротивления (Δr), приросту радиуса прекапиллярных сосудов на 1 мм рт. ст. ($\Delta r/Hg$) после пробы с реактивной гиперемией.

Результаты. Прирост радиуса прекапиллярных сосудов на 1 мм рт. ст. ($\Delta r/Hg$). $\Delta r/Hg$ в регионе предплечья в гр. I — $0,73 \pm 0,03$, в гр. II — $0,64 \pm 0,02$ (p I—II < 0,05), в гр. III — $0,56 \pm 0,05$ (p I—III < 0,01), в гр. IV — $0,54 \pm 0,04\%$ мм рт.ст. (p I—IV < 0,008). В регионе голени — в гр. I — $0,83 \pm 0,07$, в гр. II — $0,78 \pm 0,06$ (p I—II < 0,63), в гр. III — $0,61 \pm 0,07$ (p I—III < 0,05), в гр. IV — $0,58 \pm 0,08\%$ мм рт.ст. (p I—IV < 0,008).

Выводы.

1. При появлении начальных признаков атеросклероза у лиц с АГ, снижение эндотелиальной функции более выражено, носит распространенный характер: страдает как регион предплечья, так и регион голени.

3. Наибольшее нарушение эндотелиальной функции нами выявлено в группе АГ в сочетании с атеросклерозом. Сочетание этих двух патологических процессов приводит к заметному снижению функции эндотелия микроциркуляторного русла периферических тканей.

033 ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г. А., Мясоедова С. Е.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», кафедра терапии и эндокринологии ФДППО, Иваново, Россия

Цель: установить особенности дислипидемии и эффективность ее коррекции у женщин среднего и пожилого возраста с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы: наблюдались 104 пациента с СД 2 типа средней степени тяжести и гиперлипидемией, из них 80 женщин и 24 мужчины — средний возраст $60,0 \pm 6,2$ лет и $56 \pm 5,3$ года ($p=0,01$), длительность СД $4,9 \pm 4,3$ лет и $5,75 \pm 3,5$ лет ($p=0,12$), соответственно. Для лечения гиперлипидемии применялись аторвастатин (20 мг в сутки) и 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 $M \pm \sigma$, где M — среднестатистическое значение, σ — стандартное отклонение. Различия при $p \leq 0,05$ рассматривались как статистически значимые.

Результаты: у 91,4% женщин и 83,4% мужчин преобладала комбинированная гиперлипидемия. Исходные показатели ОХС достоверно не различались и составили $7,0 \pm 1,7$ ммоль/л у женщин и $6,7 \pm 1,5$ 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 — $4,29 \pm 1,5$ ммоль/л и $4,8 \pm 1,2$ 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 $4,65 \pm 0,74$ ммоль/л ($p < 0,0001$), у мужчин до $4,63 \pm 0,82$ 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 $1,9 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,0001$), у мужчин снижение ТГ до $3,39 \pm 1,1$ ммоль/л ($p=0,18$). За период наблюдения кардиоваскулярных событий, побочных эффектов гиполипидемической терапии в обеих группах наблюдения не зарегистрировано.

Выводы: у большинства женщин и мужчин среднего и пожилого возраста с СД 2 типа отмечается комбинированный тип атерогенной дислипидемии. При гипертриглицеридемии с уровнем 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 профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

034 ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РИТМОВ И ОСОБЕННОСТИ ХРОНОТИПОВ АД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

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

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

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

Материал и методы. Обследовано 157 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с АГ. Из них 93 пациента, работающих в условиях заполярной вахты, 64 — постоянно проживающих в средней полосе (г. Тюмень). Группы были сопоставимы по возрасту, офисному САД, ДАД. Диагноз верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008–2010 гг.). Всем обследованным выполнено СМАД на «чистом» фоне или на 3–4 день

отмены гипотензивных препаратов. Проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хроно-типа АД.

Результаты. По результатам анализа СМАД в условиях Севера преобладала ночная систоло-диастолическая гипертензия ($P=0,0274$ для САДн, $P<0,00001$ для ДАДн, $P=0,0006$ для ИВДАДн) с более высокой среднесуточной ЧСС и вариабельностью ЧСС ($P<0,00001$), плоским типом суточных ритмов АД и ЧСС. В тюменской группе — преимущественно дневная систолическая АГ ($P=0,0002$ для САДд, $P=0,0062$ для ИВСАДд). В группе наблюдения преобладали типы суточного профиля (СП) «non dipper» ($P<0,00001$) и «night peaker» ($P=0,0073$), характеризующие недостаточное ночное снижение АД. СИСАД, СИДАД и ЦИ ЧСС были значимо меньше ($P<0,00001$) в северной группе. В группе сравнения преобладали СП «dipper» ($P=0,0439$), «over dipper» ($P<0,00001$), что соответствовало более высоким значениям ВУПСАД, ВУПДАД, СУПСАД и значимо — СУПДАД ($P=0,0027$). Хронобиологический анализ СМАД показал, что в тюменской группе значимо чаще встречались нормотензивные хронотипы суточных кривых (48,4% против 21,5%, $P=0,0005$), хронотип ДАД «Аллонормотензия» ($P=0,0345$) и незначимо хронотип «Истинной нормотензии» ($P=0,0582$). В условиях Севера имела место незначимая тенденция к увеличению числа лиц с хронотипами «МЕЗОР АГ» ($P=0,0891$) и «Фазовая АГ» ($P=0,0713$) по данным САД и ДАД. По частоте регистрации других хронотипов группы были относительно идентичны.

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

035 ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У РАБОТНИКОВ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ЦЕНТРА ЯДЕРНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Белоусова Л. Н.

ФБУН Федеральный научный центр гигиены им Ф. Ф. Эрисмана, Москва, Россия

В неблагоприятных социальных условиях в большей мере проявляется обострение несоответствия между биологическими возможностями организма человека и производственными требованиями, что создает предпосылки к нарушению здоровья.

В последние 30 лет отмечается резкий рост заболеваемости сахарным диабетом, особенно в промышленно развитых странах, где его распространенность составляет 5–6% и имеет тенденцию к дальнейшему увеличению, в первую очередь в возрастных группах старше 40 лет. Каждые 10–15 лет число больных диабетом удваивается и к 2025 году достигнет 300 миллионов. Это происходит за счет прироста больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа, на долю которого приходится около 6–7% общей популяции.

Цель: научное обоснование и разработка комплекса лечебно-профилактических мероприятий по профилактике сахарного диабета 2 типа у работников научно-производственного центра ядерной промышленности.

Методы. При проведении исследования применялись гигиенические, клинично-функциональные, лабораторные и математико-статистические методы исследования.

Результаты. При обследовании 300 работников научно-производственного центра ядерной промышленности у 30% было выявлено нарушение толерантности к углеводам и у 34,7% сахарный диабет 2 типа. При этом, 80% пациентов имели избыточную массу тела и ожирение, а также артериальную гипертензию. Исследование липидного спектра крови показало, что у большинства пациентов имеется

гиперхолестеринемия, у 30% пациентов — метаболический синдром.

У пациентов с сахарным диабетом использовалась диета с ограничением легкоусвояемых углеводов, мясо и рыба нежирных сортов, молочные продукты с низким процентом жира, а так же расширение объема физической нагрузки (посещение спортивного зала, бассейна). После соблюдения пациентами данного режима в течение 6 месяцев, у 60% из них уровень гликемии натощак находилась в пределах нормальных значений, у 40% пациентов произошло снижение массы тела.

Применение препаратов метформина, механизм действия которых основан на снижении интенсивности глюконеогенеза в печени, проводилось у пациентов с сахарным диабетом с ожирением и избыточной массой тела и выраженной гипергликемией натощак. Это позволило отметить значительное снижение гликемии натощак, а так же нормализацию липидного обмена.

Выводы: таким образом, выявление и анализ факторов риска окружающей и производственной среды для здоровья работающих, изучение состояния их здоровья, позволяет выявлять ранние проявления эндокринных нарушений с целью проведения своевременных и эффективных лечебно-профилактических мероприятий.

036 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бердников С. В.^{1,2}, Вишневский В. И.¹, Бердникова О. А.²

ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет», Медицинский институт¹, Орел; БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»², Орел, Россия

Цель: исследовать распространенность и тяжесть анемии у больных, госпитализированных в стационар с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

Материал и методы. В исследование включено 157 пациентов (средний возраст $64,9 \pm 10,1$ лет), поступивших в кардиологическое отделение Орловской областной клинической больницы с ОДХСН. У 67,5% пациентов имела место АГ, у 45% — регистрировалась постоянная/персистирующая форма фибрилляции предсердий, у 23,5% — в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. ОДХСН диагностировали на основании наличия у пациента периферических отеков, влажных хрипов в легких, признаков застоя по малому кругу кровообращения по данным рентгенографии, $E/Em > 15$ и/или ФВ ЛЖ $< 40\%$ по данным ЭхоКГ. Оценивали уровень эритроцитов, гемоглобина и железа крови. Критериями анемии считали концентрацию гемоглобина менее 120 г/л (данный уровень выбран согласно исследованию OPTIME, которое продемонстрировало увеличение риска смерти или повторной госпитализации на 12% при уровне гемоглобина менее 120 г/л), железодефицита — менее 14 мкмоль/л для мужчин и менее 10 мкмоль/л для женщин.

Результаты. Средняя концентрация гемоглобина у больных с ОДХСН составила $127,9 \pm 14,2$ г/л. Уровень гемоглобина менее 120 г/л регистрировался у 14,6% пациентов, менее 100 г/л — у 5,0%. Железодефицитное состояние регистрировалось у 24,8% больных (10% мужчин и 14,8% женщин); средняя концентрация железа крови составила $14,0 \pm 4,9$ г/л. Количество эритроцитов крови у пациентов с ОДХСН не было снижено и составило в среднем $4,3 \times 10^{12} \pm 0,6 \times 10^{12}/л$.

Выводы. Выявлена значительная распространенность хронической железодефицитной анемии у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности. Учитывая отрицательную прогностическую значимость анемического синдрома у пациентов с ОДХСН, необходимы более тщательный догоспитальный мониторинг и коррекция анемии, что позволит улучшить прогноз у данной категории больных.

037 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бердников С. В.^{1,2}, Вишневский В. И.¹, Бердникова О. А.²

ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет», Медицинский институт¹, Орел; БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»², Орел, Россия

Цель: исследовать выраженность анемии при различных стратегиях амбулаторного ведения пациентов с тяжелой ХСН.

Материал и методы. В исследование включено 122 пациента в возрасте 55–75 лет (средний возраст – 65,4±5,4) с выраженной ХСН (III – IV ФК, IIA – IIB стадии по классификации Стражеско-Василенко). Больных рандомизировали на 3 равные группы: I – группа госпитального обучения амбулаторному самоконтролю в рамках «Школы для больных ХСН», II – группа стандартного госпитального обучения в «Школе для больных ХСН» без стратегии амбулаторного самоконтроля, III – группа контроля. Во время госпитального лечения пациенты II группы, проходили курс обучения по 5 темам: «Общая информация о ХСН», «Симптомы ХСН», «Образ жизни и физическая активность», «Диета при ХСН», «Медикаментозная терапия ХСН». Пациенты группы I, посещали еще 2 занятия на тему «Эффективный самоконтроль». По соотношению ФК, стадии и длительности ХСН, полу, возрасту, сопутствующей патологии группы были сопоставимы. Терапия в группах не отличалась и соответствовала последним клиническим рекомендациям ВНОК. Контрольные визиты – через 3, 6 и 9 месяцев, во время которых оценивался уровень гемоглобина, эритроцитов и железа крови.

Результаты. Средняя концентрация гемоглобина у пациентов I, II и III групп к концу исследования составила 127,6±11,6 г/л, 126,5±13,0 г/л, 127,6±11,4 г/л, соответственно (различия между группами недостоверны). Средняя концентрация эритроцитов к концу исследования также достоверно не отличалась между группами. Достоверной динамики концентрации железа сыворотки крови в группах I, II и III через 9 месяцев наблюдения не получено: 14,0±4,9 мкмоль/л, 13,0±3,7 мкмоль/л, 14,0±4,8 мкмоль/л, соответственно.

Выводы. Нами не выявлено достоверной коррекции анемического синдрома при использовании стратегий амбулаторного самоконтроля и госпитального обучения у больных с выраженной ХСН. Отсутствие различий между группами может быть обусловлено небольшим периодом наблюдения (9 мес.).

038 РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОГНОЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Бехбудова Д. А., Ахмедова Т. А.

НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

В рамках проспективного исследования динамики показателей состояния здоровья пациентов с фактором наследственной отягощенности по ишемической болезни сердца (ИБС) были собраны и проанализированы сведения о пациентах, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и прошедших первичное обследование в отделении «Профилактической кардиологии» НИИК. Длительность периода времени между первичным и вторичным исследованиями составила в среднем 18,9±0,3 лет. Сбор интересующих нас сведений осуществляли в беседах по телефону и при личных контактах с больными ИБС и/или членами их семей. Интерес представляла судьба пациентов, перенесших ИМ в возрасте моложе (1-я группа) и старше 55 лет (2-я группа).

Были установлены следующие различия между двумя указанными группами: в 1-й группе чаще по сравнению со 2-й группой отмечались случаи повторного ИМ; причем, повторный ИМ после перенесенного первого ИМ в 1-й группе раз-

вивался позже по сравнению со 2-й группой (16,3±7,4 лет и 7,3±5,8 лет, соответственно); в 1-й группе в 30% случаев в анамнезе отмечено наличие 3-го ИМ, во 2-й группе не было ни одного случая 3-го ИМ. В 1-й группе летальный исход зафиксирован в 70% случаев. В 40% из них причиной являлся повторный ИМ. Среди пациентов 2-й группы летальный исход отмечен в 50% случаев. Причиной половины из них также являлся повторный ИМ. Средняя продолжительность жизни после 1-го ИМ в 1-й группе составила 15,9±2,3 лет, а во 2-й группе этот показатель оказался ниже – 8,8±3,9 лет. Следует отметить, что, несмотря на большую продолжительность жизни после 1-го ИМ в 1-й группе, общая продолжительность жизни пациентов этой группы оказалась короче по сравнению со 2-й группой (66,2±2,5 лет и 74,1±4,08 лет, соответственно). Почти в равном проценте случаев в анамнезе пациентов обеих групп отмечен перенесенный инсульт (30% и 25%). В отличие от 2-й группы в 1-й группе в 20% случаев отмечена заболеваемость сахарным диабетом после перенесенного ИМ.

Представленные данные свидетельствуют о более тяжелом течении заболевания и прогнозе жизни у лиц, перенесших ИМ в более молодом возрасте. Возможно, желание вести более активный образ жизни, соответствующий трудоспособному возрасту пациентов 1-й группы, создает предпосылки для указанных выше различий между изучаемыми группами. По-видимому, необходимо более результативное внедрение программ физической и психологической реабилитации, специально разработанных для пациентов, перенесших ИМ в трудоспособном возрасте.

039 ПРИМЕНЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бешилева Д. Д., Калашиников В. Ю., Головенко Е. Н.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Кардиоваскулярная автономная нейропатия (КАН) ассоциируется с повышенной смертностью и неблагоприятным прогнозом у больных сахарным диабетом 2 типа (СД). КАН диагностируется на основании серии стандартных тестов, но в последнее время все большее значение придается менее трудоемким и более чувствительным методикам оценки автономной функции – вариабельности ритма сердца (ВРС) и турбулентности ритма сердца (ТРС).

Цель: изучить роль ВРС и ТРС в диагностике КАН у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и СД.

Материал и методы: в исследование включены 185 пациентов, госпитализированных в ФГБУ «Эндокринологический научный центр» в течение 2009–2011 годов, (99 мужчин и 86 женщин), средний возраст 65 (59; 73) лет. Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю группу включены 93 больных ИБС и СД, во 2-ю – 43 пациента с ИБС без СД, в 3-ю – 49 пациентов с СД без ИБС. Проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторирование ЭКГ с анализом ВРС и ТРС, эхокардиография.

Результаты: на основании нарушений ВРС и ТРС выявлялась КАН. При сочетании патологически измененных параметров ВРС и ТРС (стандартное отклонение длительности интервалов между синусовыми сокращениями – SDNN <100 мс и наклон турбулентности – TS <2,5 мс/RR) диагностировалась тяжелая степень КАН, при наличии одного из патологически измененных параметров SDNN <100 мс или TS <2,5 мс/RR диагностировалась легкая степень КАН, при сочетании SDNN >100 мс и TS >2,5 мс/RR нарушения автономной нервной системы не выявлялись. Так, КАН отсутствовала у 30 (32,3%) пациентов 1 группы, 25 (58,1%) пациентов 2-й и 21 (42,9%) пациента 3-й, легкая КАН выявлена у 30

(32,3%) пациентов 1 группы, 15 (34,9%) пациентов 2-й и 21 (42,9%) пациента 3-й, тяжелая КАН выявлена у 33 (35,5%) пациентов 1 группы, 3 (7%) пациентов 2-й и 7 (14,3%) пациентов 3-й. Различия были статистически значимыми при сравнении 1 группы со 2-й и 3-й ($p < 0,05$).

Выводы. Пациенты, страдающие ИБС и СД, имеют более выраженное нарушение функции автономной нервной системы по сравнению с больными только ИБС и только СД. У больных ИБС в сочетании с СД чаще выявляется КАН, особенно тяжелой степени, (67,8% и 35,5% соответственно) по сравнению с больными только ИБС (41,9% и 7%) и только СД (57,2% и 14,3%).

Патологические показатели ВРС и ТРС свидетельствуют о наличии КАН, тяжесть которой более выражена у больных ИБС в сочетании с СД. Комбинация двух методов оценки автономной функции — ВРС и ТРС может быть применена для диагностики и оценки тяжести КАН у этих пациентов.

040 ФРАМИНГЕМСКАЯ МОДЕЛЬ И МОДЕЛЬ SCORE НЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ОЦЕНКЕ СУММАРНОГО ДЕСЯТИЛЕТНЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Бовтюшко П. В., Свистов А. С.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель: проанализировать информативность традиционных систем оценки суммарного сердечно-сосудистого риска на примере изолированной выборки лиц мужского пола без клинических проявлений атеросклероза, имеющих единую территорию проживания, единую сферу занятости и находящихся под динамическим наблюдением на протяжении 10 лет.

Материал и методы. Обследовано 207 мужчин, средний возраст которых исходно составил 45,6 лет. Из больших факторов риска (ФР) наиболее распространенными по частоте выявления были нарушения липидного обмена. Гиперхолестеринемия ($>5,2$ ммоль/л, ГХС) была выявлена у 87%, гиперлипидотемия (ХС ЛПНП $>3,4$ ммоль/л) — у 86%, гипо- α -холестеринемия (ХС ЛПВП $<1,0$ ммоль/л) — у 57% и гипертриглицеридемия (ТГ $>1,7$ ммоль/л) — у 47% обследованных лиц. Артериальная гипертензия (АГ) I — II степени была диагностирована у 26%, 31% обследованных мужчин были активными курильщиками. Неблагоприятная наследственность по ССЗ выявлялась в 18% случаев. Каждый пациент проходил углубленное медицинское обследование, включавшее сбор жалоб, врачебный осмотр, общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, регистрацию ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца и внутренних органов живота, щитовидной железы, консультации специалистов (кардиолога, эндокринолога и хирурга) не реже двух раз в год. По показаниям выполнялись суточное мониторирование АД, ЭКГ и нагрузочная велоэргометрическая проба. В качестве специальных методов исследования использовались 2 модели оценки риска: Фрамингемская модель и модель SCORE. Исследования проводились не реже 2-х раз в год на протяжении 10 лет.

Результаты. В результате наблюдения данной группы мужчин на протяжении 10 лет была получена достоверная информация о всех случаях болезней, которые укладывались в понятие «клинические осложнения атеросклероза, ИБС и ее эквиваленты». Общее количество этих событий составило 20 или 9,7% от общей численности обследованных, включавшие инфаркт миокарда (4), стабильную стенокардию напряжения (10), облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (3), ишемический инсульт (3). На первом этапе исследования мы проанализировали среднюю величину абсолютного 10-летнего риска по обоим алгоритмам при первичном обследовании и в динамике за 10 лет. По Фрамингемскому алгоритму она колебалась в пределах 9%, по алгоритму SCORE (только фатальные катастрофы) — 3,3% или 10%, если полученную величину умножить на три согласно последней версии Европейских Рекомендаций 2011 г. Следующим этапом яви-

лась оценка классификационных возможностей моделей по их способности разделять обследованных мужчин на неоднородные по исходам подгруппы. Чувствительность фрамингемского алгоритма за весь период наблюдения составила 11,4%, специфичность — 94,1%. Чувствительность и специфичность модели SCORE составила 42,7% и 86,1% соответственно.

Вывод. Обе модели несут достоверную информацию о 10-летнем риске развития клинических осложнений атеросклероза только с позиций оценки группового (популяционного) риска. В то же время, большую часть наблюдений из числа лиц, достигших на протяжении 10-летнего периода времени ККТ, модели классифицируют неверно, что совершенно не удовлетворяет требованиям индивидуальной оценки риска в анализируемой ограниченной выборке.

041 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У ЖЕНЩИН

Боева, О. В.¹, Таранухина Е. И.², Царева В. А.¹, Сайфутдинов Р. И.¹

Оренбургская государственная медицинская академия¹; Областная клиническая больница², Оренбург, Россия

Цель: установить особенности нарушений липидного обмена при сахарном диабете 2 типа у женщин, принимающих статины, по сравнению с мужчинами

Материал и методы: обследовано 60 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, 38 женщин и 22 мужчины. Все пациенты были рандомизированы на две группы. В первой группе были 30 человек, 19 женщин и 11 мужчин, средний возраст которых был 50 лет (49–52 года), $p=0,4$. Средняя длительность диабета в этой группе составила 7,5 (3–10 лет), $p=0,9$. Во второй группе было 30 человек (19 женщин и 11 мужчин), средний возраст группы исследования составил 49 (45–53) года, ($p=0,4$). Средняя длительность СД 7,5 (4–10) лет, ($p=0,9$). Все пациенты второй группы получали симvastatin («Симгал», Teva) в дозе 20 мг/сут. Степень компенсации СД в обеих группах достоверно не различалась: средние значения HbA1c составили $7,6 \pm 1,1\%$ и $7,1 \pm 1,3\%$, соответственно. Сравниваемые группы сопоставимы по возрасту, полу и по длительности СД. Все пациенты находились на низкохолестериновой диете. У всех больных определялся индекс массы тела, уровень общего холестерина (ОХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триацилглицериды (ТАГ), гликированный гемоглобин (HbA1 C).

Результаты. У всех пациентов выявлен абдоминальный тип ожирения: у женщин индекс массы тела (ИМТ) составил $32,1 \pm 4,0$ кг/м², у мужчин ИМТ — $31,2 \pm 4,0$ кг/м². Степень компенсации СД в обеих группах достоверно не различалась: средние значения HbA1c составили $7,6 \pm 1,1\%$ и $7,1 \pm 1,3\%$, соответственно. Исходные показатели ОХС составили 6,0 (5,3–7,1) ммоль/л в первой группе и 5,6 (5,0–6,3) ммоль/л во второй ($p=0,9$), ХСЛПВП составили в первой группе 0,92 (0,81–1,19) ммоль/л, во второй 0,91 (1,16–1,27) ммоль/л, $p=0,031$; ХСЛПНП в первой 3,20 (2,80–3,96) ммоль/л, во второй 3,09 (2,37–4,12) ммоль/л, $p=0,85$; ТАГ в первой 2,54 (1,6–3,0) ммоль/л, во второй 2,4 (1,8–3,85) ммоль/л, $p=0,39$. ИА 5,5 (3,6–5,7) и 4,3 (3,0–5,2), соответственно, $p=0,004$. Повышение уровня ТАГ в первой группе выявлено в 23,7%, во второй 14,8%, $p=0,4$. Снижение уровня ХСЛПВП в первой группе в 6,7% случаев, во второй группе в 3,7%, $p=0,6$. Повышенный уровень ХСЛПНП выявлялся в 13,3% в первой группе и 3,7% во второй группе, $p=0,2$. Среди женщин первой группы повышение ТАГ выявилось в 31,6%, во второй в 11,1%, $p=0,1$; снижение ХСЛПВП 10,5% и 5,6% соответственно, $p=0,6$; повышенный уровень ХСЛПНП 15,8% и 5,6%, $p=0,6$. Среди мужчин повышение ТАГ в 22,2% в первой группе и в 9,1% во второй, $p=0,4$; снижение уровня ХСЛПВП не отмечался ни в одной из групп; повышение уровня ХСЛПНП в первой группе 9,1%, во второй 0%.

Выводы: среди женщин чаще встречалось повышение уровня ТАГ, снижение уровня ХСЛПВП. В группе, не получающей статины, эти изменения были значительно больше. У мужчин изменений уровня ХСЛПВП не отмечалось. Учитывая полученные результаты сравнения двух групп, применение статинов с целью коррекции дислипидемии у пациентов со 2 типом сахарного диабета является необходимым.

042 ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА, КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Бокерия Л. А., Скопин И. И.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель: анализ результатов хирургического лечения больных клапанной патологией с сочетанным атеросклеротическим поражением сонных артерий.

Материал и методы: с 2007 по 2011 гг в НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева прооперировано 49 пациентов с сочетанным поражением клапанов сердца и сонных артерий. Средний возраст составил 58,3±5,6 лет. Мужчин 47 (95,9%), женщин 2 (4,1%). В зависимости от степени риска возникновения осложнений со стороны сердца пациенты были разделены на две группы: I группа — одномоментные операции, где риск кардиальных осложнений был высокий — пациенты с критическим аортальным стенозом, выраженной гипертрофией миокарда, тяжелым поражением коронарных артерий (n=28); II группа — двухэтапное лечение, риск кардиальных осложнений незначительный, первым этапом выполнялась каротидная эндартерэктомия (n=21).

У 44 пациентов (90%) наблюдалось, также, гемодинамически значимое поражение коронарных артерий, требующее реваскуляризации миокарда. Распределение больных по видам хронической сосудисто-мозговой недостаточности проводили согласно классификации А. А. Спиридонова: 1 ст. — 28%, 2 ст. — 31%, 3 ст. — 41%. Все пациенты относились к 3–4 ФК по NYHA.

Всем пациентам выполнялось комплексное кардионеврологическое обследование (ЭКГ, ЭхоКГ, АКГ, УЗИ брахиоцефальных сосудов с пробами, проба с пережатием ОСА для определения показаний к использованию внутрипросветного шунта). 20 пациентам, в т. ч. после ОНМК, выполнялось МРТ или КТ головного мозга для определения размеров очага и оценки риска ишемии головного мозга во время операции.

Результаты: общая летальность 4,08%, в группе одномоментной коррекции 3,57% (1 пациент), в группе двухэтапной коррекции 4,76% (1 пациент). Неврологические осложнения наблюдались в I группе в 17,8% (5 пациентов), во II группе неврологических осложнений не было.

Выводы. У пациентов с исходно скомпроментированной функцией миокарда, с высоким риском возникновения интра- и послеоперационных осложнений со стороны сердца необходима одномоментная коррекция, где вначале выполняется каротидная эндартерэктомия, после чего — операция в условиях ИК.

Пациентам с незначительным риском кардиальных осложнений мы считаем целесообразным разделить этапы хирургического лечения с целью минимизации операционной травмы и масштаба и длительности оперативного вмешательства, уменьшения рисков большой сочетанной операции.

043 СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УРОВЕНЬ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Бокерия Л. А., Шумилина М. В., Мукасева А. В., Стрелкова Т. В., Енокян Л. Ж., Гордеева А. А.

ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

В рекомендациях по артериальной гипертензии РМОАГ/ВНОК 2010 г. величина системного АД у человека должна

быть менее 140/90 мм рт.ст. При этом схема снижения АД зависит от переносимости пациентом темпов снижения давления.

Однако, существует большое количество симптоматических артериальных гипертензий (АГ), среди которых необходимо выделять гемодинамические АГ. Их особенностью является компенсаторный, вторичных характер АГ. Ошибочное снижение АД в таких случаях может приводить к нарушению перфузии и ишемическому повреждению органа.

В основе развития гемодинамической АГ лежит сосудистая патология: 1) коарктация аорты; 2) патология почечных артерий (ПА) врожденного или приобретенного характера (гипоплазии, множественные ПА, стенозы разного генеза, экраваскулярные компрессии, тромбозы, эмболии, аневризмы; 3) окклюзирующие поражения брахиоцефальных сосудов); 4) нарушения венозного оттока центрального или регионально-го характера (мозгового, почечного).

Вазоренальная АГ встречается у 77% у пациентов с тяжелой и стойкой АГ, при этом в 2/3 случаев отмечается поражение аорты и артерий нижних конечностей. Вазоренальная гипертензия также может быть следствием нарушения венозного кровообращения в почке (при аортомезентеральной или вертеброаортальной компрессии левой почечной вены, при любой компрессии почечных вен (ПВ) или нижней полую вены дистальнее впадения ПВ).

Цереб्रोишемическая АГ может быть обусловлена нарушением как артериального притока, как и венозного оттока. Повышение артериального давления в таких случаях обеспечивает необходимую перфузию мозга, которая возможна только при определенном артерио-венозном градиенте. НЦ Неврологии предложил следующие уровни целевого АД, исходя из наличия стенозов внутренних сонных артерий:

1) 150–160 мм рт.ст. минимально допустимое давление для пациентов, имеющих АГ 3 степени и/или двусторонний каротидный стеноз $\geq 70\%$;

2) 135–140 мм рт.ст. — оптимально для больных с АГ 2 степени и/или односторонним каротидным стенозом $\geq 70\%$;

3) 120 мм рт.ст. — минимально возможно для больных с АГ 1 степени, высоким нормальным АД и отсутствием выраженного поражения магистральных артерий головы.

Однако, среди сосудистой патологии, вызывающей компенсаторную АГ, могут быть гемодинамически значимые стенозы или окклюзии подключичных, позвоночных или общих сонных артерий. Цереброишемический генез этой АГ доказывает нормализация АД в послеоперационном периоде после реконструкции брахиоцефальных артерий. Выявление у пациентов клинических и инструментальных признаков венозной патологии, с последующей коррекцией венозного оттока, может также приводить к снижению АД.

На наш взгляд, главная задача при обследовании пациента с АГ — это найти причину АГ, выявив имеющуюся сосудистую или органно-сосудистую патологию.

044 НАРУШЕНИЕ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ПЕРФУЗИИ ОРГАНОВ (МОЗГА, ГЛАЗ, ПОЧЕК, СЕРДЦА...)

Бокерия Л. А., Шумилина М. В., Мукасева А. В., Стрелкова Т. В., Енокян Л. Ж., Гордеева А. А.

ФГБУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Особую роль в адекватной перфузии любого органа играют нарушения венозного оттока системного, либо регионального характера. Известно, что объемный кровоток в сегменте снижается при уменьшении артериовенозного градиента давления.

При этом обычно рассматривают только артериальную патологию с соответствующим снижением артериального притока. Однако повышение венозного давления также ведет к нарушению артериовенозного баланса, к уменьшению перфузионного давления, к снижению перфузии органа. Такой механизм может лежать в развитии гипоксии и ишемии любого

го органа (мозга, почки, сердца, глаза и т.д.). Повышение венозного давления (ВД) может быть системным или региональным. При повышении ВД «гемодинамически незначимый» ранее стеноз артерии, не обеспечивая необходимого перфузионного давления, т.е. нормального кровоснабжения органа, становится гемодинамически значимым. Такой же механизм может лежать в основе развития ряда симптоматических артериальных гипертензий (цереб्रोишемической, вазоренальной...). При венозной гипертензии органа отмечается сначала вазоспазм артериол, затем артериосклероз. Происходит ремоделирование микрососудистого русла. При повышении периферического сопротивления вторично отмечается снижение артериального притока. Повышение венозного церебрального давления приводит к повышению ликворного давления, возможно развитие отека мозга. При нейровизуализации у пациентов с хроническими нарушениями венозного оттока отмечается лейкоареоз, очаги в каротидных бассейнах и в стволе мозга, расширение борозд, церебральная атрофия, часто отмечается расширение желудочков.

При нарушениях церебрального венозного оттока у пациента могут отмечаться цефалгии, включая некоторые формы мигрени, дисциркуляторные энцефалопатии, венозные инсульты. У пациентов с глаукомой нормального давления (с развитием атрофии зрительного нерва) при ультразвуковых исследованиях чаще всего выявляется венозная патология. В последние годы проводятся исследования, подтверждающие возможность наличия венозной стенокардии.

Мы считаем, что в клинической практике необходимо измерение не только артериального, но и венозного давления, которое должно быть включено в стандартную схему осмотра пациента. Нами предложена методика неинвазивного измерения ВД с помощью ультразвуковой доплерографии (RU Заявка № 2011132946 от 05.08.2011 г.).

045 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Бочков П. А.¹, Какорин С. В.², Круглый Л. Б.¹

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова¹; ГУЗ ГКБ № 63 ДЗ², Москва, Россия

Цель: изучить частоту встречаемости нарушения углеводного обмена — сахарный диабет 2 типа (СД2) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: проведен анализ 2888 историй болезни пациентов выписанных из отделения неотложной кардиологии ГКБ № 63 за период 2010 г– апрель 2012 г. Изучаемые параметры включали наличие нарушения углеводного обмена (НТГ и СД2) у больных с ОКС (нестабильной стенокардии (НС), острого Q-образующего (ИМQ+) и Q-необразующего инфарктов миокарда (ИМQ-)).

Результаты: из 2888 пациентов 2000 были госпитализированы с ОКС. Среди больных с ОКС нормальный углеводный обмен (УО) имели 1395 (69,75%), нарушенный УО — 605 (30,25%). Из 605 больных с нарушенным УО у 476 (78,7%) был СД2, а у 129 (21,3%) — НТГ. Из 2000 больных ОКС исход в ИМQ+ был у 373 (18,65%). Из 373 больных с ИМQ+ нормальный УО был у 252 (67,6%), нарушенный УО выявлен у 121 (32,4%). У 102 (84,3%) больных — СД2, у 19 (15,7%) — НТГ. Исход ОКС в ИМQ- был у 407 (20,35%) больных, среди них с нормальным УО у 302 (74,2%) с нарушенным УО 105 (25,8%). У 74 (70,5%) из 105 больных — СД2, у 31 (29,5%) — НТГ. Исход ОКС в НС был у 1220 (61%) больных, среди них с нормальным УО у 841 (69%), с нарушенным УО у 379 (31%). У 300 (79,2%) из 379 больных — СД2, у 79 (20,8%) — НТГ.

Выводы: нарушения углеводного обмена у больных с ОКС встречаются в 30,25% случаев. Встречаемость нарушения углеводного обмена у больных с ОКС чаще отмечается при его исходе в ИМQ+ (32,4%) и НС (31%), реже в ИМQ- (25,8%). Среди больных с нарушением углеводного обмена СД2 выявляется в 84,3% случаев при ИМQ+, 70,5% при ИМQ- и 79,2% при НС. Среди больных с нарушением угле-

водного обмена НТГ выявляется в 15,7%, 29,5% и 20,8% случаев соответственно.

046 ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВОЗРАСТА НА УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Брагина А. Е., Мурашко Н. А., Подзолков В. И.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: исследование уровня стабильных метаболитов оксида азота (NO_x) в плазме крови больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ), не получающих систематическую антигипертензивную терапию.

Материал и методы: обследовано 124 больных с артериальной гипертензией (45 мужчин и 79 женщин) (средний возраст $51,4 \pm 6,5$ лет, средняя продолжительность АГ $7,9 \pm 7,3$ лет). Группу контроля составили 25 здоровых лиц сопоставимых по основным демографическим показателям с основной группой. Уровень NO_x в плазме исследовался спектрофотометрическим методом. Результаты исследования обрабатывались с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. У больных уровень стабильных метаболитов оксида азота составлял $43,1 \pm 21,7$ мкмоль/л, в группе контроля соответственно $28,3 \pm 9,6$ мкмоль/л, что было достоверно выше ($p=0,01$). При сравнении концентрации стабильных метаболитов NO в плазме больных в зависимости от возраста были получены следующие результаты: в группе до 40 лет уровень NO_x составлял $35,3 \pm 5,7$ мкмоль/л; в группе больных от 40 до 49 лет соответственно $39,3 \pm 20,1$ мкмоль/л; у больных от 50 до 59 лет $45,1 \pm 22,4$ мкмоль/л; в группе более 60 лет $48,5 \pm 27,9$ мкмоль/л; что свидетельствует о достоверной зависимости уровня стабильных метаболитов оксида азота от возраста больных ($p=0,033$). Средний уровень NO_x отличался у больных с различными степенями повышения артериального давления. Наиболее высокий уровень наблюдался у больных с первой степенью артериальной гипертензии, более низкий уровень — при второй степени, и минимальный — при третьей степени АГ ($47,8 \pm 23,6$; $44,1 \pm 23,1$ и $40,8 \pm 20,9$ мкмоль/л, соответственно) ($p=0,02$). Была получена достоверная корреляционная зависимость между уровнем стабильных метаболитов оксида азота и степенью артериальной гипертензии ($r=-0,33$, $p<0,05$).

Заключение: эндотелиальная дисфункция при эссенциальной артериальной гипертензии манифестирует возрастанием уровня стабильных метаболитов оксида азота, в плазме крови, который зависит от возраста больного и степени повышения артериального давления.

047 ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ — ВАЖНОЕ ЗВЕНО В СОМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

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

ФГБУ ГНИЦПМ МЗ и СР России¹, ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, ФМБА России², Москва; Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород³; МСЧ Авиационного завода «Сокол», Нижний Новгород⁴; Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик⁵; Омская государственная медицинская академия, Омск⁶; ГУЗ Вологодский областной центр медицинской профилактики⁷, Вологда, Россия

В настоящее время защитные механизмы психики и рефлексия рассматриваются как механизмы, обеспечивающие адаптацию человека к изменяющимся условиям социальной среды. Механизм психологической защиты является нормальным, постоянно применяемым психологическим меха-

низмом, предотвращающим — при его правильном функционировании — дезорганизацию психической деятельности.

Цель: оценить психологические характеристики адаптации личности в ряде организованных популяций в 5 типичных регионах — городах России и сопоставить выявленные характеристики с традиционными ФР и хроническими заболеваниями.

Материал и методы. Были обследованы представительные выборки в организованных популяциях пяти городов России: 2227 человек, 1336 женщин и 891 мужчины. Для оценки общественного здоровья служили опросники на выявление соматического и психологического состояния здоровья: индекса жизненного стиля, саногенной рефлексии, психотизма, HADS, PSS. Математическая, статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием статистических пакетов SAS.

Результаты. Артериальная гипертензия, диагностируемая по расширенным критериям ($AD \geq 140/90$ мм рт.ст. и/или антигипертензивная терапия), была выявлена — от 1,29 и 1,64% у мужчин и женщин в самой молодой группе 25–34 г. до 60 и 75,8% в самой старшей группе (65–74 года). Большинство факторов защитного поведения отражают ригидную стратегию либо сдерживания, либо неконтролируемого гнева. Такое функционирование системы психологических защит происходит по типу «агрессия», «регрессия». Нами выявлена одна из самых распространенных причин дистресса — высокое напряжение примитивных механизмов психологических защит и патогенной рефлексии. Мужчины во всех возрастных группах склонны к проявлению агрессивного стиля поведения в сложных ситуациях (несдержанность в поведении на работе и дома) от $74,78 \pm 5,37\%$ в возрасте 35–44 г. до $90,2 \pm 2,8\%$ в возрасте 45–54 г. У женщин это еще чаще проявляется, чем у мужчин: $92,4 \pm 2,2\%$ в возрасте 35–64 г. Так же часто выявлялся очень высокий уровень замкнутости (изоляция) как поведенческой реакции в сложной ситуации, как среди мужчин, так и женщин ($93,79 \pm 0,91$ и $91,59 \pm 1,03\%$, соответственно). Настораживает, что такой стиль поведения более свойственен относительно молодым респондентам.

Заключение. Таким образом, при психологическом анализе выявлено высокое напряжение таких механизмов психологических защит, как подавление, проекция, замещение; у респондентов слабо сформирован навык разрешать конфликтную ситуацию с учетом осознанной — саногенной рефлексии в конфликте, наблюдается нереализованный объем саногенной рефлексии в стрессовых ситуациях жизнедеятельности, замечена тенденция к соматизации личности.

048 СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ВНУТРИПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Будаговская З. М.¹, Сисина О. Н.², Искендеров Б. Г.²

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи¹; Пензенский институт усовершенствования врачей², Пенза, Россия

Цель: изучить корреляционные связи показателей внутрипочечного кровотока и эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) у больных с хронической болезнью почек (ХБП) с синдромом артериальной гипертензии (АГ) и без нее.

Материал и методы. Обследовано 85 больных (39 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 43 до 67 лет ($55,4 \pm 5,8$ лет), страдающих ХБП II стадии (скорость клубочковой фильтрации — СКФ $60-89$ мл/мин $\cdot 1,73$ м²). Из них у 51 больного была АГ I–II степени (1-я группа), а у 34 больных (2-я группа) АД было в пределах нормы ($AD < 140/90$ мм рт.ст.). С помощью ультразвукового доплерографического исследования плечевой артерии и по методу D. S. Celestaj et al. определяли величину ЭЗВД, а также изучали показатели почечного кровотока на различных уровнях сосудистого русла: устья почечной артерии; сегментарные и междолевые артерии. Необходимо отметить, что у больных обеих групп колебания

показателей правого и левого почечного кровотока не превышали 5%, что позволило нам при оценке состояния внутрипочечного кровотока учитывать средние значения показателей для обеих почек. Больным также проводили доплер-эхокардиографию, при необходимости суточное мониторирование АД. Инструментальные исследования проводили через 2–3 суток после отмены антигипертензивных препаратов.

Результаты. В 1-й группе показатели «офисного» измерения систолического и диастолического АД соответствовали $165,5 \pm 10,3$ и $98,6 \pm 5,2$ мм рт. ст., а во 2-й группе — $130,4 \pm 8,6$ и $86,1 \pm 3,3$ мм рт. ст. Кроме того, в 1-й группе у 38 больных (74,5%) выявлена эндотелиальная дисфункция (величина ЭЗВД $< 10\%$), а во 2-й группе — у 13 больных (38,2%). Средние показатели ЭЗВД в 1-й группе были достоверно ниже, чем во 2-й группе: $5,6 \pm 0,4$ и $8,3 \pm 0,7\%$ соответственно ($p < 0,01$).

Выявлено, что в обеих группах показатели максимальной скорости систолического потока (Vps) в устье почечных артерий и в сегментарных артериях по сравнению с нормативными показателями несколько снизились ($p > 0,05$) и различие между группами больных было недостоверным ($p > 0,05$). Однако показатели Vps и индекса резистентности в междолевых артериях в 1-й группе оказались достоверно ($p < 0,05$) выше, чем во 2-й группе: $45,1 \pm 5,4$ против $36,0 \pm 6,7$ см/с и $0,68 \pm 0,04$ против $0,63 \pm 0,05$. Величины конечной диастолической скорости в междолевых артериях в группах различались недостоверно: в 1-й группе — $17,5 \pm 4,7$ см/с и во 2-й группе — $19,2 \pm 3,3$ см/с ($p > 0,05$). Между группами больных выявлена достоверная обратная корреляция показателей ЭЗВД и индекса резистентности в междолевых артериях: $R = -0,452$ ($p < 0,01$). Также уровни ДАД прямо коррелировали с показателем индекса резистентности ($R = 0,341$; $p < 0,05$), а уровни САД — с показателями Vps в сегментарных и междолевых артериях.

Заключение. У 38,2% больных с ХБП II стадии и без АГ выявляется эндотелиальная дисфункция. Индекс резистентности и максимальная (систолическая) скорость кровотока в междолевых артериях у больных с АГ достоверно выше, чем у больных без АГ.

049 КОРРЕКЦИЯ «ПОЛУРАСПАДА ЗНАНИЙ» ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ

Бузайшвили Ю. И., Александровский А. А., Усанова А. А., Колпаков Е. В., Бродовская Е. П.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия

Относительно малоизвестная концепция «полураспада знаний специалиста» существует на уровне аксиомы. Суть ее в том, что через 2,5–7 лет «вчерашний» врач-интерн, как и другой выпускник ВУЗа, теряет половину приобретенных знаний и навыков. Предлагаемая работа конкретными примерами обосновывает названную тему.

Цель: реально оценить мотивацию врачей к образованию и поделиться опытом повышения этой характеристики личности врача и студента-медика.

Материал и методы: статистическое наблюдение, тестовые испытания, анализ полученных данных.

Результаты. Активность врачей-кардиологов в отношении повышения квалификации иллюстрирует следующий пример. 12 ноября 2011 г. в субботу состоялась лекция проф. Г. П. Арутюнова — известного кардиолога (РГМУ) по артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Организатор — Минздрав Мордовии. Слушатели: 53 чел. (23%) — врачи из городских лечебных учреждений, 26 чел. (11%) — врачи из районных больниц и 154 чел. (66%) — студенты, ординаторы, интерны и преподаватели медицинского института МГУ им. Н. П. Огарева. Получилось, что врачей общелечебной сети присутствовало около 1/3, т. е. — не хотят врачи учиться!

Еще пример. С октября 2011 г. по январь 2012 г. сертификационные циклы повышения квалификации посещали 115 врачей-терапевтов. Первое тестирование прошли 93 чел.,

оценки: 5–1 (1%), 4–13 (14%), 3–15 (16%), 2–64 чел. (69%), средний балл 2,5. В тестах было 234 вопроса по АГ. Дано 122 неправильных ответа, это 52%. Значит, у каждого 2-го слушателя была ошибка в диагнозе или в лечении одного из самых распространенных хронических неинфекционных заболеваний. Вот и «полураспад знаний». Слушателей предупредили, что на зачетном тестировании получившим двойку сертификат не будет продлеваться. Итоговые результаты: 115 чел., оценки: 5–73 (64%), 4–23 чел. (20%), 3–19 чел. (16%), 2–0, средний балл – 4,5. Из 291 вопроса по артериальной гипертензии дано 25 неправильных ответов, это 9%, ($P < 0,0001$). Прогресс налицо!

Следует подчеркнуть еще один осложняющий момент современного высшего медицинского образования: вялотекущий, но прогрессирующий конфликт клинических кафедр и руководителей местного здравоохранения. Поэтому традиционная система клинической подготовки и переподготовки врачей у постели больного смещается в теоретическую сторону. Внедряются симулянты, электронные обучающие и контролирующие программы и т. п., т. е. студент все дальше отдален от больного и реального лечебного процесса. В условиях дефицита времени клиническая подготовка заменяется, по сути дела, компьютерной игрой.

Имеет смысл напомнить, что Лауреаты Международной премии «Золотой стетоскоп» академики А. Л. Мясников и Е. И. Чазов, Лауреат такой же премии «Золотой скальпель» акад. А. Н. Бакулев, Герои социалистического труда Кавалеры Ордена Святого апостола Андрея Первозванного акад. В. И. Шумаков и акад. Б. В. Петровский, Герой социалистического труда, Лауреат Ленинской и Государственной премий акад. В. И. Бураковский и многие другие корифеи Советской и Российской медицины учились и успешно работали в докомпьютерную эпоху.

Заключение. Авторы не являются противниками компьютеризации здравоохранения. Автоматизированная система управления больницей, компьютеризованные рабочие места врачей-специалистов, регистры, дистанционное образование и еще многое другое, – все это только способствует прогрессивному развитию современной медицины и совершенствует медицинское образование. И все же: «*Usus magister est optimus*. Практика – лучший учитель».

050 ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, ПРИ ПРИМЕНЕНИИ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ

Бузиашвили Ю. И., Есилевский Ю. М., Долецкий А. А., Фиев Д. Н.

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Эндоthелиальная дисфункция лежит в основе васкулогенных нарушений эрекции пениса (ЭД), которые являются предиктором ишемической болезни сердца (ИБС). Было обнаружено улучшение эректильной способности пениса у мужчин с ИБС при применении усиленной наружной контрпульсации (УНКП) (W. E. Lawson и соавт., 2007).

Цель пилотного исследования: выявить изменения гемодинамики в органах половой системы у мужчин с явлениями эндоthелиальной дисфункции при применении УНКП.

Материал и методы. Исследовали 5 пациентов с ИБС в сочетании с эректильной дисфункцией (ЭД) в возрасте 50–70 лет. Реабилитация УНКП – 35 процедур по 1–2 час в течение 7 недель. До и после сеанса УНКП (через 1 час) пациенту проводили ультразвуковое доплерографическое исследование (УЗДГ) сосудов мужских половых органов (пениса, простаты, тестикул) с последующим вычислением средних показателей УЗДГ исследуемых сосудов вышеуказанных органов и интегрального показателя скорости кровотока и его прироста в органах мужской половой системы, и полученные показатели сравнивали.

Результаты. Максимальная скорость (см/с) кровотока в сосудах пениса до и после процедуры усиленной наружной контрпульсации ($M \pm m$) = $6,22 \pm 2,06$ и $11,08 \pm 1,92$ ($p \leq 0,05$), т. е. вырастает на 78%. В сосудах предстательной железы средняя скорость кровотока до процедуры $11,1 \pm 1,06$, после процедуры – $14,56 \pm 2,17$ ($p \leq 0,01$), что больше по сравнению с «фоном» в среднем на 33% и высоко достоверно. В сосудах тестикул скорость кровотока до процедуры = $8,2 \pm 2,05$, а после процедуры $9,88 \pm 0,68$, т. е. увеличивается на 20% ($p \leq 0,07$). Фоновая интегральная скорость кровотока в органах мужской половой системы 8,51, после процедуры 11,84. Интегральный прирост скорости кровотока в органах мужской половой системы 3,33 см/с, или на 39%.

Обсуждение. Результаты УЗДГ сосудов пениса, простаты и тестикул показали положительные изменения гемодинамики мужских половых органов у пациентов с наличием эндоthелиальной дисфункции, облегчающие возникновение и поддержание адекватных эрекций полового члена.

Заключение. УНКП представляется патогенетически обоснованным и практически осуществимым методом терапии мужчин с эндоthелиальной дисфункцией (васкулогенная ЭД и ИБС). Однако для детализации показаний и противопоказаний необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

051 ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Бузиашвили Ю. И.¹, Насхлеташвили В. М.², Кулибаба В. В.², Мацкеплишвили С. Т.¹

ФГБУ «НЦССХ им. А. Н. Бакулева» РАМН¹, Филиал МСЧ 7 КБ 119 ФМБА², Москва, Россия

Нарушение микроциркуляции функции эндоthелия сосудов являются общим патофизиологическим механизмом, лежащим в основе эректильной дисфункции (ЭД) и сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза. Наружная контрпульсация обладает способностью улучшить функцию эндоthелия, перфузию миокарда и головного мозга. Использование данного метода для коррекции васкулогенной эректильной дисфункции в настоящее время не изучено.

Цель: оценить возможность улучшения эректильной функции при использовании наружной контрпульсации у пациентов с ЭД.

Материал и методы. В основную группу вошли 69 пациентов (мужчины, средний возраст $58,3 \pm 11,8$ лет). Критерии включения: наличие ЭД, нарушение показателей индекса пульсации (IP) и резистентности (IR) в кавернозных артериях, а также венозного оттока по глубокой тыльной вене полового члена. Дополнительно изучалась функция эндоthелия (по приросту диаметра плечевой артерии при пробе с ее пережатием), проводилось анкетирование по МИЭФ, AMS. Все показатели оценивались исходно, сразу после выполнения курса контрпульсации (35 процедур), через 1, 3 и 6 месяцев. В контрольной группе из 21 мужчины (средний возраст $57,4 \pm 12,4$ года) контрпульсация не выполнялась. Комплекс применяемых препаратов на протяжении исследования (6 месяцев) не изменялся.

Результаты. Все пациенты в основной группе перенесли курсы контрпульсации удовлетворительно, осложнений и побочных эффектов не отмечалось. Исходно показатели вазодилатации плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией составили $7,9 \pm 0,68\%$ и $7,8 \pm 0,73\%$ в основной и контрольных группах ($p = 0,29$). Баллы МИЭФ соответственно составляли $16,4 \pm 1,2$ и $16,5 \pm 1,5$, AMS $31 \pm 1,5$ и $30 \pm 1,6$. Через месяц после курса контрпульсации все показатели имели тенденцию к улучшению, а через 3 месяца определялась достоверная положительная динамика – показатели вазодилатации плечевой артерии составили $9,9 \pm 0,76\%$ (+22%, $p < 0,05$) и $8,1 \pm 0,71\%$ (+1,3%, $p = 0,24$). При этом эректильная функция клинически улучшилась у 49 пациентов основной группы и лишь у 4 контрольной группы. Индекс резистентно-

сти (IR) в кавернозных артериях после лечения составил, соответственно, $0,68 \pm 0,12$ и $0,51 \pm 0,09$; аналогичные достоверные различия отмечались при исследовании индекса пульсации (IP) в кавернозных артериях, а также венозного оттока по глубокой тыльной вене полового члена. Баллы МИЭФ возросли до $23,2 \pm 1,0$, а AMS снизились до $19 \pm 1,4$ в основной группе, тогда как в контрольной эти показатели практически не изменились.

Заключение. Наружная контрпульсация оказывает выраженное положительное влияние на состояние эректильную функцию пациентов с эндотелиальной дисфункцией, составляющих большую часть больных кардиологического профиля. Таким образом, ее применение должно рассматриваться положительно в комплексном лечении пациентов при наличии нарушений функции эндотелия, а также с клиническими проявлениями и объективными признаками проявлениями васкулогенной эректильной дисфункции.

052 ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОТЕЛИОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Бузиашвили Ю. И.¹, Насхлеташвили В. М.², Еселевский Ю. М.³, Мацкеплишвили С. Т.¹

ФГБУ «НЦССХ им. А. Н. Бакулева» РАМН¹, Филиал МСЧ 7 КБ 119 ФМБА², 1 МГМУ им. И. М. Сеченова³, Москва, Россия

Нарушение функции эндотелия сосудов является общим патофизиологическим механизмом, лежащим в основе эректильной дисфункции (ЭД) и сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза. На сегодняшний день изучаются новые возможности коррекции эндотелиальной дисфункции, что позволяет значительно улучшить клиническое состояние пациентов и имеет важное прогностическое значение.

Цель: оценить возможность улучшения эндотелиальной функции сосудов при использовании ингибиторов АПФ, статинов и ингибиторов ФДЭ-5 на примере реактивной гиперемии плечевой артерии и эректильной функции у пациентов с факторами риска атеросклероза.

Материал и методы. В основную группу вошли 65 пациентов (мужчины, средний возраст $58,3 \pm 11,8$ лет). Критерии включения: ЭД (по реактивной гиперемии плечевой артерии в соответствии с методом D. Celermajer), недостаточный прирост диаметра плечевой артерии при пробе с ее пережатием, повышение концентрации холестерина, утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий, отсутствие приема ингибиторов АПФ, статинов и ингибиторов ФДЭ-5 в течение 3 месяцев до исследования. Состояние пациентов оценивали клинически, по анкетам МИЭФ, AMS, анализам крови. Все показатели оценивались исходно, через 1, 3 и 6 месяцев. Дозировка ингибиторов АПФ подбиралась по уровню АД, достаточным признавалось снижением его на 15–20 мм рт.ст. Доза статинов составляла 10 мг аторвастатина или розувастатина (на усмотрение лечащего врача). Ингибитор ФДЭ-5 (силденафил) назначался в дозе 25 мг 2 раза в день. В контрольной группе из 19 пациентов (мужчины, средний возраст $57,4 \pm 12,4$ года), ингибиторы АПФ и ФДЭ-5 и статины не назначались, контроль АД достигался применением антагонистов кальция. Комплекс применяемых препаратов на протяжении исследования (6 месяцев) не изменялся.

Результаты. Исходно показатели вазодилатации плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией составили $7,9 \pm 0,68\%$ и $7,8 \pm 0,73\%$ в основной и контрольных группах ($p=0,29$). Баллы МИЭФ соответственно составляли $16,4 \pm 1,2$ и $16,5 \pm 1,5$, AMS $31 \pm 1,5$ и $30 \pm 1,6$. Через месяц все показатели имели тенденцию к улучшению, а через 3 месяца определялась достоверная положительная динамика —

показатели вазодилатации плечевой артерии составили $9,9 \pm 0,76\%$ ($+22\%$, $p<0,05$) и $8,1 \pm 0,71\%$ ($+1,3\%$, $p=0,24$). При этом эректильная функция клинически улучшилась у 49 пациентов основной группы и лишь у 4 контрольной группы. Баллы МИЭФ возросли до $23,2 \pm 1,0$, а AMS снизились до $19 \pm 1,4$ в основной группе, тогда как в контрольной группе эти показатели практически не изменились.

Заключение. Ингибиторы АПФ, ФДЭ-5 и статины положительно влияют на состояние эндотелиальной дисфункции сосудов у пациентов с эректильной дисфункцией в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Таким образом, их применение должно рассматриваться в комплексном лечении пациентов при наличии нарушений функции эндотелия по пробе с реактивной гиперемией плечевой артерии.

053 ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИЛТИАЗЕМОМ ЛАННАХЕР

Бурнашкина О. Н., Селезнёва Н. М.
Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, Саранск, Россия

Цель: изучение влияния дилтиазема ланнахер на некоторые параметры ЭКГ у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы. Были исследованы 46 больных ХОБЛ в стадии обострения, находившиеся на стационарном лечении в ГКБ № 4 в 2011–2012 гг. Все пациенты были мужского пола, что очередной раз доказывает, что ХОБЛ является привилегией мужчин. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты I группы ($n=34$) получали лечение согласно рекомендациям международных согласительных документов (GOLD, 2007). Пациентам II группы ($n=12$) — (группа исследования) дополнительно назначали дилтиазем ланнахер в дозе 180–360 мг/сут per os в течение 14 дней.

Результаты. Нашими исследованиями установлено, что у пациентов как I, так и II группы, несмотря на усиление одышки в ТШХ, постнагрузочный показатель уровня одышки по Боргу после лечения был достоверно ниже, чем аналогичный показатель до лечения ($p<0,05$). К 14 дню терапии отмечалась положительная динамика ОФВ₁ ($36,0 \pm 3,31\%$) и ТТ ($60,66 \pm 5,37\%$) как у пациентов I, так и II группы ОФВ₁ ($39,3 \pm 7,2\%$) и ТТ ($61,6 \pm 6,9\%$). Большую предсказательную точность, чем ОФВ₁ и ТТ, имеет индекс BODE. На основании показателя данного индекса можно прогнозировать выживаемость пациентов с ХОБЛ. У пациентов I группы на фоне традиционной 14 — дневной терапии BODE индекс уменьшился, но статистически недостоверно и составил $5,67 \pm 0,53$ балла, вероятность 4 — летней выживаемости увеличилась до $53,33 \pm 6,85\%$ ($p>0,05$). У пациентов II группы на фоне проводимой терапии наблюдали достоверное снижение BODE индекса с $7,8 \pm 0,36$ до $5,14 \pm 0,7$ баллов ($p<0,05$) и увеличение 4—х летней выживаемости с 20 ± 0 до $58,6 \pm 10,4\%$ ($p<0,05$). При проведении пульсоксиметрии у пациентов наблюдали увеличение сатурации кислорода к 14 дню проводимой терапии: в I группе — с $89,8 \pm 0,7\%$ до $90,33 \pm 0,56\%$ ($p>0,05$), во II группе — с $91,9 \pm 0,7\%$ до $94,3 \pm 0,5\%$ ($p<0,05$). По данным ЭКГ, у пациентов I группы до ТШХ, после курса 14 — дневной терапии достоверно снизились следующие показатели: P max на 11%, P min на 14%, Pс max на 9%, QT min на 5%, QT max на 5%, QTср на 5%, QTс min на 6%. После ТШХ, на фоне терапии увеличился RR max на 14% ($p<0,05$). Уменьшились PP max на 14% ($p<0,05$), QTс min на 8% ($p<0,05$), QTс max на 8% ($p<0,05$). У пациентов II группы до ТШХ, после курса 14 — дневной терапии достоверно снизился QT max на 30%. У пациентов II группы после ТШХ, на фоне терапии увеличился ΔQTс на 67% ($p<0,05$). Одним из важных параметров течения ХОБЛ является потребность в β₂—агонистах короткого действия в дневное и ночное время. Пациенты обеих групп

на фоне лечения отмечали достоверное уменьшение потребности в β_2 -агонистах короткого действия как средствах «скорой помощи» в дневное и ночное время.

Таким образом, включение дилтиазема ланнахер в схему лечения пациентов с ХОБЛ сопровождается укорочением QT max, снижая риск развития желудочковых нарушений ритма сердца, уменьшает количество наджелудочковых экстрасистол. Дилтиазем ланнахер повышает толерантность к физической нагрузке, тем самым повышая качество жизни пациентов, и вероятность 4 – х летней выживаемости у пациентов с ХОБЛ.

054 ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА, ЛОЗАРТАНА И АЛИСКИРЕНА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ ЭФФЕКТОВ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА ПРОПРАНОЛОЛА

Бучнева Н. В., Кузьмин О. Б.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ», Оренбург, Россия

Цель: оценить характер фармакодинамического взаимодействия разных по механизму действия ингибиторов РАС с бета-адреноблокатором пропранололом в почке наркотизированных крыс, имеющих повышенную активность симпатической нервной системы.

Материал и методы. Работа выполнена на 40 наркотизированных крысах-самцах с катетеризованными задней полостью веной и мочевым пузырем. В ходе эксперимента на фоне постоянной в/в инфузии 0,9% раствора NaCl со скоростью 0,25 мл/мин из мочевого пузыря собирали 10-минутные порции мочи и в течение 1,5 ч оценивали динамику диуреза, экскреции электролитов, клиренса инулина, отражающего величину СКФ, и другие показатели ионорегулирующей функции почек. Пропранолол вводили крысам подкожно в дозе 0,5 мг/кг. Ингибитор АПФ эналаприл, антагонист AT_1 -ангиотензиновых рецепторов лозартан и прямой ингибитор ренина алискирен назначались внутрь в дозах 0,5, 0,5 и 4 мг/кг соответственно в течение 7 дней до постановки эксперимента. Каждый опыт ставился на одном животном. Серия опытов включала 10 экспериментов. Полученные данные обработаны статистически с использованием стандартных методов вариационной статистики и параметрического критерия Т Вилкоксона.

Результаты. Инъекция пропранолола наркотизированным крысам, имеющим повышенную активность СНС, не влияла на величину СКФ, но спустя 1,5 часа вызывала у животных выраженную диуретическую реакцию с одновременным достоверным приростом диуреза, натрийуреза и потери калия с мочой соответственно в 1,63, 1,62 и 1,71 раза. Величина экскретируемой фракции натрия, отражающая эффективность реабсорбции иона в канальцах почек, возросла при этом с $0,38 \pm 0,05\%$ до $0,61 \pm 0,09\%$ ($p < 0,01$), что прямо указывает на значительное угнетение этого процесса. Предварительное подавление активности почечной тканевой РАС ингибитором АПФ эналаприлом резко усиливало диуретический, натрийуретический и, в меньшей степени, калийуретический эффекты бета-адреноблокатора благодаря еще более значительному угнетению реабсорбции натрия в нефроне. Экскретируемая фракция натрия в этих условиях возросла с $0,47 \pm 0,03$ до $0,92 \pm 0,13\%$ ($p < 0,01$). При совместном назначении эналаприла и пропранолола диурез, потеря натрия и калия с мочой на фоне отсутствия существенных сдвигов в СКФ достоверно увеличились к концу наблюдения соответственно в 2,33, 2,32 и 1,82 раза. Аналогичные результаты были получены и при исследовании фармакодинамического взаимодействия пропранолола в почке крыс с лозартаном и алискиреном.

Выводы. Подавление активности почечной тканевой РАС ингибитором АПФ эналаприлом, антагонистом AT_1 -ангиотензиновых рецепторов лозартаном или прямым

ингибитором ренина алискиреном вызывает однотипную реакцию почек крыс в виде усиления диуретического, натрийуретического и, в меньшей степени, калийуретического действия пропранолола. Сделан вывод, что тканевая РАС выполняет в почке функцию модулятора, который при действии бета-адреноблокаторов препятствует избыточной потере воды и электролитов с мочой.

055 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПЫЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Вавилова В. А., Мелентьев А. В., Серебряков П. В., Лепко Е. Е.

ФБУН ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, Москва, Россия

Цель: изучить роль производственных факторов в формировании патологии сердечно-сосудистой системы у рабочих «пылевых» профессий горнодобывающих предприятий и установить причинно-следственную зависимость с учетом пылевого стажа и характера труда.

Проведено обследование 182 человек, работавших, либо продолжавших работать в условиях повышенной запыленности. Средний возраст обследованных составил $55,8 \pm 8,4$ года, стаж работы во вредных условиях составлял в среднем $22,8 \pm 8,0$ года без достоверной разницы по отраслям промышленности. Постконтактный период у 75,3% обследованных составил в среднем 10 лет.

Материал и методы: функциональное состояние органов дыхания оценивали по показателям функции внешнего дыхания методом компьютерной спирографии с регистрацией кривой поток-объем форсированного выдоха на комплексе АКВД-2 с исследованием величин: жизненной емкости легких, объема форсированного выдоха за 1 сек., максимальных объемных скоростей при выдохе. Состояние сердечно-сосудистой системы оценивали в соответствии со «Стандартами диагностики и лечения болезней органов кровообращения МЗ РФ», которые включали данные электрокардиографии, суточного мониторирования артериального давления и электрокардиограммы, эхокардиографии.

Результаты: для работников пылевых профессий характерна высокая доля лиц (74,7%), имеющих сердечно-сосудистую патологию, в структуре которой преобладают артериальная гипертензия (АГ) (34,1%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) (13,2%), сочетание артериальной гипертензии с ишемической болезнью сердца (27,4%). Удельный вес лиц с АГ имеет высокую корреляционную зависимость от степени выраженности пылевого фактора ($r=0,7$). ИБС коррелирует с неблагоприятными параметрами микроклимата ($r=0,7$), запыленностью ($r=0,4$). Отмечена высокая доля больных хроническим пылевым бронхитом (ХПБ) (62,9%) и пневмокониозом (ПК) (62,5%), страдающих АГ, в том числе в сочетании с ИБС (34,3% и 29,2% соответственно). ИБС диагностировалась у 17,1% больных ХПБ и 12,5% больных ПК. Хроническое легочное сердце выявлено у 22,9% больных хроническим пылевым бронхитом.

АГ и ИБС диагностируются у 31,8% и 27,8% больных ХПБ соответственно через 16,6 и 25,5 лет от начала работы в условиях повышенной запыленности. У больных пневмокониозом АГ и ИБС регистрируются в 36,7% и 30,0% соответственно через 19,1 и 23 года работы. В постконтактном периоде АГ развивается у 68,2% больных ХПБ 10,9 лет, ПК – 9,9 лет, ИБС соответственно – 172,2% и 70,0% больных – через 9–11 лет.

Выводы: высокая частота выявления сердечно-сосудистых заболеваний у лиц пылевых профессий диктует необходимость ранней диагностики и лечения, учитывая особенности течения сочетанной патологии. К перспективным направлениям профилактики следует отнести раннее выявление нарушений функций сердечно-сосудистой системы на этапе предварительного, а в дальнейшем и на этапе периодических медицинских осмотров с формированием групп риска по развитию сердечно-сосудистой патологии.

056 ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Вершинина А. М., Гапон Л. И., Реут Ю. С., Бусарова Е. С., Молотилова С. А., Попова С. Н., Плюснин А. В.

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

Цель: оценить органопротективный эффект комбинированной антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС) по данным проспективного наблюдения.

Материал и методы. Исследование выполнено у 120 пациентов АГ II степени, имеющих критерии МС, сопоставимых по возрасту и полу. Пациенты были рандомизированы на три группы: основную и 2 группы сравнения. В основной группе 60 человек (50%) получали фозиноприл в дозе 20 мг в сутки в сочетании с гидрохлортиазидом (ГХТЗ) в дозе 12,5 мг/с; в 1-й группе сравнения 40 человек (33,3%) — назначалась монотерапия фозиноприлом; группа сравнения № 2 представлена больными АГ без признаков МС (16,7%). Всем пациентам проводилось измерение офисного АД, СМАД по стандартной методике. Изучение центральной гемодинамики проводилось на эхокардиографе ALOKA Echo-CAMERA SSD — 650. Исследование толщины интима — медиа (ТИМ) сонных артерий проводилось на аппарате GE «Vivid 4». Изучение динамики сердечно — сосудистого индекса (CAVI) и плече-лодыжечной скорости распространения пульсовой волны (PWV) проводили на сфимографе Vasera VS-1000 Series (Fukuda Denshi, Япония). Определение уровня МАУ проводилось иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты. В основной группе, по данным СМАД, фозиноприл + ГХТЗ в течение 12 месяцев достоверно снижал среднесуточное САД со 145,34±1,38 до 128,92±1,88 мм рт.ст. ($p<0,001$) и среднесуточное ДАД с 86,09±1,13 до 76,58±1,17 мм рт.ст. ($p<0,001$), достигая целевого уровня АД; отмечено достоверное ($p=0,042$) увеличение количества лиц с нормальным суточным профилем САД и ДАД; выявлено достоверное уменьшение ММЛЖ и ИММЛЖ ($p=0,009$); возросло число лиц с нормальной геометрией ЛЖ, уменьшилось количество больных с концентрической гипертрофией ЛЖ. Показатели ТИМ при МС коррелировали положительно с уровнем САД и стажем АГ ($p<0,05$). Отмечено уменьшение ТИМ в основной группе ($p<0,05$) в результате длительной комбинированной терапии. Показатели МАУ носили более выраженный характер и проявлялись уже на ранних стадиях АГ при наличии МС. Отмечено достоверное снижение МАУ с 21,32±1,19 до 11,07±0,81 мг/с ($p<0,01$). На фоне комбинированной терапии регистрировалось достоверное снижение CAVI до 7,23 ±0,25 (на 5,5%) и уменьшение PWV до 12,48±0,29 м/с (на 5,38%). В группе сравнения № 1 полученный органопротективный эффект был менее выраженный.

Заключение. Применение комбинированной антигипертензивной терапии оказывает устойчивое гипотензивное действие и обеспечивает отчетливый органопротективный эффект относительно процессов ремоделирования миокарда ЛЖ, сосудистого ремоделирования, нефропротекторного влияния у больных артериальной гипертонией на фоне метаболического синдрома.

057 Контраст-индуцированная нефропатия (КИН) при плановых эндоваскулярных вмешательствах

Вершинина Е. О., Ретин А. Н.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

Цель: ретроспективно оценить частоту КИН у больных, подвергнутых плановому стентированию коронарных артерий.

Материал и методы: проведено ретроспективное исследование, включившее 115 пациентов, которым было выполнено успешное плановое стентирование по поводу стенозирующего атеросклероза коронарных артерий с 2009 по 2011 годы. Включение пациентов осуществлялось по мере поступления больных на плановое стентирование или для контрольного обследования после выполненного ранее эндоваскулярного вмешательства. Контрастными средствами (РКС), использованными при вмешательстве, были омнипак и ксенетикс. Средний возраст обследованных был 58±8,5 года, из них 78% — мужчины, 91% — страдали АГ. Средний ИМТ пациентов был 29,2±4,1, нарушения углеводного обмена имели 40%, патология мочевыводящих путей была у 46% пациентов, 72% курили, 27% имели отягощенный семейный анамнез по ИБС, 20% ранее перенесли ИМ, средняя ФВ ЛЖ (В-режим) была 59,4±11,3%, причём ФВ менее 40% имели 7% больных. I фк по NYHA исходно имели 34%, II фк — 46%, III фк — 20% больных. Среднее кол-во введенного РКС составило 237,4±104,1 мл на больного. Исходно клиренс креатинина (КлКр) по формуле Коккрафта-Гола был 97,3±26,6 мл/мин, а КлКр менее 60 мл/мин имели 7% больных. Креатинин сыворотки крови (СК) определяли исходно, на 5 сут, через 6 и 12 мес после вмешательства. Пациентам высокого риска КИН проводилось профилактическое лечение в виде назначения АЦЦ 2400 мг/сут в течение 2х дней (10% больных), а так же дополнительная в/в гидратация физиологическим раствором перед и после процедуры стентирования в расчете 1 мл/кг массы тела в час (24% больных). КИН определялась как увеличение концентрации СК более чем на 25% от исходного в течение 5 дней после введения контраста при отсутствии альтернативных причин.

Результаты: достоверное увеличение СК до 106,5±17,6 ($p<0,05$) мкмоль/л наблюдалось во всей группе через 12 часов после вмешательства и сохранялось до 5 сут. Через 6 и 12 мес СК был 83,2±21,8 и 86,4±19,8 мкмоль/л соответственно ($p\geq0,05$), что не отличалось от исходного уровня. КИН была выявлена у 15 человек (16,9%), где СК увеличился в среднем на 28,7±8,6 мкмоль/л. КИН протекала доброкачественно (снижение КлКр до 60 мл/мин только у 1 человека через 12 час после введения контрастного средства) с последующим восстановлением СК до исходных значений к 5 суткам и отсутствием существенных различий показателей функции почек в отдалённом периоде по сравнению с исходными. В подгруппе больных с КИН существенно больше было больных с патологией мочевыводящих путей в анамнезе (60%), курильщиков (67%), имеющих наследственную предрасположенность к ИБС (60%). Кол-во введенного контраста у этих больных не превышало среднего объёма для всей группы (220±67,6 мл, $p\geq0,05$), а исходный КлКр был 99,9 ± 17,7 мл/мин, что также не отличалось от исходного значения для всей группы ($p\geq0,05$).

Выводы: КИН выявлена у 15 человек (16,9%), где СК увеличился в среднем на 28,7±8,6 мкмоль/л. При проведении рекомендуемых профилактических мер КИН протекает доброкачественно, без ухудшения функции почек в отдалённый период.

058 СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Викентьев В. В., Сметнева Н. С.

Кафедра факультетской терапии с курсом профессиональных болезней МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучить структурные и функциональные особенности эндотелия у больных с метаболическим синдромом (МС), в том числе при наличии клиники ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Исследована величина комплекса интима-медиа (КИМ), показатели проб с реактивной гипер-

емией и нитроглицерином (НГ) в следующих четырех группах: 1) у больных МС с мягкой или умеренной артериальной гипертензией (АГ), у которых получен отрицательный результат стресс-эхокардиографии и нет клиники ИБС (19 человек); 2) у больных, не страдающих МС, но с мягкой или умеренной АГ, а также отрицательным результатом стресс-эхокардиографии и без клиники ИБС (31 человек); 3) у больных, перенесших Q-инфаркт миокарда с МС (24 человека); 4) у перенесших Q-инфаркт миокарда без признаков МС (29 человек). Контроль — 24 практически здоровых человека. Состояние периферических сосудов оценивалось с применением ультразвука высокой разрешающей способности (линейный датчик с частотой 7 или 10 МГц).

Результаты. Мы определяли величину комплекса интимомедиа (ВКИМ) общих сонных артерий (ОСА). Во всех исследуемых группах ВКИМ ОСА было достоверно больше, чем в контрольной группе. У больных АГ это превышение составило 11%, у пациентов с МС — 15%. В группах больных ИБС, перенесших крупноочаговый ИМ, как без сахарного диабета, так и МС, ВКИМ ОСА значительно увеличена на 49% и 70% соответственно. В этих группах данные также достоверно различаются между собой. В группах больных ИБС, перенесших крупноочаговый ИМ, максимальная скорость кровотока достоверно снизилась по сравнению с контролем на 32% и 33% соответственно. Скорости кровотока у больных с МС и АГ изменились недостоверно. При пробе с реактивной гиперемией отмечено достоверное повышение сдвига скоростей в группах больных с МС и АГ без ИБС. У пациентов первой группы значение сдвига скоростей увеличилось на 44%, во второй группе — на 58%. У больных ИБС, как без, так и с МС, изменения при проведении пробы с РГ оказались недостоверными. Данные, полученные при проведении пробы с НГ, различались недостоверно у всех групп. Напряжение сосудистой стенки достоверно ниже у пациентов, перенесших крупноочаговый ИМ. В группе больных с ИБС показатель уменьшился на 33%. У пациентов с ИБС и МС снижение составило 37%. Сдвиг напряжения сосудистой стенки при проведении пробы с РГ достоверно отличался в группах больных с МС и АГ, увеличение составило 52% и 51% соответственно. Ударный объем достоверно снизился по сравнению с контролем в группах больных с ИБС на 21% и 23% соответственно. Выявлены значимые корреляции в группах пациентов с ИБС между результатами проб с РГ и НГ и ударным выбросом, определенным доплерографически.

Выводы: функциональные изменения эндотелия при минимальных структурных изменениях у больных МС возникают значительно раньше, чем клинические проявления ИБС, следовательно, обнаружение функциональных изменений эндотелия может служить одним из инструментов ранней неинвазивной диагностики у этой категории больных. Изменения, обнаруженные у больных, перенесших крупноочаговый ИМ, носят уже не функциональный, а преимущественно органический характер. При этом происходит псевдонормализация функциональных показателей, связанная в частности со снижением ударного выброса левого желудочка у этих больных.

059 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ КАРТИНА У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Винникова А. А., Деревянченко М. В.

ГБОУ ВПО «ВолГМУ» Минздрава России, кафедр внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, МУЗ ГКБ № 3, Волгоград, Россия

Цель: изучить, проанализировать и сравнить гемодинамические типы, а также механизмы регуляции микроциркуляции (МЦ) у практически здоровых лиц и больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в раннем постинфарктном периоде.

Материал и методы. В исследование включено 40 человек в возрасте от 45 лет до 65 лет: 20 больных ХСН II–III ФК по NYHA в раннем постинфарктном периоде — основная группа (средний возраст $54,3 \pm 2,2$ года) и 20 практически здоровых лиц обоего пола (средний возраст $54,1 \pm 5,7$ года). Изучали следующие параметры: показатель микроциркуляции — (ПМ); интегральный показатель вариаций (Кv); резервные возможности МЦ оценивали при проведении окклюзионной пробы (ОП), во время которой определяли: резервный капиллярный кровоток (РКК). С учетом ПМ на ЛДФ-грамме и РКК в ОП оценивали гемодинамический тип микроциркуляции (ГТМ). Использовали метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) со спектральным анализом колебаний кровотока с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «ЛАЗМА»).

Результаты: проведенная статистическая обработка выявила следующие различия между группами: Кv был достоверно ниже у здоровых лиц, чем у больных ХСН ($7,4 \pm 1,3$ vs $11,3 \pm 1,7$ у.е.). Установлена обратная корреляция между Кv и ПМ ($-0,537$; $p < 0,01$). При проведении ОП и определении ПМ и РКК выявлены следующие ГТМ в группе ХСН: гиперемический (62,5%), спастический (16,7%), застойно-статический (12,5%) и нормоциркуляторный (8,3). В контрольной группе здоровых лиц частота встречаемости различных ГТМ: нормоциркуляторный (53%) гиперемический (20%), спастический (17%), застойно-статический (10%).

Выводы:

1) Более высокий показатель Кv у больных ХСН в раннем постинфарктном периоде говорит о выраженном напряжении функционирования механизмов регуляции периферической гемодинамики.

2) Обратная корреляционная связь между ПМ и Кv свидетельствует о выраженном напряжении регуляторных систем для поддержания нормоциркуляторного ГТМ и истощении их у лиц с патологическим типом МЦ.

3) У пациентов, страдающих ХСН в раннем постинфарктном периоде, преобладает гиперемический ГТМ. Нормоциркуляторный ГТМ встречается как у большинства здоровых людей, так и у больных, но у лиц с ХСН он обеспечивается более интенсивной работой всех механизмов регуляции.

060 ВЛИЯНИЕ КОСМИЧЕСКОЙ ПОГОДЫ НА РАЗВИТИЕ ОСТРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ

Винокурова Л. С., Никифорова А. И., Пальшина А. М.

Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова, Якутск, Россия

Цель: изучить влияние гелиогеофизических параметров на развитие острых сердечно-сосудистых катастроф по данным станции скорой медицинской помощи г. Якутска.

Материал и методы. Совместно с лабораторией магнитосферных и ионосферных исследований Института космических исследований и аэронавтики им. Ю. Г. Шафера СО РАН проведен ретроспективный анализ карт обслуживания ССМП г. Якутска больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями за период март — апрель 2010 и 2011 гг. Гелиогеофизические показатели регистрировались спутниками Ace и Wind.

Результаты. Проанализировали влияние гелиогеофизических факторов, таких как скорость солнечного ветра (норма), плотность солнечного ветра (норма), коэффициент $Kp_T = \rho_1/\rho_2$ (норма), названный коэффициентом биотропности и определяющий количественную меру воздействия геомагнитных возмущений на развитие острых сердечно-сосудистых катастроф.

В весеннем периоде 2010 г. отмечалось увеличение скорости солнечного ветра, которое приводило к достоверному повышению случаев гипертонических кризов, инсультов и нарушений ритма и проводимости сердца. При снижении плотности солнечного ветра наблюдалось увеличение мозговых инсультов. При повышении Kp — коэффициента биотропности — выявлены значительный подъем заболеваемости инфарктом миокарда, острыми нарушениями мозгового кро-

воображения, нарушениями ритма и проводимости сердца. При этом эта тенденция по развитию угрожающих жизни пациентов заболеваний сохранялась в течение 3 суток после начала геомагнитной возмущенности.

При анализе результатов воздействия геофизических показателей в весеннем периоде 2011 г. выявлена аналогичная закономерность. В марте-месяце 2011 г. отмечалось максимальное снижение плотности солнечного ветра, которое сопровождалось увеличением гипертонических кризов и инсультов.

Выводы: проведенный анализ выявил, что изменения космической погоды, в частности таких параметров, как скорость и плотность солнечного ветра, коэффициент биотропности, являются предикторами развития острых сердечно-сосудистых катастроф: инсультов, инфарктов миокарда, гипертонических кризов, нарушений ритма и проводимости сердца. Эти угрожающие жизни пациентов заболевания наблюдаются в течение 3-х суток от начала геомагнитной возмущенности.

061 НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И МОРФОЛОГИИ

Волков В. П.

ГКУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. М. П. Литвинова», Тверь, Россия

Все антипсихотические препараты обладают в той или иной степени побочным кардиотоксическим действием. Патологические эффекты, вызываемые нейролептиками, в ряде случаев приводят к развитию своеобразной сердечной патологии — нейролептической кардиомиопатии (НКМП), которая по своим клиническим проявлениям и электрокардиографическим признакам практически идентична идиопатической дилатационной кардиомиопатии (ДКМП).

Цель: выявление статистических аргументов в пользу этиологической роли антипсихотиков в морфогенезе НКМП, а также морфологическая характеристика сердца при указанном заболевании.

Материал и методы. Проанализированы материалы прозекутуры Тверской областной психиатрической больницы № 1 с 1952 по 2010 год. Полученные данные обработаны с помощью пакета прикладных компьютерных программ «Statistica 6.0».

Результаты. НКМП встретилась на нашем материале в 2,3% всех вскрытий, что существенно выше, чем частота сходной патологии — ДКМП — на валовом секционном материале непсихиатрических прозекутур (0,08–0,8%). Кроме того, среди умерших больных шизофренией, обязательным компонентом терапии которых является приём нейролептических препаратов, число страдавших НКМП значительно больше (11,4%), чем в валовом секционном материале по психиатрической прозекутуре в целом (2,0%). Частота случаев НКМП, как показал корреляционный анализ, достоверно ($p < 0,01$) нарастает с удлинением сроков психотропного лечения ($r = 0,96$).

Показатели массы сердца умерших больных шизофренией при наличии у них НКМП заметно и достоверно возрастают. Так, на валовом секционном материале при шизофрении преобладает масса сердца не выше 350 г (69,8%), в то время как в сочетании с НКМП этот показатель статистически достоверно ($p < 0,05$) снижается (53,8%). Вместе с тем, при НКМП также достоверно чаще ($p < 0,05$) встречается увеличение массы сердца до уровня, превышающего 400 г, — 32,3%, против 17,8% вообще при шизофрении.

Дисперсионный анализ выявил существенные и статистически достоверные ($p < 0,05$) различия показателей массы сердца умерших больных шизофренией, связанные с длительностью нейролептической терапии. При этом корреляционный анализ показал, что связь между сроками лечения и массой сердца выражена весьма сильно ($r = 0,81$).

Заключение. Результаты исследования позволяют достаточно четко определить роль нейролептических пре-

паратов как ведущего фактора в этиологии НКМП, риск развития которой всегда следует иметь в виду при психофармакологической терапии шизофрении.

Описанную патологию сердца целесообразно и вполне логично рассматривать как отдельную самостоятельную нозологическую единицу, принадлежащую к группе вторичных кардиомиопатий.

062 МОРФО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Волков В. П.

ГКУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. М. П. Литвинова», Тверь, Россия

Наиболее серьёзным следствием побочного кардиотоксического эффекта нейролептиков является нейролептическая кардиомиопатия (НКМП). Морфогенез НКМП на тканевом и клеточном уровнях, а также динамика изменений ЭКГ на разных этапах развития этой ятрогенной патологии практически не изучены.

Цель: проследить и сопоставить морфо-функциональные изменения сердца в процессе формирования НКМП.

Материал и методы. Клинические и секционные данные о 90 умерших больных шизофренией (мужчин 61, женщин 29), получавших нейролептические препараты, разделены на 3 группы наблюдений, отражающих этапы морфогенеза НКМП: 1) пациенты без кардиальной патологии; 2) больные с латентной НКМП; 3) умершие от НКМП. Изучены 406 электрокардиограмм по 7 наиболее частым и существенным патологическим феноменам. Проведена морфометрия миокарда левого желудочка. Полученные результаты обработаны статистически с помощью пакета прикладных компьютерных программ «Statistica 6.0».

Результаты. В ходе морфогенеза НКМП в миокарде нарушаются процессы микроциркуляции, развиваются интерстициальный отёк и диффузный кардиосклероз, приводящие к дегенерации и атрофии кардиомиоцитов. Функциональным отражением прогрессирующей сердечной патологии служат изменения ЭКГ.

На первом этапе морфогенеза НКМП, при стойкой функциональной компенсации и отсутствии клиники заболевания, наиболее частыми ЭКГ-признаками являются: диффузные изменения миокарда; нарушения проводимости; отклонение электрической оси сердца влево; перегрузка правых отделов; гипертрофия левого желудочка. На втором этапе, при наличии клинических проявлений хронической сердечной недостаточности миокардиального генеза, особенно настораживающими феноменами на ЭКГ выступают: нарушения проводимости; удлинение интервала QT; перегрузка правых отделов сердца. Серьёзного внимания заслуживает мониторинг параметров интервала QT как высоко информативного показателя в условиях декомпенсации сердца при НКМП., причем обязательно рассчитанного по формуле Базетт (QTc).

Выявлена тесная и, как правило, очень сильная корреляция функциональных нарушений сердечной деятельности, отражённых на ЭКГ, с морфологическими изменениями миокарда на разных этапах формирования НКМП.

Заключение. При психофармакологической терапии шизофрении всегда существует риск развития НКМП как проявления побочного кардиотоксического действия нейролептических препаратов. Проведённое исследование показало эффективность электрокардиографического метода при диагностике НКМП. Более частое и регулярное снятие ЭКГ у данного контингента больных позволит своевременно, на ранних этапах, заподозрить угрозу указанного ятрогенного осложнения и провести соответствующие лечебные мероприятия.

063 УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ – КЛЮЧ К ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Волков В. С., Поселюгина О. Б.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития, Тверь, Россия

Поскольку основная причина развития эссенциальной артериальной гипертензии остается неизвестной, то затруднено и проведение целенаправленных профилактических мероприятий.

Цель: уточнить роль повышенного потребления поваренной соли (ПС) в этиопатогенезе АГ.

Материал и методы. Обследовано 620 больных АГ (мужчин 247, женщин 383, средний возраст 50 лет). У них определялся порог вкусовой чувствительности языка к ПС (ПВЧПС), в суточном количестве мочи исследовалась концентрация иона Na с последующим пересчетом на NaCl (ПС), проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД), эхокардиография. Контрольная группа – 350 человек. Полученные результаты накапливались в таблицах EXCEL-97 и обрабатывались с помощью функций указанного приложения.

Результаты. Установлено, что у здоровых лиц средний ПВЧПС составил $0,21 \pm 0,02\%$ раствора NaCl. У больных АГ он был существенно выше и составил $0,35 \pm 0,04\%$ ($p < 0,01$). Оказалось, что низкий ПВЧПС (чувствуют вкус NaCl в разведении менее 0,16%) имелся у 43% здоровых лиц, средний (0,16%) – 39% и высокий (выше 0,16%) – у 18%. У больных АГ показатели ПВЧПС существенно различались и соответственно составили (0,22%, $p < 0,01$; 39%, $p < 0,01$ и 47%, $p < 0,01$). При этом было установлено, что лица с высоким ПВЧПС наиболее часто досаливают готовую пищу.

Результаты изучения экскреции Na с мочой показали, что здоровые лица в среднем потребляют в сутки 10 г ПС, тогда как у больных АГ эти величины были значительно больше: при низком ПВЧПС – $10,3 \pm 0,6$ ($p > 0,05$), среднем – $14,3 \pm 0,05$ ($p < 0,05$), при высоким – $16,8 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). Коэффициент корреляции между ПВЧПС и экскрецией Na с мочой составил 0,48 ($p < 0,01$).

Сопоставление клинической картины АГ с количеством потребляемой больными ПС показало, что с увеличением последней в потребляемой пище закономерно нарастают основные проявления болезни: жалобы, отягощенная наследственность, частота гипертонических кризов, высота АД.

Суточное мониторирование АД подтвердило, что с нарастанием потребления ПС у больных увеличивается степень АГ. При этом было показано, что среди больных АГ с ростом потребления ПС увеличивается доля недипперов и найтпикеров: при низком потреблении ПС – 21%, при высоком – 62%. Результаты эхокардиографии показали, что у больных АГ с высоким потреблением ПС имеются изменения сердца в виде увеличения конечно-диастолического объема, нарастания массы миокарда и снижения фракции выброса, что может быть расценено как проявление гиперволемии.

Таким образом, здоровые лица и больные АГ потребляют большое количество ПС, что происходит в основном вследствие снижения ПВЧПС. В свою очередь, большое потребление ПС усугубляет клиническую картину АГ, придает ей черты агрессивности, само заболевание начинает развиваться в более раннем возрасте. Можно полагать, что всемерное ограничение потребления ПС будет способствовать как снижению заболеваемости АГ, так и уменьшению клинических проявлений уже развившейся патологии.

064 АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА SCORE

Воробьев Р. И.

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

Цель: оценить 10-летний фатальный риск SCORE у организованного населения.

Материал и методы. Было обследовано 1564 лиц из организованной популяции городских жителей – 961 мужчина (средний возраст $40,5 \pm 12,4$ лет) и 603 женщины (средний возраст $40,8 \pm 13,3$ лет). Все обследованные были разделены на несколько групп в зависимости от возраста. Первую группу составили лица возрастом от 20 до 29 лет, вторую группу обследованные в возрасте 30–39 лет, в 3-ью – 40–49 лет, в 4-ую – 50–59 лет, 5-ую – старше 60 лет. Кроме того, во всех возрастных группах пациенты были разделены по полу. Проводили анкетирование для выявления традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (возраст, наличие курения), антропометрическое (рост, масса тела с расчетом индекса массы тела – ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер – ОБ с расчетом индекса ОТ/ОБ), клиническое обследование (измерение артериального давления). Лабораторное исследование включало определение общего холестерина сыворотки крови стандартным набором реагентов на биохимическом анализаторе. У пациентов был определен 10-летний фатальный риск по шкале SCORE специально разработанной компьютерной программой.

Результаты. Совокупность выявленных факторов риска ССЗ 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. Курение преобладает у мужчин (частота выше в 1,55 раза, чем у женщин). У курящих мужчин группы очень высокого риска обнаружено распределение обследованных по всему диапазону риска от 10% до 35%, в то время как у женщин зарегистрированы единичные случаи повышенных числовых значений риска (13% и 19%). 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%. В обеих половых группах с возрастом уменьшается разница количественного значения риска по алгоритму SCORE и с возрастом риск повышается (особенно в возрастной группе 50–59 лет).

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

065 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Габинский Я. Л., Никифорова О. В.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия

Цель: изучить роль эндотелиальной дисфункции в диагностике ишемической болезни сердца у женщин фертильного возраста и выявить сопряженные связи с основными показателями факторов риска, клиники и коронарного кровотока.

Материал и методы. Объектом исследования явились 21 молодых женщин $44 \pm 4,3$ лет, обратившихся в Уральский институт кардиологии с клиническими проявлениями сердечно – легочного синдрома ишемического характера, с сохра-

ненной 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 которой определяли индекс реактивной гиперемии RHI, нормальные показатели которого выше 1,67. Всем пациенткам проведено ВЭП и 24 часовое ХМ ЭКГ, КАГ, определение уровня ОХС.

Результаты. При проведении КАГ атеросклеротическое поражение коронарных артерий выявлено у 3 женщин (в 1 случае 70% стеноз ПНА и ПКА, у 2 пациенток стеноз ПНА 30–40%), у 1 мышечный мостик, в 1 случае выявлена гипоплазия ПКА. При проведении ВЭП положительная в 28,5%, у 38% отрицательная, у 14% пациенток – сомнительная, у 19,5% прервана. Мощность выполненной нагрузки составила $81,9 \pm 13,9$ Вт, средняя продолжительность составила $6,3 \pm 1,6$ мин. В 62% случаев выявлен гипертонический тип реакции АД на нагрузку. У пациентки с мышечным мостиком ВЭП прервана, при ХМ ЭКГ выявлены признаки ишемии миокарда, $RHI=2,23$. При ХМ ЭКГ выявлено ишемическое смещение сегмента ST у 9 человек. При ХМ ЭКГ регистрировались нарушения ритма: одиночные наджелудочковые экстрасистолы у 81%, парные наджелудочковые экстрасистолы у 38%, групповые у 24%, у 52% одиночные желудочковые экстрасистолы, СА блокада 2 степени 1 случае. Объем талии более 80 см у 55,5%, ИМТ >25 кг/м² в 66%. Отягощенная наследственность по ИБС в 12%, курение в 14%. САД $116,7 \pm 16,3$ мм рт.ст., ДАД $79,9 \pm 13,5$ мм рт.ст. У 12 (57,14%) человек выявлена эндотелиальная дисфункция (показатели $RHI < 1,67$). У 11 из них повышен уровень ОХС >5 ммоль/л, 2 из них курит.

Выводы: несмотря на относительно низкую распространенность факторов риска и гормональную «защиту» у молодых женщин, при сердечно-болевом синдроме, необходимо полное клиничко-лабораторное обследование, включая оценку коронарного русла и эндотелиальной функции.

066 ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АТОРИСА

Газизов Р. М.¹, Ацель Е. А.¹, Волчкова Н. С.¹, Бейлина Н. И.¹, Садыкова А. К.²

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»¹, Казань; НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Казань ОАО «РЖД»², Казань, Россия

Цель: исследование динамики липидного спектра и состояния иммунитета под влиянием комплексной терапии с включением Аториса у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы: 38 больных ишемической болезнью сердца в возрасте от 56 до 79 лет (в возрасте 65 лет и старше – 17 человек); мужчин – 25, женщин – 13. Стенокардия напряжения II функционального класса выявлена у 22 больных, III класса – у 16 больных. У 12 больных имелся постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия – у 24 больных. Больные получали комплексное лечение (ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, коронарные вазодилаторы, антиагреганты). Дополнительно назначали Аторис (Аторвастатин «KRKA») в дозе 10 мг в течение 4 недель. У пациентов с уровнем ХС ЛНП ≥ 3 ммоль/л после 4 недельного лечения доза препарата была увеличена до 20 мг, и лечение продолжалось еще в течение 4 недель. Всем больным проводилось динамическое (1 раз в месяц) исследование липидного спектра: общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛВП), триглицери-

дов (ТГ). Для оценки состояния иммунной системы в динамике определялось количество CD3+, CD4+ и CD8+-Т-лимфоцитов методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител серии ЛТ (Сорбент, Россия); функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте Кона индуцированной супрессии; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G. Результаты клиничко-лабораторного исследования больных сравнивались с результатами исследования 30 доноров.

Результаты. До начала лечения средние показатели липидограммы составили: ОХС – $6,24 \pm 0,84$ ммоль/л; ХС ЛНП – $4,18 \pm 0,62$ ммоль/л; ХС ЛВП – $1,04 \pm 0,12$ ммоль/л; ТГ – $1,72 \pm 0,18$ ммоль/л. Количество CD3+, CD4+ и CD8+-Т-лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс, показатели функциональной активности лимфоцитов (индекс супрессии и индекс стимуляции), уровни сывороточных иммуноглобулинов А, М, G не отличались от показателей контрольной группы. Через 4 и 8 недель лечения Аторисом отмечалось достоверное снижение уровня ХС ЛНП (соответственно до $2,96 \pm 0,46$ ммоль/л и $2,83 \pm 0,36$ ммоль/л). В конце исследования содержание ОХС снизилось при назначении Аториса на 21,2%, содержание ХС ЛНП снизилось на 32,3%, содержание ТГ снизилось на 9,4%, содержание ХС ЛВП повысилось на 5,9%. Целевого уровня ХС ЛНП достигли 34,6% больных. Включение Аториса в комплексное лечение больных ишемической болезнью сердца не влияло на показатели состояния иммунитета.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать Аторис как эффективный препарат для коррекции нарушений липидного обмена при ишемической болезни сердца.

067 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ТРОМБОАСС НА СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Газизов Р. М.¹, Ацель Е. А.¹, Климова Н. А.¹, Ильина Г. М.², Сайфутдинова Т. В.¹

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»¹, Казань; НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Казань ОАО «РЖД»², Казань, Россия

Цель: изучить влияние минимальных доз ацетилсалициловой кислоты на состояние иммунитета при хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС).

Материал и методы: обследовано 76 больных ХРБС с ХСН в возрасте 40–69 лет. 29 больных I группы получали стандартную терапию ХСН (СТ), 27 больных II группы на фоне СТ получали ТромбоАСС (ацетилсалициловая кислота Lannacher) по 50 мг, 20 больных III группы на фоне СТ-Тромбо АСС по 100 мг в день в течение трех недель. Ежедневно в динамике определялись количество CD3+, CD4+ и CD8+-Т-лимфоцитов (Т-ЛФ) методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа; 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.

Результаты: до лечения во всех группах больных ХРБС с ХСН выявлено достоверное по сравнению с контролем снижение количества CD3+, CD4+ и CD8+-Т-ЛФ, повышение иммунорегуляторного индекса, снижение индекса супрессии (ИСу) ($p < 0,05$) и индекса стимуляции (ИСт) ($p < 0,05$), повышение показателя спонтанного НСТ-теста (сНСТ-тест) ($p > 0,05$) и снижение индуцированного НСТ-теста (иНСТ-тест), снижение коэффициента функциональной активности нейтрофилов (КАН) и индекса стимуляции нейтрофилов (ИС), достоверное повышение уровней IgA и IgM ($p < 0,05$) и снижение уровня IgG ($p > 0,05$). На фоне СТ к концу третьей недели количество CD3+ и CD4+-Т-ЛФ достоверно увеличилось, количество CD8+-Т-ЛФ не изменилось. Соотношение CD4+/-CD8+ свидетельствовало об усилении иммунного дисбаланса. ИСу и ИСт

за весь период наблюдения достоверно не изменялись. Выявлена тенденция к снижению показателя сНСТ-теста ($p>0,05$) и достоверное повышение иНСТ-теста ($p<0,05$), повышение КАН ($p<0,05$) и ИС ($p<0,05$). Выявлена тенденция к снижению IgA, М и G. Динамика иммунологических показателей у больных, получавших ТромбоАСС (II и III группа) не отличалась от таковой у больных, получавших СТ.

Выводы: включение в стандартную терапию больных ХРБС с ХСН минимальных доз ацетилсалициловой кислоты не влияет на состояние иммунитета.

068 ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПАРАЛЛЕЛЕЙ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Гайворонская Л. М., Золоедов В. И., Усков М. В., Усков В. М.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия

Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются актуальной проблемой современной медицины, в связи с чем возникает необходимость изучения патогенетических особенностей этого заболевания. Ишемическая болезнь сердца встречается у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин, что связывают с антиатеросклеротическим действием эстрогенов. В то же время роль андрогенов в патогенезе ишемической болезни сердца изучена недостаточно. С 30 лет уровень тестостерона в среднем снижается на 1–3% в год.

По данным литературы, у больных ИБС андрогенодефицит встречается чаще и более выражен, чем у здоровых лиц того же возраста, что, естественно, сопровождается снижением качества жизни. В настоящее время установлено, что низкий уровень тестостерона, выраженность атеросклероза и прогрессирование сердечно-сосудистой патологии взаимосвязаны между собой. Так снижение продукции андрогенов у пожилых мужчин происходит параллельно с ростом частоты ИБС.

Была изучена распространенность возрастного андрогенодефицита у больных стенокардией напряжения с ИМТ >30 кг/м² в возрасте 45–60 лет; выявить корреляционные связи между возрастным андрогенодефицитом у мужчин и рядом показателей (функциональный класс стенокардии, ИМТ, окружность талии, возраст, уровень холестерина и триглицеридов крови).

В исследование были включены мужчины с типичной клинической картины стабильной стенокардии напряжения в возрасте 45–60 лет и ИМТ >30 кг/м² (ожирение I и II степени). У всех обследованных мужчин определяли уровень тестостерона в сыворотке крови методом радиоиммунологического анализа. Было выявлено, что возрастной андрогенный дефицит регистрировался у 3 из 4 больных ИБС, включенных в исследование. Полученные результаты характеризовали обратные корреляционные связи между степенью андрогенодефицита и параметрами факторов риска развития ИБС, в том числе, стабильной стенокардии напряжения. Так, возрастание андрогенодефицита сопровождается ухудшением параметров холестерина, триглицеридов, ИМТ, увеличением окружности талии и возрастанием класса тяжести стабильной стенокардии напряжения.

Таким образом, была доказана высокая связь между степенью выраженности андрогенного дефицита и классом тяжести стабильной стенокардией. Низкий уровень тестостерона у мужчин сопряжен с более высокими цифрами возраста, ИМТ, окружности талии, функционального класса стенокардии напряжения и уровня холестерина и триглицеридов в крови, что говорит о необходимости заместительной терапии андрогенодефицита в комплексном лечении стабильной стенокардии напряжения у мужчин среднего возраста.

069 СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Гайсина Э. Ш.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Ижевск, Россия

Цель: изучение иммунновоспалительных реакций и показателей липидного обмена у больных стабильной стенокардией (ССН) пожилого возраста.

Материал и методы. Обследовано 187 больных ССН 2 и 3 функционального класса (46 мужчин, 141 женщина), средний возраст пациентов – $68,52 \pm 0,45$ лет. Исследовались показатели липидного обмена: уровень общего холестерина (ОХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ). Для оценки наличия и выраженности воспалительной реакции исследовались уровень СОЭ, общее количество лейкоцитов, содержание лимфоцитов, моноцитов; С-реактивного белка (СРБ), сывороточного неоптерина.

Результаты. У больных ССН пожилого возраста при нормальных значениях содержания CD4 ($43,35 \pm 2,35\%$) и CD8-клеток ($16,55 \pm 3,15\%$) иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8) был повышен ($2,85 \pm 0,75$). Параметры лейкоцитарной формулы находились в пределах нормальных значений. При изучении показателей воспалительной реакции, синдром ускоренного СОЭ выявлен у 41,18%, повышенный уровень СРБ – у 35,1% пациентов (среднее содержание – $5,96 \pm 1,03$ мг/л). Сывороточный неоптерин находился на уровне $11,36$ ($8,44$; $18,52$) нмоль/л, при этом высокое содержание неоптерина регистрировалось у 77,3% больных ССН пожилого возраста.

Результаты исследования показали наличие изменений в обмене холестерина в сторону увеличения атерогенности. ОХС был на уровне $5,35 \pm 0,08$ ммоль/л; 77,03% пациентов имели дислипидемию, с преобладанием ЛПНП ($3,14 \pm 0,08$ ммоль/л), которые отрицательно влияют на пролиферацию и функциональную активность клеток иммунной системы. Уровень ТГ был также повышен ($1,85 \pm 0,08$ ммоль/л) у 44,69%. Выявлена прямая корреляция уровня неоптерина ОХС ($r=0,30$, $p=0,04$), ЛПНП ($r=0,31$, $p=0,09$), ЛПВП ($r=-0,42$, $p<0,09$), моноцитами ($r=0,50$, $p=0,05$).

Повышенный уровень ЛПНП вызывает активацию клеток иммунной системы, что проявляется ростом острофазовых показателей. У обследованных больных установлена воспалительная реакция, о чем свидетельствуют высокие концентрации маркеров воспаления (СРБ, неоптерин).

Вывод. ССН у пожилых характеризуется взаимообусловленностью манифестируемых признаков воспалительной реакции и изменений липидного спектра.

070 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И РЕГУЛЯРНОСТЬ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Галеева З. М.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

Многочисленные исследования показали, что артериальная гипертензия – один из основных факторов риска развития инсульта. Российскую популяцию отличает низкая информированность о сущности артериальной гипертензии, ее осложнений, необходимости регулярного приема гипотензивных препаратов, адекватно контролирующего уровень артериального давления.

Цель: оценить изменение степени артериальной гипертензии после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения ишемического генеза и регулярность приема

гипогипотензивных препаратов у пациентов, страдавших до мозгового инсульта артериальной гипертонией 1-й степени.

Материал и методы: обследовано 66 пациентов: 35 мужчин (средний возраст $59,2 \pm 7,9$ г.) и 31 женщина (средний возраст $60,8 \pm 6,3$ г.) до и после мозгового инсульта ишемического характера. Все пациенты до мозгового инсульта страдали артериальной гипертонией 1-й степени.

Результаты: артериальное давление менее 140/90 мм рт.ст. после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения наблюдалось у 4,5% пациентов (3 чел.), артериальная гипертензия 1-й степени сохранилась у 60,6% (40 чел.), цифры артериального давления стали выше и соответствовали 2-й степени артериальной гипертензии у 13,7% (9 чел.) и 3-ей степени у 21,2% (14 чел.).

Анализ данных по лечению гипотензивными препаратами показал следующее: из общего числа пациентов 4,5% (3 чел.), те, у которых артериальное давление после перенесенного мозгового инсульта было менее 140/90 мм рт.ст., лекарства не принимали; более половины — 54,5% (36 чел.) пациентов лечились нерегулярно, 13,6% (9 чел.) пациентов не лечились, 27,3% (18 человек) пациентов лечились регулярно.

Выводы:

1. У большинства пациентов (95,5%), страдавших артериальной гипертензией 1 степени, после перенесенного мозгового инсульта сохраняется артериальная гипертензия.

2. Более высокая степень гипертензии, чем до нарушения мозгового кровообращения, регистрировалась у трети пациентов (34,9%).

3. Перенесенный мозговой инсульт не стал поводом для регулярного лечения более чем у половины пациентов 68,1%.

4. Менее трети пациентов (27,3%) после перенесенного ишемического инсульта лечились регулярно.

071 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Гаранин А. А., Рябов А. Е., Булакова С. В.

ГБОУ ВПО «Самарский медицинский государственный университет» Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Цель: исследовать реактивность сосудистой стенки у больных сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типов.

Материал и методы. Обследовано 100 мужчин. Из них 40 человек (средний возраст 22 ± 1 год) — практически здоровые лица (группа 1 — контрольная), 30 (средний возраст 25 ± 2 года) — с компенсированным СД 1 типа (группа 2), 30 (средний возраст 45 ± 4 года) — с компенсированным СД 2 типа (группа 3). Всем обследуемым регистрировали изменения показателей компьютерной сфимографии (КСГ) локтевой артерии в покое и рассчитывали среднюю скорость и ускорение движения артериальной стенки (V и A соответственно). Для оценки вазомоторной функции эндотелия регистрировали изменения данных показателей, полученные на фоне реактивной гиперемии по отношению к их исходным значениям (ΔV и ΔA). Статистический анализ проводился при помощи критерия Вилкоксона с применением программы Statistica 6.0. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Результаты КСГ в контрольной группе продемонстрировали уменьшение значений скоростных характеристик движения артериальной стенки преимущественно в период оттока. При этом ΔV составила 26% ($p = 0,005$), ΔA — 41% ($p = 0,013$). В группах 2 и 3 наблюдалось существенное снижение всех параметров, отражающих вазомоторную функцию эндотелия: в фазы активной работы сосудистой стенки ΔV снизилась на 18% ($p = 0,004$) и 17% ($p = 0,012$) соответственно по сравнению с контрольной группой. Динамика снижения ΔA была еще более значимой: во 2 группе этот показатель оказался ниже на 14% ($p = 0,015$), в 3 — на 49% ($p = 0,011$) в сравнении с контролем.

Выводы. У больных СД наблюдаются нарушения реактивности артериальной стенки. Эти изменения имеют общие свойства и динамику на фоне обоих типов данного заболева-

ния, однако, у больных СД 2 типа нарушения функции эндотелия носят более выраженный характер.

072 ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ

Гарганеева Н. П., Рахматуллина Ю. А., Лукьянова М. А., Тюкалова Л. И.

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

Цель: изучить взаимосвязь соматических и психосоциальных факторов риска (ФР) у больных артериальной гипертонией (АГ), ассоциированной с тревожными и депрессивными расстройствами, для разработки комплексной профилактики и проведения эффективной диспансеризации в условиях поликлиники.

Материал и методы. Обследовано 180 амбулаторных больных с АГ I–III стадии, из них 70 мужчин (38,9%) и 110 женщин (61,1%), средний возраст $54,8 \pm 5,6$ года. У 54 больных АГ ассоциировалась с ИБС. У 40 пациентов был выявлен сахарный диабет 2 типа или нарушение толерантности к глюкозе, у 56 — избыточная масса тела и ожирение, у 40 — дислипидемия. Риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) определялся по наличию ФР, поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний (АКС). Для выявления тревожных и депрессивных расстройств использовали опросник Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). При интерпретации данных учитывался суммарный балл по каждой шкале. При значениях до 8 баллов достоверно выраженных клинических симптомов депрессии или тревоги не наблюдалось.

Результаты. У 30% больных из общего числа были выявлены тревожные или депрессивные расстройства в соответствии с оценкой уровня депрессии и тревоги ≥ 8 баллов. Все эти пациенты в течение последних 6 месяцев перенесли 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, семейные проблемы. Степень выраженности тревоги и депрессии была преимущественно на уровне легкой и умеренной. По данным HADS уровень депрессии в среднем составил от $8,7 \pm 0,5$ до $13,6 \pm 0,8$ балла, уровень тревоги от $8,12 \pm 0,76$ до $11,7 \pm 0,5$ балла, что в среднем соответствовало клиническим проявлениям тревоги или депрессии. Были установлены значимые различия уровня тревоги и депрессии в зависимости от степени риска ССО и пола больных. При низком и умеренном риске ССО преобладала тревожная симптоматика с уровнем тревоги от 9,0 до 13,2 балла ($p < 0,05$). У больных с высоким и очень высоким риском ССО наблюдался более высокий уровень депрессии от 10,2 до 13,8 ($p < 0,05$). Мужчины с депрессией отличались более тяжелым течением АКС. Для больных АГ с высоким уровнем тревоги были характерны пароксизмы страха, вегетативные кризы, тахикардия, раздражительность. У больных с депрессией на фоне вегетативных расстройств выявлялись подавленное настроение, пессимистическая оценка будущего, ипохондрическая фиксация, низкая приверженность к лечению.

Заключение. Больные АГ с тревожно-депрессивными расстройствами представляют собой особую группу диспансерного наблюдения в реальной амбулаторной практике и нуждаются в комплексной терапии. Психосоциальные факторы и их оценка, наряду с другими ФР ССО, являются важнейшими составляющими диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных программ для пациентов с ССЗ и тревожно-депрессивными расстройствами. Такой подход отвечает современным рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике.

073 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕСТЕНОЗОВ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТЕНТОВ

Герасимов А. М.

Российский кардиологический научно-производственный комплекс им. А. Л. Мясникова, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность повторных эндоваскулярных вмешательств у пациентов с рестенозом ранее имплантированных стентов.

Материал и методы. Объектом исследования являлись 496 пациентов ИБС с клиникой стенокардии и/или признаками ишемии миокарда, наличием гемодинамически значимого рестеноза ранее имплантированного стента (216 — стент с лекарственным покрытием, 280 — непокрытый стент). Оценены результаты баллонной ангиопластики и имплантации стента с лекарственным покрытием при лечении как покрытых стентов так и непокрытых стентов. Выявлены предикторы неблагоприятного прогноза при лечении рестеноза покрытых и непокрытых стентов. Разработан практический алгоритм выполнения повторных эндоваскулярных вмешательств у больных с рестенозом стента в зависимости от особенностей рентгеноморфологии рестеноза, локализации рестеноза и типа ранее имплантированного стента. Выделены категории пациентов, у которых повторное эндоваскулярное лечение сопровождается неблагоприятным отдаленным прогнозом.

Результаты. У пациентов с рестенозом непокрытых стентов рецидив стенокардии и частота развития повторного рестеноза достоверно чаще наблюдались при баллонной дилатации по сравнению с имплантацией стента с лекарственным покрытием (28,6% и 10,3%, $p < 0,05$; 25% и 7,8%, $p < 0,05$). Частота острых коронарных осложнений достоверно не отличалась между двумя методами.

Факторами риска развития повторного рестеноза при эндоваскулярном лечении рестеноза непокрытого стента являются сахарный диабет, вмешательства на сосудах малого диаметра, проведение баллонной дилатации при любой локализации рестеноза.

У пациентов с рестенозом стентов с лекарственным покрытием рецидив стенокардии и частота развития повторного рестеноза достоверно не различались между методами баллонной дилатации рестеноза и имплантацией второго стента с лекарственным покрытием. Частотой острых коронарных осложнений также достоверно не отличались между собой.

Факторами риска развития повторного рестеноза при лечении рестеноза стента с лекарственным покрытием являются сахарный диабет, вмешательства на сосудах малого диаметра, проведение баллонной дилатации при краевой локализации рестеноза.

Вывод. При выборе метода лечения рестеноза непокрытого стента следует отдать предпочтение методике “стент в стент”.

При развитии рестеноза внутри стента с лекарственным покрытием целесообразно выполнение баллонной дилатации, при развитии краевого рестеноза — имплантация второго стента с лекарственным покрытием.

При развитии рестеноза как непокрытых стентов, так и стентов с лекарственным покрытием у больных с сахарным диабетом и малым диаметром сосудов целесообразно рассмотреть вопрос о других методах реваскуляризации.

074 УРОВЕНЬ 8-ИЗОПРОСТАНА, АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЫ И КАТАЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Герасимчук Н. Н., Ковалева О. Н., Сафаргалина-Корнилова Н. А.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра пропедевтики внутренней медицины № 1, Харьков, Украина

Цель: оценка активности оксидативных процессов у больных гипертонической болезнью (ГБ) с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. Состояние антиоксидантной системы оценивали по активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы в сыворотке крови, которые определяли биохимическим методом ($n=100$). Содержание в сыворотке крови 8-изопростана, как главного маркера оксидативного стресса определяли иммуноферментным методом при помощи набора «8-isoprostane ELISA» фирмы «USBiological» (США) ($n=34$). Полученные данные выражались в пг/мл.

В условиях стационара были обследованы пациенты ГБ 1–3 степень в сочетании с избыточным уровнем массы тела и ожирением в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст — $55,3 \pm 1,33$) года, которым ранее не проводили регулярную антигипертензивную терапию. Группу контроля составили 16 и 10 практически здоровых лиц соответственно, по полу и возрасту сопоставимых с больными основной группы.

Результаты. В данном исследовании было отмечено достоверное повышение уровня 8-изопростана в сыворотке крови пациентов ($17,15 \pm 3,12$ пг/мл) в сравнении с группой контроля ($1,41 \pm 0,81$ пг/мл, где $p < 0,05$) в 12,16 раз. Уровень 8-изопростана достоверно повышался как у больных ГБ с избыточной массой тела ($n=23$; $12,13 \pm 9,05$), так и с ожирением ($n=11$; $27,63 \pm 14,4$) в сравнении с группой контроля в 8,6 раза и 19,6 раза соответственно, где $p < 0,001$.

Активность СОД ($0,46 \pm 0,14$) у данной категории обследуемых достоверно снижена по сравнению с группой контроля ($0,54 \pm 0,05$), где $p < 0,05$. При этом, установлена тенденция к снижению активности СОД у больных ГБ с избыточной массой тела ($n=55$; $0,47 \pm 0,17$ против $0,54 \pm 0,05$ мккатал/л, где $p > 0,05$).

Уровень активности СОД у пациентов с ожирением ($n=45$; $0,44 \pm 0,11$) характеризовался достоверным снижением в 1,22 раза в сравнении с показателями группы контроля ($0,54 \pm 0,05$ мккатал/л, где $p > 0,05$). При определении активности каталазы была установлена тенденция к ее снижению у лиц с ожирением ($n=45$; $3,31 \pm 1,44$ против $3,38 \pm 0,39$ мккатал/л в группе контроля, где $p > 0,05$) и тенденция к ее повышению у лиц с избыточной массой тела ($n=55$; $3,45 \pm 1,63$ против $3,38 \pm 0,39$ мккатал/л в группе контроля, где $p > 0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют не только о повышении уровня 8-изопростана в сыворотке крови, но и о формировании при ГБ в сочетании с избыточным уровнем массы тела и ожирением состояния оксидативного стресса. У больных данной категории снижается активность антиоксидантной системы по сравнению с практически здоровыми лицами, причем степень снижения определяется степенью повышения массы тела. Тенденцию к повышению активности каталазы можно объяснить усугублением оксидативного стресса. документированное статистически достоверным превышением уровня 8-изопростана у больных с ожирением, в сравнении с аналогичным показателем у больных с избыточной массой тела.

075 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПЕРИОД РАННЕЙ ДЕТОКСИКАЦИИ

Горбунова А. С.¹, Левашов С. Ю.¹, Волкова Э. Г.¹, Непомнящий Н. Н.²

Челябинская государственная медицинская академия¹, Челябинск; Челябинская областная клиническая наркологическая больница², Челябинск, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности больных алкоголизмом. Проаритмогенные эффекты этанола рассматриваются в качестве основной причины нарушений электрической активности сердца, приводящей к жизнеугрожающим аритмиям у больных алкоголизмом. При этом период ранней детоксикации считается наиболее критическим в отношении развития желудочковых аритмий и внезапной смерти, поэтому поиск

предикторов аритмий является одной из актуальнейших проблем электрокардиологии.

Цель: исследование электрической активности сердца (ЭАС) у больных хроническим алкоголизмом в период ранней детоксикации.

Материал и методы. Выполнено комплексное обследование мужчин, страдающих хроническим алкоголизмом 2–3 стадии, в периоде ранней детоксикации, госпитализированных в отделение неотложной наркологической помощи Челябинского областного наркологической больницы, всего 69 человек. Оценивались клинические и лабораторные данные, проводились ЭКГ с синхронной регистрацией первой производной и расчетом величины скорости активации желудочков (САЖ) сердца, суточное мониторирование ЭКГ (15 пациентов). Статистическая обработка данных проведена с использованием программы SPSS, версия 17.0. Данные представлены в виде $M \pm m$. Достоверность различий считалась при уровне значимости $p < 0.05$.

Результаты. Средний возраст обследуемых составил $49,5 \pm 6,5$ лет, среднее количество потребляемого перед госпитализацией алкоголя в пересчете на чистый этанол составило 366 г/сутки. Артериальное давление при поступлении: систолическое 141 ± 18 и 95 ± 13 мм рт.ст. диастолическое, частота сердечных сокращений составила 107 ± 15 уд. в мин.

При анализе ЭКГ покоя признаки гипертрофии левого желудочка выявлялись у 24% пациентов, синдром ранней реполяризации желудочков у 16%, замедление внутрипредсердной проводимости в 13% случаев. При анализе показателей суточного мониторирования ЭКГ были выявлены нарушения ритма: суправентрикулярные экстрасистолы – в 33,3% случаев, пароксизмы фибрилляции предсердий в 6,5%, желудочковые аритмии у наблюдались у 46,6% обследованных. Среднее значение САЖ сердца составило $38,9 \pm 2,75$. Исследование взаимосвязи величины САЖ с нарушениями ритма на основе корреляционно-регрессионного анализа показало сильную отрицательную линейную взаимосвязь между показателем САЖ и желудочковыми нарушениями ритма по данным суточного мониторирования ЭКГ: $r = -0,916$, ($p = 0,01$).

Выводы.

1. У мужчин, больных хроническим алкоголизмом, ранний период детоксикации характеризуется гиперкинетическим типом кровообращения.

2. Среди ЭКГ синдромов ведущее значение занимают желудочковые нарушения ритма. Установленная сильная взаимосвязь скоростных характеристик электрической активности сердца с частотой желудочковых аритмий позволяет использовать величину САЖ в качестве предиктора развития желудочковых аритмий у больных алкоголизмом в период ранней детоксикации.

076 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ СОЧЕТАННОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Гребенщикова И. А., Левашов С. Ю., Волкова Э. Г.

Областная клиническая больница № 3, Челябинск, Россия

Одним из основных и наиболее частых проявлений ишемической болезни сердца (ИБС) является стенокардия напряжения (СН) или болевая ишемия миокарда. Однако нередко наличие выраженного атеросклеротического поражения коронарных артерий не сопровождается клиническими проявлениями ИБС. Это существенно затрудняет своевременную диагностику заболевания у пациентов с безболевыми ишемией миокарда (БИМ). Большинство исследователей придерживается мнения о крайней неблагоприятности исхода у больных с сочетанием безболевой и болевой ишемией миокарда.

Цель: определение шансов влияния различных факторов риска (ФР) на развитие сочетанной ишемии миокарда у пациентов с изолированной БИМ и СН.

Материал и методы. В исследование включены 72 пациента ИБС с установленным диагнозом СН I–III функционального класса (ФК) и/или БИМ в возрасте от 35 до 64 лет. Средний возраст обследуемых $50,9 \pm 7,7$ лет. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, оценка наличия ФР (артериальная гипертензия (АГ), абдоминальное ожирение (АО), курение, гиперхолестеринемия). Суточное мониторирование ЭКГ для выявления БИМ проводилось на системе Кардиотехника – 4000 АД, а также при проведении тредмил-теста на аппарате Full Vision Inc. Исследование состояния коронарного русла проводилось на мультиспиральном компьютерном томографе Light Speed 16 Cardiac, General Electric (США). Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Манна-Уитни и Стьюдента. Для каждого ФР определено отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал.

Результаты. Выявлено, что изолированное воздействие ФР статистически значимо не увеличивает вероятность развития смешанной ишемии миокарда у пациентов со СН I–III ФК. Тогда как сочетание трех факторов, таких как курение, АГ и АО, привело к достоверному увеличению риска в 5,34 раза (95% ДИ 1,35–22,15, $p = 0,01$), а сочетание указанных факторов с гиперхолестеринемией увеличивало риск до 6,5 раз (95% ДИ 1,59–28,28, $p = 0,006$). Изменения коронарного русла (наличие стенозирующего поражения и кальциноза коронарных артерий) не ассоциировались со статистически значимым увеличением риска развития смешанной ишемии миокарда. У пациентов с изолированной БИМ установлено, что наличие АО ассоциируется с увеличением риска развития сочетанной ишемии в 5,67 раз (95% ДИ 1,18–29,37, $p = 0,03$). Сочетание таких ФР, как курение, АГ, АО и гиперхолестеринемия увеличивает вероятность появления смешанной ишемии миокарда в 6,91 раз (95% ДИ 1,43–36,53, $p = 0,01$). Наличие гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий (более 50%) ассоциировались с увеличением риска в 5,45 раз (95% ДИ 1,03–32,38, $p = 0,045$).

Выводы.

1. У пациентов с изолированной СН риск развития сочетанной ишемии миокарда повышается при сочетании таких ФР, как курение, АГ, АО и гиперхолестеринемия.

2. Гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий ассоциируются с риском развития сочетанной ишемии миокарда только у больных с изолированной БИМ.

077 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

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

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

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

Материал и методы. Включено 420 медицинских работников в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование включало анкетирование, антропометрический, лабораторный и психометрический методы исследования. Использованы опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению, опросники качества жизни (SF-36, EQ-5D), шкалы оценки астении (MFI-20), анкета ВОЗ по нарушению сна, шкалы тревоги и депрессии (НАМ-А и НАМД-17), синдрома эмоционального выгорания (шкала теста В. В. Бойко). Коррекция выявленных нарушений проводилась при помощи индивидуальных рекомендаций. Проведено сравнение состояния здоровья медицинских работников между лицами, соблюдающими (группа А) и не соблюдающими рекомендации (группа В), между мужчинами и женщинами, а также в зависимости от стажа работы.

Результаты. 40% обследованных медицинских работников отмечали проблемы со сном, 16% страдали депрессией, 36% испытывали тревогу, 30% страдали гипертонической болезнью (из них 13% занимались самолечением), у 63% были проблемы с избытком массы тела (из них 31% страдали ожирением).

ем I–III степени), у 11% имелась никотиновая зависимость, 54% медработников признали себя астениками. Установлено наличие достоверной прямой корреляционной связи между стажем и уровнем общей астении ($r=0,157$, $p<0,05$), между стажем и тревогой ($r=0,02$, $p<0,0005$), между стажем и депрессией ($r=0,02$, $p<0,0003$). Выявлена положительная корреляционная зависимость между индексом массы тела и возрастом медработников ($r=0,41$, $p<0,05$), между уровнем глюкозы крови и уровнем систолического ($r=0,04$, $p<0,05$) и диастолического артериального давления ($r=0,5$, $p<0,05$), между уровнем холестерина и уровнем систолического ($r=0,4$, $p<0,05$) и диастолического артериального давления ($r=0,3$, $p<0,05$). При повторном анкетировании почти вдвое снизился показатель тревоги, а также уровень глюкозы крови по всей группе респондентов, причем в группе А — уменьшение в 3 раза и в 1,5 раза соответственно, а в группе В — недостоверное повышение; показатель динамики бессонницы снизился в 4,5 раза по всей группе респондентов, причем в группе А — снижение в 12 раз, в группе В — в 1,5 раза; отмечено снижение уровня систолического артериального давления в 2,5 раза, уровня диастолического — в 1,5 раза, индекса массы тела в 1,5 раза, причем за счет группы А, не выявлено достоверного снижения уровня холестерина крови, уровень депрессии снизился в 3 раза среди всей группы респондентов, причем в группе А — снижение в 4 раза, а в группе В — в 1,5 раза, отмечен рост заболеваемости астенией в группе В — на 8%, но за счет снижения в группе А на 20%, среди всей группы респондентов отмечено снижение уровня на 9%.

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

078 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДАПТАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПО ДАННЫМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Грозева Я. В., Королев Д. И., Ушакова С. Е.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России, Иваново, Россия

Цель: оценить динамику показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов пожилого возраста со стабильной стенокардией II–III ф. к. на фоне лечения.

Материал и методы. Обследован 131 пациент в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $74,5 \pm 5,6$ лет), из них 67% женщины. Пациенты 1 группы (78 человек) получали бета-адреноблокатор (БАБ) бисопролол. Пациенты 2 группы (53 человека) из-за наличия ХОБЛ или плохой переносимости БАБ получали ивабрадин. Регистрация интервалов R-R (ритмограмм) с помощью аппаратно-программного комплекса «Валента» в условиях покоя и с применением функциональной ортостатической пробы и оценка эффективности терапии проводились исходно, через 1 и 3 месяца лечения.

Результаты. Исходно у пациентов обеих групп общая ВРС была низкой и составляла в 1 группе $2408,9 \pm 160,6$, во 2 группе $2347,9 \pm 157,3$. Вегетативный баланс (LF/HF) отклонялся в сторону преобладания симпатического отдела (СО) вегетативной нервной системы (ВНС) (1 группа $2,6 \pm 1,5$; 2 группа $3,1 \pm 1,8$). У пациентов обеих групп при выполнении ортостатической пробы достоверно снижались значения мощности высокочастотного (HF) диапазона при увеличении низкочастотного (LF) диапазона, что свидетельствует о парасимпатической недостаточности у данной категории больных (1 группа с $322,1 \pm 30,8$ до $198,1 \pm 23,4$; 2 группа с $358,2 \pm 37,5$ до $273,7 \pm 34,8$, $p<0,05$).

Через 1 месяц лечения у 26 пациентов, не достигших целевой ЧСС и полного антиангинального эффекта, сохранялись низкая общая ВРС ($2683,2 \pm 163,5$), преобладание СО ВНС в покое (LF/HF $2,9 \pm 1,5$), парасимпатическая недо-

статочность в положении ортостаза, увеличение мощности очень низкочастотного (VLF) диапазона ($53,1 \pm 9,8$ до $79,8 \pm 12,3$, $p<0,05$), свидетельствующее о гуморальной регуляции ритма и снижении регулирующего влияния ВНС. Эти пациенты получали комбинацию БАБ и ивабрадина и составили 3 группу.

На фоне достоверного снижения частоты ангинозных приступов и достижения ЧСС 55–60 уд./мин. через 3 мес. достоверно увеличилась общая ВРС с $3593,7 \pm 157,3$ по $4067,7 \pm 332,9$ в 1 группе, с $3871,2 \pm 160,6$ по $4949,6 \pm 294,7$ во 2 группе и с $2683,2 \pm 163,5$ по $4238,1 \pm 332,9$ в 3 группе ($p<0,05$). Показатель LF/HF 1 группы достоверно снизился с $2,2 \pm 1,5$ до $1,3 \pm 0,9$, 2 группы с $2,7 \pm 1,0$ до $1,6 \pm 1,5$ ($p>0,05$), 3 группы с $2,9 \pm 1,5$ до $1,0 \pm 0,8$ ($p<0,05$). При выполнении ортостатической пробы проявления парасимпатической недостаточности достоверно уменьшились: значения мощности HF и LF диапазона снизились с $1014,8 \pm 96,9$ до $482,2 \pm 45,6$; в 1 группе, с $793,5 \pm 88,4$ до $367,7 \pm 56,8$ во 2 группе и с $552,2 \pm 88,4$ до $174,1 \pm 54,4$ в 3 группе, $p<0,05$. Значения мощности VLF диапазона достоверно снизились в 3 группе с $79,8 \pm 12,3$ до $34,1 \pm 9,8$ ($p<0,05$).

Вывод. При подборе эффективной антиангинальной терапии уменьшается дисбаланс вегетативного тонуса в регуляции ритма сердца, увеличивается общая ВРС, уменьшается гуморальное влияние.

079 КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Громова О. А., Синеглазова А. В.

ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздравсоцразвития России, Челябинск, Россия

Цель: изучить взаимосвязь «болезнь-обусловленных» факторов риска (ФР) атеросклероза (АС) с качеством жизни (КЖ) женщин больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Обследовано 175 женщин с диагнозом РА, средний возраст $49,7 \pm 9,2$ лет. КЖ оценивалось по опросникам SF 36 и HAQ. Комплексное обследование проводилось согласно федеральным стандартам. Для статистической обработки применен пакет SPSS (17 версия).

Результаты. Средний уровень всех шкал SF 36 не превышал 50 баллов (б.), уровень HAQ соответствовал умеренным нарушениям ($1,2 \pm 0,6$). Наличие АС ассоциировалось со статистически значимым снижением шкал физического функционирования, жизнеспособности и психологического здоровья опросника SF 36. У пациенток с «болезнь-обусловленными» ФР АС (высокая активность РА, тромбоцитоз, системные проявления) зарегистрировано достоверное снижение КЖ по данным SF 36 и HAQ.

Вывод. АС и «болезнь-обусловленные» ФР его развития снижают КЖ больных РА.

080 КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕРИЧЕСКОГО АТОРВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Гуляева Е. Н., Чорбинская С. А.

ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ, кафедра семейной медицины с курсом клинической лабораторной диагностики, Москва, Россия

Цель: изучить возможности коррекции дислипидемии генерическим аторвастатином (липтонорм) у пациентов высокого кардиоваскулярного риска в условиях поликлиники.

Материал и методы. В исследование включены 33 пациента с ИБС и дислипидемией, средний возраст которых составил $68,4 \pm 8,2$ года, из которых 17 чел. — мужчины (51,5%) и 16 чел. — женщины (48,5%). У всех пациентов анализировались анамнестические данные, проводилось стандартное

общеклиническое обследование с оценкой антропометрических параметров (рост, масса тела, индекс массы тела). Артериальное давление измеряли аускультативным методом по Короткову. Лабораторные методы включали клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий холестерин (ОХС), ЛПНП, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), глюкоза, мочевиная кислота, аспаргиновая трансаминаза (АСТ), аланиновая трансаминаза (АЛТ), креатинфосфокиназа (КФК)). Целевыми уровнями липидов для пациентов являлись: ОХС < 4,5 ммоль/л, ЛПНП < 2,5 ммоль/л.

Все пациенты имели артериальную гипертензию и избыточную массу тела. СД 2 типа зарегистрирован у 6 (18,2%) пациентов. Из сопутствующих заболеваний: хронический гастрит — у 5 пациентов (15,2%), ЯБ желудка/12 перстной кишки — у 4 пациентов (12,1%). Генерический аторвастатин (препарат липтонорм, ОАО «Фармстандарт — Лексредства») назначался 12 недель в стартовой дозе 10 мг, с коррекцией до 20 мг у лиц, не достигших целевых уровней ЛПНП к 8 неделе терапии. Также пациенты получали комплексную терапию, включающую прием нитратов, антиагрегантов, бета-адреноблокаторов и ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента.

Результаты. За период наблюдения возникновения сердечно-сосудистых осложнений не зарегистрировано. Переносимость препарата пациентами хорошая. Повышения значений АЛТ, АСТ более 3-х, а КФК более 5-ти верхних границ нормы на протяжении всего периода терапии не отмечалось. Снижение ОХС к исходу 8 недели терапии являлось достоверным и составило 32,8%. Динамика ЛПНП и ТГ также характеризовалась достоверным ($p < 0,05$) снижением средних показателей на 42% и 17,3% соответственно. Достоверного увеличения уровня ЛПВП не наблюдалось (3,6%). Целевых уровней ЛПНП достигли к исходу 8 недели терапии на фоне приема стартовой дозы аторвастатина (10 мг) 21,2% пациентов. Увеличение дозы препарата до 20 мг обеспечило к 12-й неделе снижение ЛПНП до целевого уровня у 30,3% пациентов.

Выводы. Изучение эффективности проводимой гиполипидемической терапии предусматривает оценку достижения целевых уровней липидов в соответствии с уровнем кардиоваскулярного риска. Генерический аторвастатин (липтонорм) оказывает липиднормализующий эффект, однако для достижения целевых уровней у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском необходимо титрование дозы статина, что позволит повысить эффективность терапии.

081 КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ МУЖСКОГО ПОЛА Г. СУМГАИТ

Гусейнова Н. Н., Зейналов А. Ф., Агаев Ф. Ф.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева; Научно-Исследовательский Институт Легочных Заболеваний МЗ Азербайджанской Республики, Баку, Азербайджан

Курение сигарет, как и большинство факторов риска, играет важную роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Меры по борьбе с табакокурением являются одним из наиболее перспективных направлений первичной профилактики ишемической болезни сердца.

Цель: изучить распространенность курения как одного из основных факторов риска развития ишемической болезни сердца в популяции вынужденных переселенцев мужского пола 20–59 лет, проживающих в г. Сумгаит Азербайджанской Республики.

Материал и методы. Первичный скрининг прошли 865 мужчин в возрасте 20–59 лет. Заполнялся опросник для установления наличия привычки курения сигарет. Опросник содержал информацию о количестве выкуриваемых сигарет

в день. Все обследуемые были разделены на 4 возрастные группы: 20–29, 30–39, 40–49 и 50–59 лет.

Результаты. Частота курения сигарет в популяции вынужденных переселенцев мужского пола составила $56,3 \pm 1,7\%$. Максимальные значения отмечались в диапазоне 30–49 лет, а минимальные были почти идентичными у лиц 20–29 лет и 50–59 лет. Преобладали те, кто курил от 11 до 20 сигарет в день ($27,4 \pm 1,5\%$), причем было зафиксировано статистически достоверное увеличение данного показателя от 20–29 лет ($22,2 \pm 2,7\%$) до 40–49 лет ($34,3 \pm 3,3\%$, $p < 0,05$) с последующим уменьшением в 50–59 лет ($25,4 \pm 3,0\%$, $p < 0,05$). Лиц выкуривавших в день более 20 сигарет было значительно меньше ($8,8 \pm 1,0\%$), а возрастная динамика отмечалась от минимального значения в 20–29 лет ($4,3 \pm 1,3\%$) до максимального в 40–49 лет ($12,4 \pm 2,3\%$, $p < 0,001$) и вновь со снижением в 50–59 лет ($7,3 \pm 1,8\%$, $p > 0,05$).

Вывод. Представленные результаты свидетельствовали о том, что распространенность такого фактора риска ишемической болезни сердца как курение сигарет среди вынужденных переселенцев мужского пола достаточно значительна и особенно в возрасте 30–49 лет, что в прогностическом плане весьма неблагоприятно.

082 ПРОГНОЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

Давид Л. А., Гросу А. А.

Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Согласно данным популяционных исследований метаболический синдром (МС) ассоциируется с повышенным риском сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Влияние МС на течение и прогноз острого инфаркта миокарда (ОИМ) освещено в литературе недостаточно. Связь МС с исходом ОИМ у лиц с нарушением толерантности к глюкозе изучено мало.

Цель: изучить прогноз ОИМ при длительном наблюдении у больных с нормальной (НТГ) и нарушенной толерантностью к глюкозе (НрТГ) в зависимости от присутствия МС.

Материал и методы. В исследование включили 230 больных ОИМ без сахарного диабета поступивших последовательно в Клинику Кардиологии в период январь 2007 — декабрь 2008 гг., которым перед выпиской из больницы (10–12 день) был проведен стандартный тест толерантности к глюкозе. По результатам нагрузочного теста пациентов разделили на 2 группы: I гр. ($n=153$) с НТГ, II гр. ($n=77$) с НрТГ. В каждой из групп выделили подгруппы лиц с МС (IDF 2005 г) и без МС. Изучили факторы риска, кардиоваскулярный анамнез, клиническую характеристику при поступлении и в период госпитализации, сердечно-сосудистые события при длительном наблюдении (2,5 года) у больных с НТГ и с НрТГ в зависимости от наличия МС.

Результаты. МС выявили у 56% включенных в исследование больных. Процент лиц с МС был статистически выше среди больных с НрТГ в сравнении с НТГ ($p < 0,05$). Пациенты с МС были старше (в I гр., во II гр. $p < 0,05$), чаще женского пола (в I гр. $p > 0,05$; во II гр. $p < 0,05$), преимущественно гипертоники (в I гр., во II гр. $p < 0,001$), в большем проценте имели в анамнезе сердечную недостаточность (СН) и инсульт (в I гр., во II гр. $p < 0,05$), реже курили (в I гр., во II гр. $p < 0,05$) и имели более высокий уровень триглицеридов крови (в I гр., во II гр. $p < 0,05$) в сравнении с субъектами без МС. Не выявлено достоверных различий между группами в соотношении ОИМ с зубца Q и без такового, а также в локализации очага некроза. Присутствие МС ассоциировалось с наличием СН (Killip > 1 класса) при поступлении, мерцательной аритмии (в I гр. $p > 0,05$; во II гр. $p < 0,05$), сердечной декомпенсации в период госпитализации (I гр. $p=0,04$, II гр. $p=0,05$), а также с более низким показателем ФВ% (I гр. $p=0,05$; II гр. $p < 0,05$). Не установлено достоверных различий между группами по частоте

развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, коронарные вмешательства) за время наблюдения в постинфарктном периоде. В изученной группе больных смертность при длительном наблюдении была значительно выше у пациентов с МС чем у лиц без МС (68,5% vs 31,5% $p<0,001$). Смертность больных с НрТГ и МС была статистически достоверно выше, чем у субъектов с НТГ без МС (26% vs 9,5% $p=0,03$), а смертность пациентов с НТГ в сочетании с МС не отличалась от таковой лиц с НрТГ без МС (14% vs 14,6%).

Выводы. МС выявили более чем у половины больных с ОИМ (56%), в том числе среди лиц с нарушением толерантности — у 65%. Пациенты с ОИМ и МС имеют большее количество факторов риска и более отягощенный анамнез, а течение инфаркта чаще осложняется сердечной недостаточностью и неблагоприятным отдаленным прогнозом. Наличие НрТГ и МС у больного ОИМ коррелировало с развитием мерцательной аритмии, сердечной недостаточности, сниженной ФВ%, повышенным риском смертельного исхода в постинфарктном периоде. Наличие МС у больного ОИМ, особенно в сочетании с НрТГ указывает на высокий риск неблагоприятного прогноза и определяет необходимость агрессивной комплексной терапии.

083 ВЗАИМОСВЯЗЬ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Давирова Ш. Ш., Абдуллаев Т. А., Курбанов Н. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение параметров вариабельности ритма сердца (ВРС) во взаимосвязи с барорефлекторной регуляцией (БР) и желудочковой аритмией у пациентов дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы: нами обследовано 36 пациентов (22 мужчин и 14 женщин), ср. возраст $34,4 \pm 15,8$ (от 19 до 42 лет) страдающих ДКМП, осложненной ХСН II–IV ФК по NYHA. Всем больным помимо объективного осмотра для оценки барорефлекторной регуляции проводили «титл-тест» на ортостатическом столе с постоянным контролем, ЭКГ в 12 стандартных отведениях и определением параметров ВРС на аппарате «Cardiolab». Проводился анализ следующих компонентов: SDNN, HF, LF. Интерпретация данных ВРС проводилась согласно рекомендациям североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996 г). Где, значение SDNN расценивали как снижение общей ВРС.

Результаты. Все пациенты в зависимости от показателя SDNN были распределены на 2 группы. I группу составили 26 пациентов с ФК ХСН $2,7 \pm 0,4$ (ср. возраст $32,5 \pm 10,6$; муж/жен 13/3) с SDNN > 100 мс, во II группу вошли 10 пациентов с ФК ХСН $3,4 \pm 0,7$ (ср. возраст $34,5 \pm 9,6$; муж/жен 7/3) с SDNN < 100 мс. Ортостатическая нагрузка у пациентов I гр. выявил снижение центрального звена адаптационного резерва сердечно-сосудистой системы (ССС), что сопровождалось увеличением параметров SDNN с $112,5 \pm 27,8$ мс до $132,7 \pm 43,9$ мс ($p=0,05$), LF с $502,0 \pm 194,4$ до $721,8 \pm 227,2$ ($p=0,00$) и подавлением HF с $339,9 \pm 97,6$ до $184,9 \pm 78,5$ ($p=0,00$), во время пробы нарушений ритма сердца, проводимости не было выявлено. Во II гр. пациентов в ответ на вертикализацию выявлено снижение как центрального, так и периферического отдела адаптации СССР, и наблюдалось одномоментное снижение всех компонентов: SDNN (с $79,5 \pm 20,9$ до $59,7 \pm 19,4$; $p=0,04$); LF ($136,4 \pm 49,7$; до $103,5 \pm 30,2$; $p=0,09$); HF (с $306,4 \pm 155,9$ до $231,6 \pm 148,9$ мс; $p=0,28$). При этом на нагрузку отмечалось увеличение количества одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭ) с $7,4 \pm 2,5$ (в покое) до $15,3 \pm 7,6$ в мин, так же развитием более сложных форм ЖЭ, не регистрировавшихся в покое (эпизоды аллоритмии, куплеты ЖЭ, 1 пациента зарегистрирован короткий пароксизм желудочковой тахикардии состоящий из 3 комплексов QRS).

Таким образом, у пациентов ДКМП с низкой вариабельностью сердечного ритма ортостатическая нагрузка сопровождается подавлением высокочастотных и низкочастотных компонентов ВРС. Сказанное сопровождалось увеличением частоты встречаемости исходных ЖА с появлением более высоких градаций.

084 ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Демина И. Д., Юхананова Л. М.

ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, Москва, Россия

На базе МСЧ ОАО «Метровагонмаш» и клиники Института общей и профессиональной патологии ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана осуществлено углубленное медицинское обследование работников машиностроительного завода: слесарей-сборщиков и электросварщиков. Сопоставительный анализ заболеваемости с ВУТ позволил определить «болезни риска» у работников завода, к которым можно отнести артериальную гипертонию.

Для оценки компенсаторно-приспособительных реакций рассчитывался индекс напряжения регуляторных механизмов (ИН) и индекс функциональных изменений (ИФИ) как интегральные показатели регуляции деятельности ССС. ИФИ у высокостажированных слесарей-сборщиков достоверно превышал аналогичные показатели в группе электросварщиков. У малостажированных слесарей-сборщиков ИФИ соответствовал уровню напряжения адаптационных механизмов (2,8 балла), у сварщиков отмечался на уровне удовлетворительной адаптации (2,5 балла), при увеличении стажа величина показателей напряжения организма рабочих нарастала в обеих профессиональных группах (ИФИ 3,2 и 2,9 баллов, ИН 107,2 и 101 у.е. соответственно), достигая у слесарей-сборщиков неудовлетворительной адаптации, а у электросварщиков — уровня напряжения адаптации. При оценке компенсаторно-приспособительных реакций по интегральным показателям регуляции деятельности ССС отмечена положительная динамика с достоверным снижением ИН и ИФИ при применении статинов, омакора и плазмафереза в обеих профессиональных группах.

Принимая во внимание выявленную взаимосвязь гемодинамических показателей (АДС) и интегральных показателей регуляции деятельности ССС (ИФИ) с уровнями ХС ЛПНП, методом регрессионного анализа произведена прогнозная оценка снижения уровней систолического АД и ИФИ при снижении концентрации ХС ЛПНП в плазме крови при проведении лечебно-профилактических мероприятий. Прогнозная оценка позволила установить, что при снижении концентрации ХС ЛПНП на 0,5 ммоль/л показатели систолического давления снизятся на 5,13 мм рт. ст. ($R^2=0,95$), ИФИ снизится на 0,132 балла ($R^2=0,92$). Таким образом, гиполипидемическая терапия может способствовать снижению уровня АД за счет снижения концентрации атерогенных фракций липидов без назначения гипотензивных препаратов.

Результаты проведенных исследований способствовали обоснованию и оптимизации комплекса профилактических мероприятий у работников машиностроительного производства. Среди наиболее оптимальных лечебно-профилактических мероприятий можно выделить применение гиполипидемических препаратов — омакора на основе Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, статинов (больным с ИБС, заболеваниями периферических артерий, сахарным диабетом 2 типа, лицам с высоким риском развития атеросклероза), плазмафереза (при выраженной гиперхолестеринемии, отсутствии эффекта от медикаментозной терапии и наличии противопоказаний к назначению статинов), диетотерапии (как немедикаментозного метода профилактики атеросклероза и развития сердечно-сосудистой патологии).

085 ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Денисова Е. А., Мелентев А. В.

Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, Москва, Россия

Цель: изучение эластических свойств плечевой артерии в условиях, провоцирующих эндотелийзависимую вазодилатацию рабочих «пылевых профессий» горнорудной промышленности.

Материал и методы. В обследовании приняло участие 96 рабочих, средний возраст $43,5 \pm 4,5$ лет, средний стаж работы $16,7 \pm 7,3$ лет страдающий артериальной гипертензией 1–2 ст. В контрольную группу вошло 27 рабочих, сопоставимых по возрастным и стажевым характеристикам. Определялись эластические свойства брахиоцефальной артерии у обследуемых, их изменения в ходе пятиминутной ишемической пробы. Осцилляции в компрессионной манжете регистрировались в режиме непрерывной возрастающей компрессии. Параметры фиксировались в полуавтоматическом режиме с последующей компьютерной обработкой на оригинальном приборе АПКО-8-РИЦ с использованием метода объемной компрессионной осциллометрии. Регистрировали осциллометрическую кривую, формирующуюся при измерении объема магистрального артериального сосуда, плечевой артерии, с нарастающим давлением в измерительной манжете), получали информацию об: артериальном давлении (диастолическое и систолическое артериальное давление, среднее артериальное давление, пульсовое и ударное артериальное давление); площади поперечного сечения сосуда и целого ряда параметров сердечно-сосудистой деятельности (ЧСС, сердечный выброс, ударный объем крови, линейная скорость кровотока, скорость пульсовой волны и т.д.). Изучали: 1. Коэффициент эластичности брахиальной артерии (K1), определяемый как прирост амплитуды осцилляции к приросту давления в манжете; 2. Максимальную амплитуду осцилляции (Аmax); 3. Показатель K2 (отношение амплитуды осцилляции к величине средне-динамического давления). Данные показатели, а также вышеперечисленные величины, определялись исходно, через одну, пять минут после полной пятиминутной окклюзирующей компрессии одноименной брахиальной артерии.

Результаты. В ходе пробы произошло достоверное снижение артериального давления только в группе с артериальной гипертензией со $107,02 \pm 2,44$ до $98,05 \pm 1,87$ мм рт.ст. ($p < 0,02$). В данных группах исследованных, на первой минуте после декомпрессии брахиальной артерии выявляется достоверное увеличение показателя (K2) и максимальной амплитуды осцилляций (А max) с тенденцией к более выраженному увеличению в контрольной группе. Прирост коэффициента эластичности (K1) был достоверен только в контрольной группе рабочих, где его величина составила 38% ($14,56 \pm 1,87$ до $20,31 \pm 2,63$ ед., $p < 0,05$).

Таким образом, увеличение показателя (K2) и максимальной амплитуды осцилляций (А max), очевидно, связано с поток — зависимой дилатацией мелких артерий вследствие ишемии, а коэффициента эластичности (K1) отражает податливость одноименной брахиальной артерии при эндотелийзависимой вазодилатации ее стенки. Отсутствие изменения данного параметра свидетельствуют от эндотелиальной дисфункции у рабочих «пылевых» профессий горнорудной промышленности страдающих артериальной гипертензией 1–2 ст.

086 ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Дергачева Ю. Е., Жилев Е. В., Теблов К. И.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет МЗиСР РФ», Москва, Россия

Цель: выявление предикторов сердечно-сосудистой смерти у пациентов со стенозом не менее 70%, как минимум, одной коронарной артерии.

Материал и методы. Критерии включения: стабильная стенокардия напряжения; гемодинамически значимый стеноз $\geq 70\%$ диаметра, как минимум, одной коронарной артерии; жители Москвы и Московской области. Критерии исключения: острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, смертельный исход во время первичной госпитализации. Пациенты в исследование отбирались по журналу коронароангиографий Главного клинического госпиталя МВД РФ начиная с 1 января 2000 года. Запланированный объем исследования — 150 пациентов. Потенциальные предикторы, оцениваемые в когорте: пол, возраст, индекс курения, рост, вес, имеющиеся заболевания, данные лабораторных методов обследования, эхокардиографии (ЭхоКГ), коронароангиографии. Конечная точка — сердечно-сосудистая смерть, фиксировалась на основании свидетельства о смерти или посмертного эпикриза. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета статистических программ SPSS 17.0.

Результаты. Прослежены 150 пациентов до 2011 года или до наступления смерти. Средняя длительность наблюдения составила $6,28 \pm 4,08$ года. За время наблюдения у 26 пациентов наступила сердечно-сосудистая смерть. Для оценки связи потенциальных предикторов со временем до развития конечной точки в модель для построения регрессии по Сох были включены следующие показатели, достоверно связанные со смертью от сердечно-сосудистых причин по данным однофакторного анализа: возраст ($p = 0,025$), индекс курения ($p = 0,012$), значение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по данным ЭхоКГ ($p < 0,0001$), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) ($p = 0,02$), сократимость переднего ($p = 0,001$) и задне-бокового ($p = 0,0001$) базальных, а также, среднего передне-перегородочного сегментов ($p = 0,0001$) по данным ЭхоКГ, степень атеросклеротического поражения ствола левой коронарной артерии (ЛКА) ($p = 0,02$) по данным коронароангиографии. Взаимонезависимыми факторами риска сердечно-сосудистой смерти являются: возраст (рост риска на 10,4% на каждый год), индекс курения (рост риска на 4,2% на каждый пачко-год); наблюдается снижение риска на 11,4% на каждый процент прироста ФВ ЛЖ, возрастание риска при увеличении ТЗСЛЖ, увеличение риска при наличии гипокинезии базального переднего сегмента, шестикратное увеличение риска при наличии гипокинезии базального задне-бокового сегмента, возрастание риска в 9 раз при гипокинезии среднего передне-перегородочного сегмента, рост риска на 1,5% на каждый процент стеноза ствола ЛКА.

Выводы. Независимыми предикторами сердечно-сосудистой смерти в исследуемой когорте являются: возраст, индекс курения, фракция выброса левого желудочка, толщина задней стенки левого желудочка, нарушение сократимости базальных переднего и задне-бокового сегментов, среднего передне-перегородочного сегмента левого желудочка, стенозирующее поражение ствола ЛКА.

087 ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛЕТАЛЬНЫХ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА

Джалидова Д. А., Гайдукова Н. И., Семенов В. А., Хамитов Ф. Ф., Потешкина Н. Г.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра общей терапии ФУВ, ГКБ № 81, Москва, Россия

Известно, что частота возникновения кардиальных осложнений при лечении аневризмы брюшной аорты (АБА) атеросклеротического генеза во многом определяется методикой выполнения хирургического вмешательства, используе-

мого доступа к аорте. По данным ряда авторов почти 43% смертельных случаев в послеоперационном периоде приходится на кардиальные осложнения.

Цель: оценить частоту кардиальных осложнений у больных с АБА в зависимости от используемого оперативного доступа к аорте.

Материал и методы: в исследование вошли 70 больных с достоверно установленным диагнозом АБА атеросклеротического генеза в возрасте от 56 до 79 лет. Больные были рандомизированы на 2 группы: 1 группу вошли 33 больных, которым использовался традиционный хирургический доступ с применением срединной лапаротомии; во 2 группу вошли 37 больных — применялся метод мини-лапаротомии. Средний возраст больных в 1 группе составлял 66,0±6,9 лет. ИБС диагностирована у 20 больных: стенокардия напряжения II фк — у 9, III фк — у 6; БИМ у 3, ПИКС у 10. НК 2 фк по NYHA у 11 больных, 3 фк — у 7. Постоянная форма фибрилляции предсердий у 1, у 8 желудочковая экстрасистолия низких градаций. Артериальная гипертензия II стадии у 11, III стадии у 15. Дислипидемия II а — II б ст. выявлена у 10 и 3 больных соответственно. По данным Эхо-КГ гипертрофия левого желудочка диагностирована у 11 больных, положительный результат стресс Эхо-КГ у 12, отрицательный у 6. Во 2 группе средний возраст больных составлял 69,0±7,1 лет. ИБС диагностирована у 21 больного, из них стенокардия напряжения II фк у 13, III фк у 3, БИМ у 5, ПИКС у 8. НК 2 и 3 фк по NYHA отмечалась у 7 и 3 соответственно. В 2 случаях диагностирована ГКМП, постоянная форма фибрилляции предсердий у 2, желудочковая экстрасистолия низких градаций у 3. Артериальная гипертензия II стадии у 8, III стадии у 19. Дислипидемия II а ст. и II б ст. у 9 и 7 соответственно. По данным Эхо-КГ гипертрофия левого желудочка диагностирована у 14 больных, положительный результат стресс Эхо-КГ у 12, отрицательный у 10.

Результаты: в 1 группе в послеоперационном периоде наблюдались следующие кардиальные осложнения: у 5 — острый инфаркт миокарда, у 4 из них осложнился острой сердечной недостаточностью с летальным исходом. Пароксизмы фибрилляции предсердий зарегистрированы у 6 — успешно купированные, частая желудочковая экстрасистолия в 1 случае.

Во 2 группе: у 2 пациентов развился инфаркт миокарда, в первом случае осложненный острой сердечной недостаточностью с летальным исходом, во втором — преходящей АВ блокадой типа II (Мобитц — II). Пароксизмы фибрилляции предсердий развились у 4, успешно купированные, частая предсердная экстрасистолия у 2.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов, прооперированных традиционным методом наблюдалась более высокая частота летальных кардиальных осложнений (12,1%) по сравнению с пациентами, которым использовался мини-доступ (2,7%), ($p=0,0758$). Кардиальные осложнения преимущественно отмечались у больных с ИБС в сочетании с артериальной гипертензией и положительным результатом стресс Эхо-КГ в обеих группах ($p=0,0264$). Выявление преходящей ишемии миокарда по данным стресс Эхо-КГ и оценка ее выраженности позволит прогнозировать риск кардиальных осложнений и оптимизировать терапию в пред- и послеоперационном периоде.

088 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Джалилова Р. А., Сулейманов С. Ш., Курбанова М. С.

ГОУ ВПО ДГМА, кафедра госпитальной терапии № 2, Махачкала, Россия

Весьма актуально изучение особенностей течения инфаркта миокарда, ибо пожилой возраст является одним из важных факторов риска развития этого грозного заболевания. По данным литературы у больных старше 60 лет преобладают явления резко выраженного атеросклероза с вовлечением в процесс трех основных ветвей коронарных артерий со значимым сужением вплоть до облитерации. В результате хронических нарушений коронарного кровообращения функция рецепторного аппарата снижает-

ся, что ухудшает передачу информации в ЦНС. Течение инфаркта миокарда (ИМ) имеет особенности, что вызывает затруднение в диагностике и требует индивидуального нестандартного подхода к их ведению.

Цель: изучение особенностей течения ИМ у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. В исследование вошли 274 больных с достоверно установленным диагнозом ИМ в возрасте от 56 до 85 лет (средний возраст составлял 70,2±10,6 лет). Всем больным проводилось комплексное клиничко-инструментальное обследование, включающее ЭКГ и ЭхоКГ, контроль АД, биохимических показателей. Больные были распределены на 2 группы. 1 группу составили больные от 60 лет и старше — 136 (49,6%); 2 группа: лица до 60 лет — 138 (50,4%) больных. В 1 группе у 89 (65,4%) в анамнезе имел место инфаркт миокарда. Из них: один — у 64 (47,1%) больных, два — у 20 (14,7%), три и более — у 5 (3,7%) больных. Поступило до 24 часов 8 (5,9%) больных. Сопутствующая артериальная гипертензия имела место у 121 (89%) больного. При развитии крупноочагового ИМ его диагностика по ЭКГ соответствует таковой у людей более молодого возраста — у 42 (30,1%). В других случаях не всегда наблюдается смещение сегмента ST: изменения чаще всего касаются зубца Т, он становится отрицательным в нескольких отведениях, приобретает заостренный вид. У 11 (8,1%) больных с повторным инфарктом миокарда наблюдалось нивелирование ранее имевшихся изменений — так называемая псевдонормализация ЭКГ. Во 2 группе у 2 (1,4%) в анамнезе перенесенный ИМ, артериальная гипертензия у 54 (39,1%), госпитализировано до 24 часов 113 (81,9%) больных. Q-инфаркт у 65 (47,1%), Q-не образующий инфаркт у 73 (52,9%) больных. Данные ЭхоКГ подтвердили диагноз, у трети больных выявлены ранние признаки сердечной недостаточности, проявляющиеся снижением фракции выброса.

Результаты. В 1 группе у большинства обследуемых клиника ИМ отличалась постепенным началом, менее яркой эмоциональной окраской, пролонгированным течением и замедленным эмоциональным восстановительным периодом. У 79 больных (58,1%) боль локализовалась за грудиной. При исследовании структуры атипичного синдрома были выделены следующие варианты. Ведущий синдром — удушье, не исключая присутствие болей, которые уходят на второй план и выясняются лишь при прицельном расспросе пациента: отек легких — у 25 (18,4%), сердечная астма — у 33 (24,3%), проявления одышки у 10 (7,4%); аритмический вариант — 3 (2,2%); церебральный вариант — 4 (2,9%). Безболевая форма у 11 (8,1%) больных; боль в правой половине грудной клетки — 8 (5,9%). Признаки сердечной недостаточности выявлены у 98 (%). У 95 (72,1%) обследуемых было выявлено нарушение проводимости; у 47 (34,6%) больных проявлялся лишь один симптом. Рецидивирующая форма ИМ у 7 (5,1%) больных. Во 2 группе болевой синдром отмечался у 123 (89,1%) больных. Безболевой вариант отмечался у 4 (%) больных, аритмический у 5 (%), отек легких — 6 (%).

Выводы: течение ИМ у больных пожилого и старческого возраста зачастую осложняется явлениями сердечной недостаточности, нарушением ритма, динамическим нарушением мозгового кровообращения, тромбоэмболией легочной артерии. Чаще встречаются атипичные варианты заболевания: астматический, аритмический, церебральный и безболевая форма. Болевой синдром выражен нерезко, маскируется под хроническую соматологическую патологию. Постепенное ухудшение состояния, на которые больные не обращают внимания, нежелание обратиться к врачу — все это приводит к поздней госпитализации.

089 КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Джукаева Х. Р., Кузнецова Л. И., Персашвили Д. Г., Шварц Ю. Г.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель: изучить клинические, лабораторные, эхокардиографические характеристики и данные Холтеровского мониторирования у больных с острым инфарктом миокарда в зависимости от перенесенного хронического тонзиллита.

Материал и методы. В исследование было включено 70 больных (47 мужчин, 23 женщины), в возрасте от 37 до 83 лет, средний возраст $64,1 \pm 9,8$ лет с острым инфарктом миокарда давностью 1–2 суток. Диагноз инфаркта миокарда устанавливался на основании сочетания клинических данных, повышении уровня КФК МВ более чем в два раза и данных ЭКГ. Все пациенты получали подобранную в соответствии с современными рекомендациями терапию. Проводился сбор анамнеза, оценка клинических факторов, осмотр небных миндалин. Учитывались пол, возраст, длительность анамнеза ИБС, наличие в анамнезе инфарктов, инсультов, перенесенного документированного хронического тонзиллита, локализация инфаркта миокарда, а также рецидив инфаркта в стационаре или появление постинфарктной стенокардии, наличие мерцательной аритмии, сахарного диабета, развитие летального исхода.

Результаты. Из 70 больных с острым инфарктом миокарда, отмечали у себя симптомы хронического тонзиллита в течение жизни 57 из них. У 31 больного ранее специалистом был выставлен и документирован диагноз хронического тонзиллита, у 7 из них проводилось двустороннее тонзилэктомию. Все наши больные были разделены на 2 группы: с подтвержденным хроническим тонзиллитом (31 больной) и остальные пациенты (39).

У больных с подтвержденным хроническим тонзиллитом инфаркт локализовался достоверно чаще ($p < 0,05$) на передней стенке миокарда левого желудочка (64,3%), локализация в задней стенке левого желудочка выявлена у 35,7% пациентов. Что касается тяжести клинической картины, то у пациентов с документированным хроническим тонзиллитом существенно чаще ($p < 0,05$) развивалась острая сердечная недостаточность. У больных с подтвержденным хроническим тонзиллитом глюкоза крови при поступлении $7,58 \pm 0,62$ ммоль/л, а в группе без хронического тонзиллита $5,97 \pm 0,22$. Данное различие по результатам многофакторного дисперсионного анализа не зависело от наличия сахарного диабета. ЭХОКГ выявила только одно различие: у пациентов с подтвержденным хроническим тонзиллитом КДР правого желудочка был большим, чем у больных без тонзиллита ($p = 0,01$). По данным Холтеровского мониторирования средняя ЧСС днем и максимальной ночью у больных с подтвержденным хроническим тонзиллитом значительно выше, чем у пациентов без хронического тонзиллита.

Заключение. Таким образом, для больных с установленным хроническим тонзиллитом в анамнезе характерно более тяжелое течение острого инфаркта миокарда, что проявлялось в более частом развитии острой сердечной недостаточности, относительно высокими значениями глюкозы крови при поступлении, а также увеличением КДР правого желудочка и ЧСС в течение суток. Кроме того у этих больных инфаркт чаще локализовался на передней стенке левого желудочка.

090 ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Донецкая О. П., Тулунова В. А., Маликов В. Е., Арзуманян М. А.

Клиническая больница № 1 Управления делами президента РФ, Москва; НЦ Сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель: оценить клиническую информативность определения цитокинового профиля, уровня белков острой фазы и лептина в сыворотке крови у больных ИБС пожилого возраста.

Материал и методы: обследовано 46 больных (средний возраст $72,9 \pm 6,5$ лет) с ИБС, рефрактерными формами стенокардии, артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью II–IV функционального класса (ФК) по NYHA, сред-

ний ФК $2,9 \pm 0,2$. На основании результатов ЭхоКГ у 35% больных выявлена сниженная сократительная функция (фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $32 \pm 2\%$), у 56% дилатация левого предсердия и у 47% дилатация левого желудочка. Все пациенты, вошедшие в исследование длительно находились на терапии: нитраты пролонгированного действия, ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция, сердечные гликозиды, антиаритмические препараты. Стабилизация коронарной недостаточности достигалась путем инфузии препаратов нитроглицерина, присоединением к лечению всех классов коронаролитиков. В основной группе больных в дополнение к вышеперечисленной терапии, был применен кардиотонический препарат аденоцин, обладающий одновременно кардиопротекторной активностью в дозе 2 ампулы внутривенно капельно в 100 мл физиологического раствора в течение 10 дней. Исследовали цитокиновый профиль, белки острой фазы и лептина на основе определения фактора некроза опухоли (TNF- α), интерферона- γ (INF- γ) и интерлейкина-4 и 6 (ИЛ-6 и ИЛ-4), С-реактивного белка (СРБ) в крови. Статистическую обработку результатов проводили по компьютерной программе STAT Soft.

Результаты. Включение в терапию аденоцина у больных ИБС с тяжелой ХСН и сниженной ФВ ЛЖ ($29 \pm 2\%$) — безопасна и эффективна, обеспечивает снижение выраженности ХСН, оцененное по шкале ШОКС на 58%, регресс ишемического ремоделирования сердца в виде снижения КДО ЛЖ на 19% и КСО ЛЖ — на 27%; антиангинальный эффект достигается с достоверным уменьшением частоты стенокардии на 58%, суточной потребности в нитроглицерине — на 77%, повышением толерантности к физической нагрузке в тесте 6-минутной ходьбы — на 57%, ФВ ЛЖ — на 18%, способствует снижению уровней цитокинов крови (ИЛ-6 — на 56%, и TNF- α — на 81%) и повышению ИЛ-4 — на 18%, белков острой фазы на 34% и лептина — на 67%. При этом динамика изменения провоспалительных цитокинов коррелирует с фракцией выброса ЛЖ, что может служить информативным критерием для косвенной оценки контроля адекватности терапевтических вмешательств.

Выводы: впервые получена комплексная оценка взаимоотношения между провоспалительным состоянием и гемодинамическими показателями у больных ИБС пожилого возраста, выявлено нарушение баланса в продукции про- и противовоспалительных цитокинов в пользу последних, а также повышение уровня белков острой фазы (вторичных медиаторов воспаления). Показана выраженная положительная динамика данных процессов при включении в терапию кардиопротекторного препарата аденоцина.

091 ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Донецкая О. П., Шульдешова Н. В.

Клиническая больница № 1 Управления делами президента РФ, Москва, Россия

Цель: провести сравнительную оценку влияния аденоцина и актовегина на физическую толерантность, частоту ангинозных приступов и суточную потребность в нитроглицерине у больных ИБС с сахарным диабетом 2-типа, артериальной гипертензией, стабильной стенокардией напряжения на фоне комплексной терапии пролонгированными нитратами, селективными β -адреноблокаторами и ацетилсалициловой кислотой.

Материал и методы: обследовано 48 больных (средний возраст $70,6 \pm 5,4$ года) с ИБС, в 64% случаев сочетавшаяся с артериальной гипертензией, рефрактерными формами стенокардии, сахарным диабетом 2-типа, сердечной недостаточностью II–IV функционального класса (ФК) по NYHA, средний ФК $2,8 \pm 0,2$. Инфаркт миокарда (ИМ) перенесли 21% больных. Все больные были рандомизированы на две группы, в схему стандартной терапии (лизиноприл, нитраты, кардиомагнил, гипогликемические препараты, статины) больных основной группы был включен Аденоцин в дозе 2 ампулы,

растворенные в физиологическом растворе, внутривенно капательно в течение 40 минут. Оценивали влияние Аденоцина на компенсацию СД (уровень гликированного гемоглобина <6,5%) и состояние липидного обмена. Исследование показателей липидного состава плазмы крови проводили спектрофотометрически с помощью стандартных наборов фирмы «Cotman», исследование цитокинов с использованием иммуноферментного анализа ELISA. Статистическую обработку результатов проводили по компьютерной программе STAT Soft.

Результаты: сравнительный анализ в двух подгруппах пациентов выявил, что под влиянием аденоцина отмечается более быстрая положительная динамика регресса симптомов ХСН — одышки в покое ($p < 0,002$), ЧСС ($p < 0,05$), хрипы в легких ($p < 0,05$), асцит ($p < 0,05$) и анасарка ($p < 0,001$), снижения уровня гемоглобина ($p < 0,05$). Установлено, что аденоцин на более ранних сроках лечения, чем актовегин, приводит к снижению частоты ангинозных приступов и суточной потребности в нитроглицерине, более выражено повышает толерантность больных к физической нагрузке. Выявлено устранение под влиянием аденоцина дисбаланса провоспалительных (ФНО- α) и противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов, заключавшийся в активация ФНО- α и истощение выработки ИЛ-10 ($p < 0,05$), что может свидетельствовать об активации противовоспалительного звена в системе цитокинов. Аденоцин оказывает более выраженное, чем актовегин, нормализующее воздействие на параметры эндотелиальной дисфункции у больных пожилого возраста с сахарным диабетом. Доказано, что аденоцин более эффективно, чем актовегин, нормализует содержание в крови продуктов свободного окисления липидов, обладает гиполипидемическим действием, снижая содержание общего холестерина и холестерина ЛПНП.

Выводы: обоснована возможность использования в целях эффективной вторичной профилактики прогрессирования коронарной и миокардиальной недостаточности на фоне инсулинорезистентности — кардиотонического препарата аденоцина с выраженным кардиопротекторным действием у больных ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом II типа и ХСН.

092 ОЦЕНКА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ, И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

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

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

Цель: изучить признаки социально-психологической дезадаптации больных с прогрессирующей стенокардией и методы психологической реабилитации пациентов на этапе стационарного лечения.

Материал и методы. На базе кардиологического отделения Городской больницы № 6 имени Карповича г. Красноярск и регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы г. Красноярск обследовано 107 пациентов с прогрессирующей стенокардией, все мужчины (средний возраст $59,2 \pm 3,04$ года). Психологическое состояние пациентов изучалось с помощью методики СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности), опросника «Шкала Враждебности», опросника качества жизни (Гладков А.Г. и соавт., 1982). Курс психотерапии включал альфа/тета медитацию («электронные очки»), преимущественно на тетаволнах и методику «Биологической обратной связи» (БОС) с помощью прибора, разработанного в научно-медицинском центре «Радикс» (Москва).

Результаты. Анализ индивидуальных профилей СМОЛ позволил выявить признаки социально-психологической дезадаптации (СПД) у 27 больных ИБС. Показателями СПД являлись значения СМОЛ, превышающие 60 Т-баллов по шкалам 1 (ипохондрии), 2 (депрессии), 7 (психастении), и снижением по шкале 9 (оптимизма), что определило показания для отбора пациентов и проведения курса психологической реабилитации. Кроме того, учитывалось повышение показателя «общей враждебности», составившее в среднем $49,2 \pm 5,6$ баллов. Суммарные показатели КЖ были умеренно снижены у 23,2% пациентов, значительно снижены у 29%, снижены в легкой степени у 16% больных прогрессирующей стенокардией. Контрольную группу составили больные, не прошедшие курс психологической реабилитации. В основной группе к окончанию курса психотерапии отмечено достоверное снижение ряда показателей усредненного профиля СМОЛ по шкале 1 (с $58,42 \pm 2,28$ до $52,61 \pm 1,7$; $p < 0,01$), шкале 2 (с $53,85 \pm 2,31$ до $48,70 \pm 2,05$; $p < 0,05$), шкале 3 (с $54,23 \pm 2,1$ до $49,65 \pm 1,93$; $p < 0,01$), шкале 7 (с $49,38 \pm 1,86$ до $47,48 \pm 1,8$; $p < 0,05$) и повышение по шкале 9 (с $47,25 \pm 1,33$ до $48,15 \pm 1,35$). Суммарные показатели по шкалам «враждебности» также уменьшились по сравнению с исходным уровнем (с $49,2 \pm 5,6$ баллов до $42,64 \pm 3,92$ $p < 0,05$). Методика психологической реабилитации была включена в комплексную программу лечения больных на фоне используемой схемы медикаментозной терапии.

Выводы. Показана целесообразность раннего выявления признаков СПД у больных ИБС с помощью методов психологической диагностики, что позволит оптимизировать дальнейшую тактику медикаментозного лечения пациентов с прогрессирующей стенокардией.

093 ИЗМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВЫХ СТРУКТУР АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ПРИ ИБС

Дробкова И.П., Жданов В.С., Веселова С.П.

ФГБУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Изучение механизмов развития нестабильности атеросклеротических бляшек (АБ) в коронарных артериях (КА), что служит причиной возникновения острого инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома, является актуальной проблемой кардиологии. В ранее проведенных нами исследованиях одним из факторов, способствующих развитию нестабильности АБ, является уменьшение коллагена в покрышке и самой бляшке. Однако оставшиеся коллагеновые волокна не являются структурно и функционально полноценными, что связывается с их инфильтрацией липидами.

Цель: изучить структурные особенности коллагеновых волокон в АБ коронарных артерий при ИБС.

Материал и методы. Проведено изучение эндартерэтомизированных сегментов КА, полученных при операциях их шунтирования у 68 больных хронической формой ИБС в возрасте от 45 до 70 лет. На криостатных срезах выявляли липиды (окраска жировым красным О), коллагеновые волокна (окраска по Массону) и макрофаги (гистохимическая реакция на кислотную фосфатазу).

Результаты. Инфильтрация коллагеновых волокон липидами в АБ коронарных артерий обнаруживается постоянно. Коллагеновые волокна, инфильтрированные липидами, подвергаются в той или иной степени деструктивным изменениям. На начальных этапах накопления мелкозернистых липидных частиц они утрачивают свою волокнистость, представляются утолщенными, набухшими с нечеткими прерывистыми контурами. Дальнейшая инфильтрация коллагеновых волокон липидами приводит к их фрагментации, распаду на отдельные беспорядочно ориентированные глыбки и сегменты коллагена. В далеко зашедших случаях липид-инфильтрированные коллагеновые волокна подвергаются разрушению на большой площади АБ, превращаясь в аморфные бесструктурные атероматозные массы. Деструктивные процессы

в АВ усиливаются с присоединением макрофагальной реакции, что приводит к частичному или полному разрушению коллагеновых волокон на большой площади, формированию атероматозного очага и нестабильности бляшки.

Выводы. Деструктивные изменения коллагеновых волокон в АВ, связанные с их инфильтрацией липидами, встречаются постоянно в коронарных артериях при ИБС и являются одним из факторов развития нестабильности атеросклеротических бляшек.

094 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДГИПЕРТОНИИ

Дроботя Н. В., Щенятская И. В.

ГБОУ ВПО Рост ГМУ Минздравсоцразвития России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучение и сопоставление распространенности различных уровней артериального давления (АД) у лиц молодого возраста при его офисном измерении и суточном мониторинге (СМАД).

Материал и методы. Всего было обследовано 2245 молодых людей 18–25 лет, которым первоначально было выполнено офисное измерение АД, по результатам которого в соответствии с рекомендациями ВНОК (2008) были сформированы группы с оптимальным, нормальным, высоким нормальным АД и артериальной гипертензией (АГ). Затем 279 добровольцам было проведено СМАД с соблюдением всех стандартных требований данной методики. Результаты исследований обработаны с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты. Офисное измерение АД позволило установить распространенность различных уровней АД в когорте лиц молодого возраста. В подгруппе юношей оптимальное АД было выявлено у 17,6%, нормальное — у 45,3%, высокое нормальное — у 21% и АГ — у 15,9% обследованных. В подгруппе девушек преобладали лица с оптимальным АД (61,8%), а лица с нормальным и высоким нормальным АД составляли соответственно 29,3% и 4,4%. У сравнительно небольшого процента девушек (4,4%) была установлена АГ. У лиц женского пола АГ встречалась в 3,6 раза реже, а ВНАД — в 4,7 раз реже, чем у мужчин, в то время как оптимальное АД почти в 3,5 раза чаще регистрировалось у лиц женского пола ($p < 0,001$). Таким образом, в группе молодых людей мужского пола, включавшей в себя более 1000 человек, предгипертензия (ПГ) имела место у каждого пятого, а АГ — у каждого шестого юноши, что свидетельствует о широкой распространенности пограничных АГ состояний и собственно АГ среди молодежи. При сопоставлении результатов офисного измерения АД и СМАД обращают внимание некоторые различия полученных данных: из общего количества молодых людей, отнесенных к категории нормального АД на основании его офисного измерения, этот уровень в условиях проведения СМАД «подтвердили» лишь 85,7% обследованных, в то время как 14,3% перешли в категорию высокого нормального АД (ПГ). Уровень АД, определенный офисным измерением как высокое нормальное АД, подразделился на нормальное АД в 46% случаев, высокое нормальное АД (43,2%) и АГ (10,8%), а лица с АГ, в соответствии с результатами СМАД, в подавляющем большинстве случаев (60,8%) составили группу ПГ, в которую вошли как молодые люди с высоким нормальным АД, так и лица с гипертензией белого халата (ГБХ).

Выводы. Полученные результаты позволяют констатировать факт высокой распространенности ПГ и АГ среди молодежи. Учитывая особую значимость этой проблемы для последующего мониторинга данного контингента, следует считать целесообразным проведение СМАД во всех случаях выявления АГ и пограничных ей состояний у лиц молодого возраста. Именно СМАД позволяет с высокой долей вероятности подтвердить или опровергнуть диагноз АГ, а также выявить прогностически значимый феномен «белого халата».

095 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Ермакова Е. А., Матюшин Г. В., Гоголашвили Н. Г., Еремина Н. П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель: изучение частоты, структуры нарушений сердечного ритма у женщин во втором триместре беременности.

Материал и методы: в исследование были включены 83 беременные женщины, наблюдавшиеся в женских консультациях г. Красноярск. Средний возраст $24,1 \pm 3,3$. Группу сравнения составили 40 небеременных женщин без кардиальной патологии, средний возраст $20 \pm 0,7$. Всем обследованным проводилось клиническое анкетирование, клинический осмотр с измерением АД и ЧСС, 24 часовое холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ с использованием кардиорегистраторов «Valenta» и «Махаон». При оценке результатов желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) классифицировалась по градациям В. Lown, N. Wolff 1971 г. Наджелудочковую экстрасистолию (НЖЭ) мы классифицировали на редкую (менее 30 в час), частую (более 30 в час), групповую (3 комплекса подряд) и наджелудочковую тахикардию (НЖТ) — 4 и более НЖЭ подряд с частотой более 100 в минуту. Диагностика других нарушений ритма основывалась на общепринятых критериях. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ «Statistica» версии 6.0. Оценка межгрупповых различий проводилась с использованием углового преобразования Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: во втором триместре беременности по данным ХМ ЭКГ из нарушений ритма сердца достоверно чаще, чем в группе сравнения выявлялась НЖЭ: 65 (78%) и 6 (15%) соответственно ($p < 0,0001$). В структуре данного нарушения ритма сердца в группе беременных наименьший удельный вес имели частая и парная НЖЭ: 8% и 12% от всех случаев этого нарушения ритма соответственно. Редкая НЖЭ наблюдалась в 80% от общего количества НЖЭ во втором триместре беременности. У женщин группы сравнения имела место только редкая НЖЭ (100%). ЖЭ в группе беременных встречалась у 42 (51%), в группе сравнения у 6 (15%) женщин ($p = 0,0001$). В большинстве случаев во втором триместре беременности регистрировалась I градация (81%), II и IVa градации наблюдались с одинаковой частотой (9,5%). В группе сравнения регистрировалась только I градация (100%). У 53% женщин во втором триместре беременности выявлялась миграция водителя ритма по предсердиям, что было достоверно чаще, чем в группе сравнения (12,5%) ($p < 0,0001$). Предсердный ритм регистрировался в группе беременных у 8 (10%), в группе сравнения у 2 (5%) женщин ($p > 0,05$). НЖТ наблюдалась у 1,2% женщин во втором триместре беременности. В группе сравнения данная аритмия не регистрировалась.

Выводы: нарушения ритма сердца у женщин во втором триместре беременности по данным ХМ ЭКГ представлены: экстрасистолией, НЖТ, миграцией водителя ритма по предсердиям, предсердным ритмом. В изучаемом триместре достоверно чаще, чем в группе сравнения из гетеротопных нарушений ритма регистрировалась экстрасистолия, из номотопных — миграция водителя ритма по предсердиям.

096 АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Ефимова Л. П.

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Апробирована методика наблюдения больных артериальной гипертензией (АГ) в условиях Сургутской окружной кли-

нической больницы Ханты-Мансийского автономного округа — Югры.

Обследование и наблюдение в динамике, подбор гипотензивной терапии, индивидуальное профилактическое консультирование прошли 91 человек, из них женщин — 51 и 40 мужчин.

Средний возраст составил 48 лет, средний стаж проживания в регионе 23 года. 28% имели высшее образование, 33% — среднее и неполное среднее, 39% — среднее специальное. 71% были женаты или замужем, 29% имели неполные семьи или были одиночки.

Средний стаж заболевания составил 10 лет. При этом у 49% больных ухудшения состояния, связанные с повышением АД отмечались чаще 1 раза в месяц, у 5% состояние было неудовлетворительным ежедневно. При выяснении характера предшествующей гипотензивной терапии было установлено, что у большинства больных была низкая приверженность к лечению, не смогли сказать, насколько часто бывает ухудшение состояния 20% больных. Постоянно принимали гипотензивную терапию менее 50% больных (36%).

У всех пациентов выясняли анамнестические данные относительно факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Было установлено. Что наследственность отягощена у каждого второго пациента, при этом в 3 раза чаще по линии матери, чем по линии отца. Положительно на вопрос о курении ответили только 14% больных, отрицали употребление алкоголя 63%. Избыточная масса тела была установлена у 78% больных АГ.

Лекарственная терапия, которую ранее получали больные была представлена диуретиками, бета-адреноблокаторами, антагонистами кальция, ингибиторами АПФ, комбинированными формами лекарственных препаратов и др. При динамическом наблюдении нами больных АГ в амбулаторных условиях средние сроки наблюдения составили 2 года, кратность обращения к врачу в течение года в среднем составила 2 посещения. Один больной отказался от наблюдения, 2 выбыли за пределы города. Временная нетрудоспособность до наблюдения в течение года у 39 больных составила в среднем 8 дней, в результате проведения профилактических мероприятий средние сроки временной нетрудоспособности снизились у 10 больных до 5 дней в год, а у остальных не было случаев временной нетрудоспособности.

Таким образом, разработанная нами для условий северного региона методика амбулаторного наблюдения позволила повысить эффективность профилактики и лечения АГ.

097 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОПУТСТВУЮЩИМ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Залетова Т. С., Богданов А. Р., Дербенева С. А.
ФГБУ «НИИ питания» РАМН, Москва, Россия

Цель: провести исследование по изучению объективных потребностей больных с морбидным ожирением в пищевых веществах и энергии, а также оценке влияния низкокалорийной диеты на показатели состава тела.

Материал и методы: был проведен ретроспективный анализ историй болезней 36 пациентов с индексом массы тела (ИМТ) более 50 кг/м² (средний индекс массы тела — 55,6 кг/м²), которые получали низкокалорийный вариант диеты со следующими характеристиками: энергетическая ценность 1605 ккал/сут., содержание углеводов — 177 г/сут., белков — 82 г/сут., жиров — 64 г/сут. Пациентам проводились оценка состава тела методом биоимпедансометрии и исследование основного обмена методом непрямой респираторной калориметрии.

Результаты: При оценке показателей основного обмена было установлено, что усредненный показатель энерготрат покоя в исследуемой группе больных был равен 2460 ккал/сут.;

показатель суточного окисления белка составил 76 г/сут., углеводов — 201 г/сут., жиров 143 г/сут. Анализ композиционного состава тела больных при поступлении, выявил значительный увеличение доли всех основных компартментов тела. Так, количество жировой массы в среднем было равно 85,1 кг, мышечной массы — 44,9 кг, общей воды — 59,3 кг. При этом доля жировой массы составила — 51,7%, а мышечной массы — 27,3% от общей массы тела. Сравнительный анализ химического состава диеты, назначенной больным с минимальными потребностями больных в энергии и основных макронутриентах, определенных методом непрямой респираторной калориметрии показал избыточную редуцированность диеты по энергетической ценности и содержанию основных макронутриентов. Так, энергетическая ценность представленной диеты оказалась на 35% ниже энерготрат основного обмена больных. Результаты антропометрии больных перед выпиской из стационара показали, что у всех пациентов отмечалась редукция массы тела в среднем на 10,7 кг, среднее значение ИМТ при этом было равно 52,0 кг/м². В итоге, редукция массы тела составила 6,5%, при этом количество жировой ткани уменьшилось на 5,4%, мышечной ткани — на 5,6%, общей воды — на 8,9%. В тоже время, анализ соотношения компартментов тела показал отсутствие значительной динамики после проведенной диетотерапии: доля жировой массы тела составила — 52,3%.

Выводы: таким образом, можно заключить, что низкокалорийная диетотерапия больных с морбидным ожирением приводит к редукции не только жировой, но и значительного количества мышечной ткани. То есть одна из основных целей диетотерапии — увеличение относительного количества мышечной ткани на фоне снижения жировой при этом не достигается, что существенно увеличивает риск последующего набора массы тела и ограничивает возможности дальнейшей его коррекции, сохранения достигнутых результатов. При диетотерапии больных с морбидным ожирением наибольшего внимания требует оптимизация энергетической ценности рациона питания (необходимо избегать избыточной редукции калорийности) и обеспечение достаточного содержания белка, что позволит предотвратить потерю мышечной массы.

098 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛИЦ ДРУГИХ ПРОФЕССИЙ

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

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

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

Материал и методы. Включено 420 медицинских работников и 340 лиц немедицинских профессий в возрасте от 18 до 63 лет. Клиническое обследование включало проведение анкетирования, антропометрический, лабораторный и психометрический методы. Использовались опросник мотивации, анкета Мориски-Грина для оценки приверженности к лечению, опросники качества жизни SF-36, EQ-5D, шкала оценки астении (MFI-20), анкеты ВОЗ по нарушению сна, шкалы тревоги и депрессии (HAM-A и HAM-D-17), шкала теста В. В. Бойко для выявления синдрома эмоционального выгорания. Коррекция выявленных нарушений здоровья проводилась при помощи индивидуальных рекомендаций.

Результаты. Установлено, что испытывают проблемы со сном 59% обследованных работников немедицинских профессий (среди медицинских работников — 40%), у 35% — выявлены признаки депрессии (среди медицинских работников — 17%), у 54% — признаки тревоги (среди медицинских работников — 36%), 35% — страдают гипертонической болезнью (среди медицинских работников — 30%), 78% — имеют проблемы с избытком массы тела, (из них 27% страдают ожирением I–III степени) (среди медицинских работни-

ков — 63%, страдают ожирением — 31%), у 13% работников немедицинских профессий имеется никотиновая зависимость (среди медицинских работников — 11%). У работников немедицинских профессий показано наличие достоверной прямой корреляционной зависимости между стажем работы и уровнем общей астении ($r=0,209$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,157$, $p<0,05$), между стажем работы и уровнем депрессии ($r=0,24$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,02$, $p<0,05$), между стажем работы и уровнем тревоги ($r=0,5$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,02$, $p<0,001$). Прямая корреляционная зависимость у работников немедицинских профессий выявлена между уровнем глюкозы крови и уровнем систолического артериального давления ($r=0,6$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,43$, $p<0,05$), а также уровнем глюкозы крови и уровнем диастолического артериального давления ($r=0,45$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,45$, $p<0,05$). У работников немедицинских профессий установлено наличие значимой положительной корреляционной зависимости между уровнем холестерина и уровнем систолического артериального давления ($r=0,39$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,36$, $p<0,05$), а также уровнем холестерина и уровнем диастолического давления ($r=0,47$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,3$, $p<0,05$). Отмечена положительная корреляционная зависимость между индексом массы тела и возрастом работников немедицинских профессий ($r=0,21$, $p<0,05$) (у медицинских работников: $r=0,41$, $p<0,05$).

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

099 ПОТЕНЦИРОВАНИЕ АНТИИШЕМИЧЕСКОГО И АНТИАНГИНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Зуннунов З. Р.

Филиал РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации
МЗ РУз, Термез, Узбекистан

Цель: для предупреждения развития толерантности к нитратам нами использована сероводородная бальнеотерапия (СВБ), где основным активным компонентом является сероводород — источник SH группы

Материал и методы. В исследование были включены 69 мужчин ИБС, стабильной стенокардией напряжения II—III функционального класса, по классификации Канадской ассоциации кардиологов. Методом открытой рандомизации, больные были разделены на отдельные группы: I-группа 19 больных у которых изучался эффект нитросорбита (НС) (10 мг 3 раза в день). У больных II — группы изучался эффект сероводородных ванн — у (21 больных), а также их сочетания — у 20 (III-группы), больных в сравнительном аспекте. Больные контрольной группы (9 чел) принимали ванны из пресной воды. Группы были идентичны по полу, возрасту и течению патологии.

Сероводородную бальнеотерапию (СВБ) применяли в концентрации сероводорода 50–75 мг/л, при температуре воды 36–37° С, экспозиции 10–12 мин., через день или 2 дня подряд, с последующим днем отдыха, на курс 8–10 процедур.

После окончания курса лечения у больных II—III группы проводили по разработанной нами методике «продолжительную, поддерживающую» СВБ, — 1 или 2 р в нед, 4–6 процедур (2–3 нед) каждые 6 месяцев. Оценка эффекта осуществлялась с помощью парных тестов с физической нагрузкой на велоэргометре.

Результаты показали, что продолжительность пороговой нагрузки ($T_{\text{порог}}$) после приема НС и СВБ увеличилась и наблюдался достоверный прирост продолжительности пороговой нагрузки ($DT_{\text{порог}}$ +129,4±17,8 и +120,6±20,5 соот-

ветственно). После сочетанного приема НС и СВБ наблюдался более значительный прирост продолжительности пороговой нагрузки (+192,1±18,3 с), тогда как у больных принимавших ванны из пресной воды заметной динамики не наблюдалась.

Следовательно, у больных со стенокардией после добавления СВБ на фоне приема нитросорбита усиливались его антиангинальное и антиишемическое действия.

После 4х недельного курса НС по сравнению с первым приемом продолжительность пороговой нагрузки достоверно не изменилась, такими были и после курса СВБ. В тоже время более значительный прирост продолжительности пороговой нагрузки (почти в 1,5 раза) отмечался при сочетании СВБ с НС. Через 6 месяцев выраженность антиангинального эффекта НС уменьшилась ($T_{\text{порог}}$ уменьшилась от 675,7±26,3 с, до 528,4±20,4 с) ($DT_{\text{порог}}$ —147,3 с) ($P<0,05$), в то время как эффект СВБ не уменьшился ($T_{\text{порог}}$ 676,7±21,2 с и 672,1±21,3 с). При сочетании НС с СВБ, продолжительность пороговой нагрузки оставалась довольно высоким (739,6±22,6 с) даже по сравнению со второй группы ($P<0,05$).

После 4-х недельной терапии нитросорбидом у больных со стенокардией еще оставалась высокая эффективность (продолжительность пороговой нагрузки достоверно не снижалась). Однако, после длительной (6 мес) терапии -антиангинальный и антиишемический эффект НС значительно уменьшился, ($P<0,05$), тогда как у больных принимавших НС в сочетании с СВБ этот эффект не снижался и оставался довольно высоким.

Таким образом, результаты свидетельствуют о восстановлении чувствительности к НС и как следствие — значительном увеличении его антиишемической эффективности при комплексном применении «поддерживающей, пролонгированной» СВБ у больных со стенокардией, у которых развилась привыкание к органическим нитратам, в процессе длительной терапии.

100 ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ ПРИ ОКС БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Ибрагимов Р. М.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» РАМН, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность современных подходов к стратификации риска осложнений при выборе лечебной стратегии у больных ОКС без стойкого подъема сегмента ST и мультифокальным атеросклеротическим поражением артериального русла.

Материал и методы. В исследование включены результаты обследования и лечения 57 больных (49 мужчин и 8 женщин, средний возраст 61,4 ± 1,7 лет) с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (инфаркт миокарда — 18, нестабильная стенокардия — 39 больных) и наличием атеросклеротического поражения в других артериальных бассейнах за период с 2005 по 2009 года. С целью решения вопроса о тактике лечения и его этапности осуществлялась комплексная стратификация риска осложнений: 1. ранняя оценка риска кардиальных событий; 2. поздняя оценка риска кардиальных событий — в соответствии с «Национальными рекомендациями по лечению больных ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ»; 3. определение приоритетного бассейна поражения — в соответствии с критериями, принятыми в НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН; 4. оценка риска кардиальных осложнений при выполнении внесердечной операции — в соответствии с «Национальными рекомендациями по прогнозированию и профилактике кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств». Основные методы обследования включали в себя: общеклинические данные; ЭКГ (в 12 стандартных отведениях); холтеровское монитори-

рование ЭКГ; УЗИ, УЗИДС; ЭхоКГ в покое; стресс-ЭхоКГ; селективная коронароангиография; лабораторная диагностика. При анализе осложнений учитывались: смерть от кардиальных причин; острый инфаркт миокарда (ИМ) или рецидив ИМ; нестабильная стенокардия (НС); транзиторная ишемическая атака (ТИА); острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Результаты. По суммарной предоперационной оценке риска 34 (59,6%) пациента отнесены к группе высокого риска, 14 (24,6%) — умеренного и 9 (15,8%) — низкого риска развития осложнений. Таким образом, потребность в хирургических вмешательствах имела у 48 (84,2%) больных. Анализ клинических исходов включал интраоперационный период и наблюдение в течение 30 дней после вмешательства. Один этап хирургического лечения выполнен у 11 (22,9%) больных; 2 и более этапов — у 34 (70,8%), одномоментные вмешательства — у 3 (6,3%) пациентов. Интра- и послеоперационные осложнения наблюдались у 5 (10,4%) пациентов: при одномоментном вмешательстве — у 2 (66,7%) — 1 случай рецидива ИМ, 1 случай рецидива ОНМК; при 2х и более этапном лечении — у 3 (8,8%) — НС в 2 случаях, ТИА — у 1 больного.

Выводы.

1. Для правильного определения тактики лечения у больных с ОКС без стойкого подъема сегмента ST и мультифокальным атеросклерозом необходимо проведение комплексной стратификации риска, направленной на выявление риск-факторов заинтересованных сосудистых бассейнов и предполагаемого хирургического вмешательства в случае его необходимости. При этом этапное лечение более безопасно.

2. У пациентов низкой и, как правило, умеренной категории риска кардиальных событий первым этапом целесообразно проведение реконструктивных сосудистых операций.

3. Пациенты с высоким риском кардиальных осложнений первым этапом должны направляться на реваскуляризацию миокарда.

101 ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРО- И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ АМБУЛАТОРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА

Иванов А. П.^{1,2}, Ростороцкая В. В.¹, Ключевин Д. В.³, Эльгардт И. А.², Сдобнякова Н. С.²

Тверская медицинская академия¹; Клинический кардиологический диспансер², Тверь; Городская больница № 3 Зеленоград³, Россия

Достижение регресса гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных с артериальной гипертензией (АГ) является важным предиктором благоприятного прогноза. Однако особенности наблюдения за больными с АГ, ГЛЖ и избыточной массой тела с обструктивным апноэ сна (ОАС) не изучены.

Цель: сравнение электро- и эхокардиографических (ЭКГ, ЭхоКГ) показателей при длительном динамическом наблюдении у этой категории больных.

Материал и методы. Наблюдали 110 мужчин 48,4±6,2 года, у которых АГ сочеталась увеличением индекса массы тела (ИМТ) более 25 кг/м² и ОАС, регистрируемым при бифункциональном мониторингировании ЭКГ и дыхания. Наличие и динамику ГЛЖ оценивали по ЭКГ на основе критериев Sokolow-Lyon (SL) и корнельскому вольтажному критерию (КВК), а по ЭхоКГ по увеличению индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) более 134 г/м².

Результаты. Наличие ГЛЖ по данным ЭхоКГ исходно документировали у 34,6%, а по ЭКГ на основе SL у 42,3% и по КВК у 57,7% обследованных. При сопоставлении этих методов спустя 12 мес лечения у 48 больных наблюдали рег-

ресс ГЛЖ, отмеченный сравниваемыми способами в 16,4; 20,0 и 23,6% случаях. Наряду с этим у 62 больных характер ГЛЖ не изменился или даже прогрессировал, что выявлялось сравниваемыми методами соответственно в 25,8; 45,2 и 12,9% случаях. Проведенный корреляционный анализ между показателями ГЛЖ при ЭхоКГ и ЭКГ выявил одинаковую по значимости зависимость между ИММЛЖ и показателем SL ($r=0,41$; $p<0,01$) и ИММЛЖ и КВК ($r=0,39$; $p<0,01$). При сравнении изучаемых показателей в динамике корреляционные коэффициенты составили соответственно 0,29 и 0,26 (оба $p<0,01$). Отсутствие регресса ГЛЖ дополнительно значимо отрицательно коррелировало между значениями систолического АД и КВК ($r=-0,32$; $p<0,05$) без явной зависимости от SL.

Выводы. Проведение ЭхоКГ и ЭКГ у больных с АГ, ГЛЖ и ОАС оправдано в амбулаторных условиях для выявления регресса ГЛЖ. При этом отсутствие регресса ГЛЖ связано с уровнем систолического АД при длительном динамическом контроле.

102 СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ижбульдина Г. И.

МУ ГКБ № 18 Минздравсоцразвития РФ, Уфа, Россия

Цель: изучить состояние магистральных артерий головы и шеи по данным ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от выраженности дефицита мозгового кровообращения.

Материал и методы. Исследование выполнено у 167 больных АГ I–III ст., средний возраст 52,4±10,2 лет. У 52 человек определена хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) 1 степени, у 66 человек — ХИМ 2 степени, у 49 человек — ХИМ 3 степени. УЗДС брахиоцефальных артерий было выполнено на аппарате «iE33 Ultrasound system» фирмы «Филипс» (Нидерланды) premium класса с применением линейного датчика частоты излучения 7,5–12 мГц по общепринятой методике. Оценивали степень стенозирования сосудов, степень ангиоспазма, состояние сосудистой стенки (наличие атеросклеротических изменений, тонус).

Результаты. По данным УЗДС брахиоцефальных артерий 32 (19,2%) больных АГ выявлена деформация магистральных артерий (изгибы и извитости, петлеобразование), у 25 (15,0%) пациентов — гемодинамически значимый (40–80%) стеноз. Среднее значение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) составило 1,14±0,19 мм, что указывает на уплотнение стенок сосудов, питающих головной мозг.

Фокальное утолщение стенки артерии со стороны просвета высотой >1,3 мм, указывающее на наличие атеросклеротической бляшки, выявлено у 17 (25,8%) больных АГ с ХИМ 2 ст. и у 23 (46,9%) больных АГ с ХИМ 3 ст. У остальных больных АГ прогрессирование атеросклеротического процесса в экстракраниальных сосудах выявлено не было.

В группе больных АГ с ХИМ 1 ст. гемодинамически значимые стенозы внутренней сонной артерии (ВСА) не наблюдались. При АГ в сочетании с ХИМ 2 ст. стеноз ВСА 40–80% выявлен у 11 (16,7%) больных, при АГ с ХИМ 3 ст. — у 14 (28,6%) человек. Среди обследованных больных АГ поражения сонных и позвоночных артерий в виде их деформации, извитости и непрямолинейного хода при ХИМ 1 ст. обнаружены в 5 (9,6%) случаях, при ХИМ 2 ст. — в 11 (16,7%) случаях, при ХИМ 3 ст. — в 16 (32,7%) случаях. Оклюзии брахиоцефальных артерий диагностированы не были.

Выводы. У больных артериальной гипертензией имеет место поражение магистральных артерий головы в виде деформаций и атеросклеротических изменений. Выраженность атеросклеротических изменений и деформации сосудов сопряжена с тяжестью клинических проявлений заболевания и максимальна при хронической ишемии головного мозга 3 степени.

103 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН С ИБС ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Исмаилова Н. Р., Мусаева А. В., Касумова Ф. Н., Султанова С. С., Касумова Ф. З., Гусейнова А. А.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева, кафедра терапии, Азербайджан, Баку

Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) является важнейшим доклиническим проявлением ишемической болезни сердца (ИБС) и имеет большое прогностическое значение в развитии её осложнений. Известно, что ремоделирование, подразумевающее изменение геометрии ЛЖ формируется на основе ГЛЖ и становится причиной дальнейшего исхода сердечной недостаточности. Своевременное выявление ГЛЖ зависит от используемого расчетного метода: ММЛЖ/рост, ММЛЖ/площадь тела и популярного в последнее время критерия DeSimone ММЛЖ/рост^{2,7}. Однако все еще нет четких рекомендаций о наиболее точных методах расчета ГЛЖ приемлемых для эпидемиологических исследований.

Цель: оценить информативность различных методов диагностики ГЛЖ по данным эхокардиографии и их роль в прогнозе сердечно-сосудистых осложнений по данным эпидемиологических исследований у мужчин с ИБС.

Материал и методы. Объектом исследования являлась репрезентативная выборка неорганизованного мужского населения трудоспособного возраста 20–59 лет. Первичный скрининг прошли 1295 человек. Всем лицам с выявленной ИБС (93 человека — 7,18%) проводилось доплер-эхокардиографическое исследование. Измерения проводились в М-модальном и двухмерном режимах в стандартных позициях, согласно рекомендациям Американского эхокардиографического общества. Определялись КДР, КСР, КДО, КСО, ТМЖП, ТЗС ЛЖ и ИКДР и дальнейшим вычислением ОТС, ММЛЖ (г), ММЛЖ/рост (г/м), ИММЛЖ (г/м²) и ММЛЖ/рост^{2,7} (г/м^{2,7}) для диагностики ГЛЖ и определения типа геометрии левого желудочка. ГЛЖ регистрировалась на основании показателей, используемых для ее верификации — повышение значений ИММЛЖ, ИММЛЖ/рост и ММЛЖ/рост².

Результаты. Полученные данные свидетельствовали о том, что у лиц с установленной ИБС, у 32 человек (34,4%) было выявлено повышение как ИММЛЖ, ММЛЖ/рост, так и ММЛЖ/рост^{2,7}, что позволило диагностировать у них наличие ГЛЖ.

Ремоделирование ЛЖ было представлено концентрической гипертрофией у 10-ти (10,75%) и эксцентрической у 22-х (23,66%) обследованных.

Выводы:

1. В диагностике ГЛЖ равнозначно информативными оказались все 3 использованных критерия — ИММЛЖ, ИММЛЖ/рост и ИММЛЖ/рост^{2,7}.

2. У лиц с ИБС, преобладала эксцентрическая форма ремоделирования ГЛЖ в сравнении с концентрической.

3. Прогностически неблагоприятная эксцентрическая форма ремоделирования ЛЖ встречалась в 2 раза чаще, что свидетельствовало о большей вероятности развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с ИБС.

104 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СМЕРТНОСТИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Истрати В., Капрош Н., Попович И., Манеа Д., Кетруш О., Герман О.

Государственный Медицинский и Фармацевтический Университет им. “Н. Тестемицану”, Кафедра Внутренних Болезней; Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Принимая во внимание продолжающийся рост заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых болезней, боль-

шое значение имеет первичная и вторичная профилактика этих заболеваний. Одним из решений для предотвращения смертности вызванной сердечно-сосудистой патологией является ранняя стратификация риска сердечных осложнений при помощи различных шкал (GRACE, TIMI, Duke) и выбор адекватного лечения.

Цель: определение прогностического риска развития смертности и неблагоприятных событий у больных со стабильной стенокардией и его оценка для выбора соответствующей тактики ведения.

Материал и методы. В исследование, проведенное в период декабрь 2010-апрель 2011 года, были включены 80 пациентов с диагнозом стабильная стенокардия III ФК, которая была определена клинически, электрокардиографически и эхокардиографически. Были проанализированы характеристики ангинального синдрома, сердечно-сосудистые факторы риска, гемодинамические показатели при поступлении, результаты лабораторных исследований. Шкала Duke рассчитывалась по формуле: характер стенокардии X (1+частота ангинозных приступов/24 часа)+аномалии ST/T. В зависимости от суммы значений риск разделён на 3 группы: низкий, средний и высокий.

Результаты. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил 60,72±0,89 года. У большинства пациентов были жалобы на ангинальные боли при поступлении. Клиническая картина была осложнена одышкой (93,75%), сердцебиением (63,75%) и предобморочным состоянием. При поступлении 68,75% пациентов имели повышенное артериальное давление. Выявленными факторами риска были: артериальная гипертензия (91,25%), избыточная масса тела (91,25%), дислипидемия (38,75%) и сахарный диабет (28,75%). Атеросклеротические изменения аорты и клапанов сердца при эхокардиографии были зарегистрированы в 98,75% случаев. При оценке шкалы Duke было установлено, что 2,5% пациентов имели низкий сердечно-сосудистый риск, 23,75% средний и 73,75% высокий риск, коррелирующий со смертностью более чем 2% в год. Пациенты с высоким риском, были пожилого возраста, имели более высокие величины артериального давления, более выраженные нарушения липидного обмена и нуждались в более длительном сроке госпитализации.

Выводы. Большинство пациентов со стабильной стенокардией III ФК имели высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда и смертность более 2% в год. Выявление и оценка сердечно-сосудистого риска позволяет выбрать адекватное лечение (лекарственная или интервенционная реваскуляризация), которое повысит выживаемость больных.

105 ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ПРОДЛЕНИЯ ЖИЗНИ Б. В. ЛАРИОНОВА

Исхаков Р. Л.

Татарстанское отделение Международной академии Энергоинформационных наук, Казань, Россия

До работы Б. В. Ларионова «Как продлить себе жизнь?» и др. почти не было научной профилактики неинфекционных болезней, он значительно продвинул изучение медицинской биогеохимии и впервые установил однопричинное возникновение эндемического зоба, кариеса, флюороза зубов и пародонтоза, гипертензионной и гипотонической болезней, язвенной болезни (их предшественников и осложнений). Проверка на истинность позволяет отнести книгу Б. В. Ларионова к области доказательной медицины. Без изучения причинного отношения к природе человека рекомендации по здоровому образу жизни остаются неспецифическими и малообоснованными. Из работ Б. В. Ларионова вытекает, что для предупреждения гипертензионной и язвенной болезней надо уменьшать прием соли, а для предупреждения гипотонии и анацидного гастрита надо увеличивать прием соли под контролем натрия и хлорида в моче. На 86-й странице вышеупомянутой работы автор указывает: «По данным американских специалистов по информатике и науколо-

гии, на 60% опубликованных научных работ не бывает ни одной ссылки из других работ, на 35% работ бывает 1 ссылка, на 4% работ — две ссылки и только 1% работ получает 3 и больше ссылок. На мою парадигму этиологии и фторпрофилактики кариеса зубов в нашей картотеке в 1989 году было 7 ссылок». Приведенные данные говорят о том, что у Б.В. Ларионова высокий индекс цитирования. Автор прав в том, что гигиена и профилактическая медицина в целом, очень раздроблена, в ней не нашлось места для превентивной или гигиенической кардиологии, гастроэнтерологии, для предупреждения неинфекционных заболеваний детей, взрослых и пожилых людей. В вышеуказанной книге продолжено развитие Б.В. Ларионовым медицинской биогеохимии или химической экологии незаразных болезней человека. Так как больше всего погибают люди от гипертонической болезни и атеросклероза, то, по нашему мнению, нужно поддерживать грантами изучение этих фундаментальных проблем профилактической медицины.

Сейчас много говорится и пишется о демографическом кризисе в России, но нет идей, как бороться с высокой смертностью. Б.В. Ларионов еще в 1984 году в своей депонированной монографии опубликовал такие рекомендации, но в то время, они не были востребованы. У автора данной книги рекомендации простые, понятные и научно подтвержденные: «Избыточное потребление соли — причина смерти № 1, избыточное потребление животных жиров — причина смерти № 2». Как автору удалось впервые в мире установить нормативы содержания натрия в крови? Он со студентами и сотрудниками получил по 1 мл крови у доноров в Казани на станции переливания крови. В чем его исследование принципиально отличалось от других подобных исследований? Он разбил всю выборку по собственной классификации артериального давления с учетом потребления соли за предыдущие два — три дня. Первая группа с нормальным АД от 90/60 до 119/79 и позволила получить инновационные данные — биохимическую и биогеохимическую константу.

106 ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОЗА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ И СИНУСОВЫМ РИТМОМ

Каверин Н.Д., Каверин Д.В.

ОГБУЗ Костромской кардиодиспансер, Кострома, Россия

Цель: выявить клинико-эхокардиографические показатели, влияющие на формирование тромба левого предсердия у больных с ревматическими митральными пороками при сохраненном синусовом ритме.

Материал и методы. Проведено клинико-эхокардиографическое обследование 30 больных с ревматическими митральными пороками, имеющими синусовый ритм. Признаком тромбоза при выполнении чреспищеводной эхокардиографии считалась регистрация дополнительного образования в левом предсердии и (или) его ушке, при этом образование обладало некоторой подвижностью и сохранялось при изменении угла сканирования. В сомнительных случаях заключительное суждение о наличии тромба высказывалось при повторном исследовании после 4–6 месячного лечения антагонистами витамина К. Тромбом считалось образование, которое исчезало или уменьшалось на фоне лечения.

Результаты. Свободные и пристеночные тромбы левого предсердия в настоящее время редко встречаются у больных с ревматическими митральными пороками, в нашем исследовании они также не обнаружены. У 7 (23,3%) пациентов лоцировался тромб ушка левого предсердия, у 23 (76,7%) признаков тромбоза не выявлено. Визуализация тромба была возможна только при выполнении чреспищеводной эхокардиографии. При сравнении двух групп больных факторами, ассоциированными с формированием тромботических масс в левом предсердии, явились: увеличение передне-заднего размера ($p=0,001$) и объема ($p=0,002$) левого предсердия, повышение трансмитрального градиента кровотока ($p=0,03$), наличие феномена спонтанного эхоконтрастирования

($p=0,006$), снижение пиковой скорости кровотока в ушке левого предсердия ($p=0,0002$), увеличение площади ушка левого предсердия ($p=0,001$). Статистически значимых различий между двумя группами по клиническим факторам (длительность заболевания, степень ХСН, тромбоэмболии в анамнезе) выявлено не было.

Заключение. Тромбоз левого предсердия, особенно его ушка — довольно частая находка при обследовании больных с ревматическими митральными пороками, клиническими предикторами его формирования являются фибрилляция предсердий, при наличии которой частота обнаружения тромбоза достигает 50–55%, и тромбоэмболические события в анамнезе. Наличие синусового ритма считается отрицательным предиктором тромбообразования у данной группы больных. В нашем исследовании, однако, продемонстрировано, что наличие синусового ритма не всегда является основанием для отказа от приема антагонистов витамина К с целью профилактики внутрисердечного тромбообразования, особенно при наличии эхокардиографических факторов, ассоциированных с формированием тромботических масс. Для выявления большинства предикторов тромбоза левого предсердия потребовалось выполнение чреспищеводной эхокардиографии, что позволяет рекомендовать данный метод в рутинной клинической практике с целью стратификации риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с ревматическими митральными пороками в каждом конкретном случае.

107 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЗНАКОВ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

Казерацкая Е.Б., Кушнаренко Н.Н., Пешкова С.В., Стомба Е.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить распространенность признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани среди школьников и студентов.

Материал и методы. В исследование включено 42 школьника девятих классов и 73 студента медицинской академии. Всем исследуемым проведено анкетирование, общеклинический осмотр, распрос и выявление внешних фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) (Земцовский Э.В., 2008). Выявление вегетососудистой дистонии по диагностическим признакам (Маколкин В.И., 1996), проведение плантографии. Исследование самооценки уровня тревожности по шкалам (Спилберга Ч.Д., Ханина Ю.Л., 1973), уровня слабости с помощью краткого опросника оценки слабости (Brief Fatigue Inventory, BFI). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.1 (StatSoft).

Результаты. Выделено 2 группы испытуемых: 1 группа — студенты (73 человека), 2 группа — школьники (42 человека). Анализ антропометрических данных показал, что по таким параметрам как вес, рост и ИМТ группы испытуемых не отличались. У студентов и школьников гипермобильность суставов (14% и 21%, соответственно) и вывихи (27% и 24%, соответственно) встречались одинаково часто, однако артралгии чаще беспокоили студентов (59% против 29%, соответственно), $p<0,05$. Такие внешние фены как искривление позвоночника (26% и 52%, соответственно), плоскостопие (в среднем 14%), стрии (44% и 29%, соответственно) и грыжи (в среднем 11%) в обеих группах регистрировались одинаково часто. При изучении внутренних фенотипов НДСТ частота обнаружения пролапса митрального клапана (14% и 8%, соответственно) и нефроптоза (7%) у студентов и школьников не различалась, миопией чаще страдали студенты-медики (41% против 24%, соответственно), $p<0,05$. Каждый второй студент страдает ВСД: в 3 раза чаще школьников, при этом сосудистый син-

дром чаще встречался у школьников (4% против 19%, соответственно) ($p < 0,05$). Установлено, что высокий уровень ситуационной (19%) и личностной (78% и 5%, соответственно) тревожности значительно преобладал у студентов ($p < 0,05$). При этом чувство значительной слабости беспокоило лишь студентов (18%), а у школьников, напротив, преобладала незначительная слабость (38% против 57%, соответственно), $p < 0,05$. Нами выявлены низкие показатели физической активности среди студентов; делали зарядку (47%), посещали спортивные секции (36%) и занимались физкультурой в свободное время (69%) школьники. Установлено, что школьники проводят больше времени за просмотром телевизора (4 ± 2 ч) по сравнению со студентами ($2 \pm 1,6$ ч), $p < 0,05$. Нами выяснено, что личным компьютером обладают практически все испытуемые (100% и 86%, соответственно), студенты и школьники проводят много времени за компьютером ($3 \pm 1,6$ ч и 4 ± 3 ч, соответственно) и интернетом (72% и 83%, соответственно).

Таким образом, распространенность, встречаемость внешних и внутренних фонов НДСТ, выраженность психопатологических расстройств и низкий уровень физической активности выявлены у студентов.

108 ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Какорин С. В.

ГУЗ ГКБ № 63 ДЗ, Москва, Россия

Цель: изучить осложнения и сроки летальности от острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материал и методы. Проведен анализ 1061 истории болезни пациентов госпитализированных с острым коронарным синдромом (ОКС) в кардиореанимацию ГКБ № 63 в 2010 г. и 197 протоколов вскрытия пациентов умерших от ОИМ за период 2006–2010 гг. Статистическая обработка проводилась в программе OpenOffice Calc.

Результаты. У 527 (49,7%) из 1061 пациента ОКС реализовался в ОИМ, у 534 (50,3%) в НС. У 139 (26,4%) пациентов из 527 ОИМ протекал на фоне СД 2, у 388 (73,6%) — с нормальным УО. Летальность от ОИМ в группе больных с СД 2 составила 32 (23,02 $\pm$ 4,07%) человека из 139, в группе больных с нормальным УО 55 (14,18 $\pm$ 1,91%) человек из 388. Из 197 пациентов умерших от ОИМ у 121 был нормальный УО, у 76 — СД 2. Результаты вскрытия показали, что среди пациентов с нормальным УО, умерших от ОИМ течение заболевания реже осложнялось отеком легких, чем среди пациентов с СД2 (85,95 $\pm$ 3,16% против 96,05 $\pm$ 2,23%), реже был кардиогенный шок (6,61 $\pm$ 2,26% и 14,47 $\pm$ 4,04% соответственно), но чаще был разрыв миокарда (23,97 $\pm$ 3,88% у пациентов с нормальным УО против 14,47 $\pm$ 4,04% — с СД2), чаще наблюдались АВ-блокада (14,05 $\pm$ 3,16% против 3,95 $\pm$ 2,23%) и фибрилляция желудочков (13,22 $\pm$ 3,08% и 6,58 $\pm$ 2,84% соответственно). У пациентов с СД 2 по сравнению с нормальным УО реже выявляли ОИМ в стадии некроза (35,53 $\pm$ 5,49% и 50,41 $\pm$ 4,55% соответственно, $t = 2,09$, $p < 0,01$) и одинаково часто в стадии ишемии (32,89 $\pm$ 5,39% и 25,62 $\pm$ 3,97%). У 20 (26,32 $\pm$ 5,05%) из 76 пациентов с СД 2 смерть наступила в первые 6 часов от момента поступления в кардиореанимацию. Это достоверно больше, чем у пациентов с нормальным УО (13 человек, 10,74 $\pm$ 2,82%, $t = 2,69$, $p < 0,01$). В первые сутки умирали около половины — 39 (51,32 $\pm$ 5,73%) из 76 пациентов с СД2, среди пациентов без СД2 этот показатель был заметно ниже (38,84 $\pm$ 4,43%).

Выводы. Летальность от ОИМ у пациентов с СД2 составила 23%, с нормальным УО — 14,2%. Это говорит о высоком риске смерти при ОИМ у пациентов с СД2. У пациентов с СД2 течение ОИМ чаще осложняется отеком легких, кардиогенным шоком. Течение летального ОИМ у пациентов с СД 2 чаще носит фульминантный характер; они чаще умирают в первые 6 часов госпитализации, когда в миокарде еще толь-

ко ишемические изменения, а не некроз. Это объясняется метаболическими изменениями не только в зоне окклюзированной артерии, а всего миокарда, и меньшим коронарным резервом за счет сочетания микроангиопатии и мультифокусного поражения дистального коронарного русла уменьшающих коллатеральный кровоток при СД 2. Влиять на метаболические изменения в миокарде уже поздно. Единственным методом оказания помощи больным СД 2 с ОКС является инвазивная реперфузионная терапия, которую необходимо проводить в первые часы поступления в стационар.

109 ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Какорин С. В.¹, Бочков П. А.²

ГУЗ ГКБ № 63 ДЗ¹; Первый МГМУ им. И. М. Сеченова², Москва, Россия

Цель: изучить частоту встречаемости впервые выявленного нарушения углеводного обмена — сахарный диабет 2 типа (СД2) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: проведен анализ 2888 историй болезни пациентов выписанных из отделения неотложной кардиологии ГКБ № 63. Изучаемые параметры включали наличие у больных нестабильной стенокардии (НС), острого Q-образующего (ИМQ+) и Q-необразующего инфарктов миокарда (ИМQ-), впервые выявленные сахарный диабет 2 типа (ВВСД) и НТГ.

Результаты: из 2888 пациентов 2000 были госпитализированы с ОКС. Среди больных с ОКС нормальный углеводный обмен (УО) имели 1395 (69,75%), нарушенный УО — 605 (30,25%). В анамнезе нарушение УО было у 475 (78,5%) из 605 больных, а впервые выявленное нарушение УО — у 130 (21,5%). Среди 130 больных с впервые выявленным нарушением УО у 66 (51%) диагностирован ВВСД, у 64 (49%) — НТГ. Из 2000 больных с ОКС исход в ИМQ+ был у 373 (18,65%). Из 373 больных с ИМQ+ нарушенный УО выявлен у 121 (32,4%), при этом ВВСД — у 25 (20,6%), а НТГ у — 12 (9,9%) из 121 больного. Исход ОКС в ИМQ- был у 407 (20,35%) больных, среди них нарушенный УО у 105 (25,8%), при этом ВВСД — у 12 (11,4%), а НТГ у — 11 (10,5%) из 105 больных. Исход ОКС в НС был у 1220 (61%) больных, среди них нарушенный УО у 379 (31%), при этом ВВСД — у 29 (7,6%), а НТГ у — 41 (10,9%) из 379 больных.

Выводы: встречаемость впервые выявленного нарушения углеводного обмена у больных с ОКС чаще отмечается при его исходе в ИМQ+, реже в ИМQ- и НС. Впервые выявленный СД2 выявляется в 20,6% случаев при ИМQ+, 11,4% при ИМQ- и 7,6% при НС. Впервые выявленный НТГ в 9,9%, 10,5% и 10,9% случаев, соответственно.

110 ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Калинина С. Г., Сердитова А. А., Васильев В. А.

Уральский институт кардиологии, Екатеринбург, Россия

Острая сердечная недостаточность является тяжелым осложнением инфаркта миокарда, существенно влияющим на летальность. В последние годы в лечении ОСН все более прочное место занимает левосимендан (симдакс) — негликозидное кардиотоническое лекарственное средство с вазодилатирующими свойствами.

Цель: оценить эффективность впервые левосимендана в терапии острой сердечной недостаточности при инфаркте миокарда.

Материал и методы. В исследование включены 309 пациентов с подтвержденным острым инфарктом миокарда с зубцом Q, течение которого осложнилось острой сердечной недостаточностью II–III ст. по классификации Killip. ОСН

подтверждалась клиническими и рентгенологическими данными. В первую группу включены 269 больных, которые получили стандартную терапию ОСН (морфин, диуретики, нитраты, ингаляции кислорода). По полу больные первой группы разделились следующим образом: 117 мужчин (43,5%) и 152 женщины (56,5%). В первой группе 38 больных были в возрасте 41–60 лет (14,2%), в возрасте 61–80 лет – 147 больных (54,6%), старше 81 года – 84 больных (31,2%). Больные с ИМ передней локализации в первой группе составили 128 человек (47,7%), 94 – с задней локализацией (34,9%), 47 больных имели циркулярное поражение (17,4%). Исследованная при УЗИ фракция выброса была пониженной у 66,5% больных первой группы, у 33,5% больных была нормальной. ОСН II ст. по Killip была диагностирована у 122 больных (45,4%), ОСН III ст. – у 147 больных (54,6%). Реперфузионная терапия проведена 56 больным первой группы (20,8%), причем 17 проведено первичное ЧКВ, 39 больным – тромболитическая терапия. Во вторую группу было включено 40 пациентов, получивших наряду со стандартной терапией ОСН, инфузию левосимендана в течение 6–24 часов. Во вторую группу вошли 17 мужчин (42,5%) и 23 женщины (57,5%). Во второй группе 4 больных были в возрасте 41–60 лет (10%), в возрасте 61–80 лет – 28 больных (70%), старше 81 года – 8 больных (10%). Больные с передней локализацией ИМ составили 23 человека (57,5%), 11 больных – с задней локализацией (27,5%), циркулярная локализация диагностирована у 6 больных (15%). У 60% больных при УЗИ выявлена пониженная фракция выброса ЛЖ, у 40% она сохранялась нормальной. ОСН II ст. по Killip была у 14 больных второй группы (35%), ОСН III ст. – у 26 больных (65%). Реперфузионная терапия проведена 7 больным второй группы (17,5%), причем 3 больным проведено первичное ЧКВ, 4 – тромболитическая.

Результаты. Исследована госпитальная летальность в двух группах, сравнимых по возрасту, полу, локализации ИМ, проведенной реперфузионной терапии, насосной функции сердца. Летальность в первой группе больных составила 21% (умерло 57 человек). Летальность во второй составила 11% (умерло 6 человек).

Выводы. Применение левосимендана при остром инфаркте миокарда, течение которого осложнилось ОСН, дает значительное снижение летальности, по сравнению с применением стандартной терапии. Обращает внимание, что в обеих группах больных фиксируется низкий процент проведения реперфузионной терапии в остром периоде инфаркта миокарда, увеличение проведения реперфузии, наряду с лечением левосименданом, может улучшить результаты терапии ОСН.

111 ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АБЛЯЦИИ АРИТМОГЕННЫХ ЗОН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С КОРРИГИРОВАННЫМИ КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Каменева О. А.¹, Иванчукова М. Г.¹, Искендеров Б. Г.²

Пензенская городская клиническая больница скорой медицинской помощи¹; Пензенский институт усовершенствования врачей², Пенза, Россия

Цель: определить предикторы эффективности радиочастотной абляции (РЧА) вокруг устьев легочных вен в ходе коррекции клапанных пороков у больных с хронической формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. В результате проведенной интраоперационно РЧА у 167 больных с клапанными пороками, непосредственно после процедуры у 133 (79,6%) больных восстановился синусовый ритм и у 34 больных сохранялась. Возраст больных колебался от 43 до 65 лет (56,1 ± 4,5 лет). Установленная давность ФП, по данным ЭКГ, составила от 18 до 53 месяцев и в среднем – 36,2 ± 3,6 мес. У больных выполнялось протезирование митрального и/или аортального клапанов с пласти-

кой трикуспидального клапана. Интраоперационно проводилась РЧА вокруг устьев правых и левых легочных вен. В результате, у 133 больных (79,6%) восстановился синусовый ритм, а у 34 больных (20,4%) сохранялась ФП. В случае возникновения пароксизмов ФП кардиоверсию проводили путем внутривенного введения кордарона 300 мг, а в случае пароксизма трепетания предсердий проводили чреспищеводную электростимуляцию левого предсердия в режимах частой или сверхчастой электростимуляции. В течение первых 3 месяцев для профилактики пароксизмов ФП больным назначали кордарон 300 мг/сут или соталол 160 мг/сут. Наблюдения больных после операции составили 8 мес.

Результаты. К концу наблюдения в зависимости от характера ритма сердца больных разделили на 3 группы. В I группу вошли 31 больной (23,3%), у которых стабильно сохранялся синусовый ритм без приема антиаритмических препаратов (ААП); во II группу – 43 больных (32,3%), у которых на фоне приема ААП стабильно сохранялся синусовый ритм, и в III группу – 59 больных (44,4%), из них у 25 больных сохранялись пароксизмы ФП, несмотря на прием ААП, и у 34 больных имел место переход в постоянную форму ФП. В этой группе для контроля ЧСС назначали ритмурежающие препараты.

Анализ частоты выявления факторов, потенциально провоцирующих пароксизмы ФП, выявил достоверное различие между I и III группами по следующим критериям: хроническая ФП с давностью более 18 месяцев до проведения РЧА ($\chi^2 = 13,44$; $p < 0,001$); частота хронической сердечной недостаточности (ХСН) выше 2 функционального класса – ФК ($\chi^2 = 11,68$; $p < 0,001$); артериальная гипертензия – АГ ($\chi^2 = 6,84$; $p < 0,01$); больные старше 60 лет ($\chi^2 = 7,35$; $p < 0,01$); наличие анемии ($\chi^2 = 4,77$; $p < 0,05$). Также отмечена корреляция между II и III группами по частоте выявления ХСН выше 2 ФК ($\chi^2 = 7,05$; $p < 0,01$), АГ ($\chi^2 = 6,65$; $p < 0,05$) и больных старше 60 лет ($\chi^2 = 7,14$; $p < 0,01$).

Выводы. Показано, что при обосновании необходимости проведения РЧА в ходе коррекции клапанных пороков сердца, сочетающихся с хронической формой ФП, следует учесть наличие факторов риска рецидива ФП.

112 РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Расулова З. Д., Аликулов И. Т., Рашидова Г. Б., Нурматова Д. Б.

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

Цель: определение микроальбуминурии (МАУ) и сывороточного креатинина у больных I – III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 35 больных в возрасте от 50 до 80 лет. Все больные были разделены на 3 группы по ФК ХСН: 1 – ФК I (n=10), 2 – ФК II (n=12), 3 – ФК III (n=13). Всем пациентам проводили клиническое обследование, выполняли ЭхоКГ, определяли уровень сывороточного креатинина, МАУ.

Результаты. Дисфункция почек при ХСН выявлялась на ранних этапах развития заболевания у 60,3% больных, характеризующимся в большинстве случаев умеренным увеличением сывороточного креатинина. При этом у больных с III ФК ХСН выявлялись наиболее выраженные изменения функции почек, уровень сывороточного креатинина был на 25,3% выше по сравнению с пациентами I ФК ХСН. Также были выявлены признаки поражения клубочкового аппарата почек: в 33% случаев выявлена протеинурия, в 40% случаев – микроальбуминурия, уровень которой прямо коррелировал с функциональным классом ХСН ($r=0,40$; $p < 0,05$). Результаты исследования показали, что определение сывороточного креатинина и микроальбуминурии является ранним предиктором дисфункции почек у больных ХСН.

Вывод. У больных с ХСН наблюдалось нарушение функционального состояния почек, характеризующиеся увеличе-

нием уровня сывороточного креатинина и микроальбуминурией и коррелирующее с прогрессированием заболевания.

113 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТУБУЛОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К.¹, Расулова З. Д.¹, Аликулов И. Т.², Рашидова Г. Б.¹, Абдуллаева Ч. А.²

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации¹, Ташкентская медицинская академия², Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение тубулоэпителиальной системы и фильтрационной способности почек путем определения уровня ферментурии и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных II функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 27 больных перенесших инфаркт миокарда, осложненным ХСН с II ФК. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование, определяли уровень сывороточного креатинина, остаточного азота и ферментов в моче: аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), холинэстеразы (ХЭ).

Результаты показали, что у больных II ФК ХСН сохранялись нормальные показатели СКФ и остаточного азота (ОАз) в сыворотке крови, но СКФ — на 17,4% ниже, а ОАз — на 61,4% выше, по сравнению с контрольной группой. У больных II ФК ХСН было отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение уровня ферментурии по сравнению с контрольной группой: АЛТ — на 52,2%, АСТ — 39%, ЩФ на 82,7%, ХЭ на 37,8%, что свидетельствует о повреждении целостности цитоплазматических мембран тубулярного эпителия почечных канальцев.

Вывод. Установлено, что у больных с II ФК ХСН при сохранении нормальных показателей СКФ наблюдалось достоверное увеличение показателей ферментурии, как признака поражения тубулоэпителиального аппарата почек, являющейся ранним предиктором дисфункции почек у больных ХСН.

114 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОМАКОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Абдуллаева Ч. А., Аликулов И. Т.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить влияние омакора на показатели агрегационной активности тромбоцитов у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II–III ФК.

Материал и методы. Обследованы 32 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным ХСН — мужчины в возрасте 47–60 лет (средний возраст $53,9 \pm 4,2$ лет). Давность перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q составил от 2 месяцев до 3 лет. Больные со II ХСН составили 16 больных и III ФК — 16 больных. Контрольную группу составила 10 практически здоровых лиц. Функциональную активность тромбоцитов определяли по методу Born. В качестве индуктора использовали АДФ в концентрации 0,5–5 мкм. Омакор назначался в дозе по 1 г в сутки в течение 6 месяцев. Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц EXCEL 6.0 Windows-95.

Результаты. Результаты исследования функциональной активности тромбоцитов у больных II ФК ХСН показали, что агрегационная активность тромбоцитов (ААТ) была на 2,7 и 2,65 раза ниже, а скорость агрегации тромбоцитов и максимальная амплитуда — на 5,5 и 5,8 раза и на 5,6 и 5,8 раза,

соответственно, выше, чем у здоровых лиц. Аналогично, но более выражено изменялись показатели при III ФК ХСН: ААТ была на 3,2 и 3 раза ($P < 0,001$) меньше, чем у здоровых лиц, скорость агрегации тромбоцитов и максимальная амплитуда — выше на 8,5 и 5,5 раза, на 7 и 7,2 раза ($P < 0,02$), соответственно.

Анализ полученных результатов показал, что на фоне длительного приема омакора у больных с II ФК ХСН отмечалось достоверное увеличение ААТ в 2,3 раза ($P < 0,001$), снижение Вагр и Амах на 68,2 и 59,6% ($P < 0,001$), соответственно по сравнению с исходными показателями. У больных с III ФК ХСН после курса омакора отмечалась тенденция к увеличению показателя ААТ в 1,7 раз, а Вагр и Амах — снизились на 55,1 и 67,3% ($P < 0,001$).

Вывод. У больных ХСН с прогрессированием заболевания отмечается усиление агрегационной активности тромбоцитов, а длительный прием омакора способствовал достоверно-му снижению этих показателей.

115 ВЛИЯНИЕ МЕТЕОФАКТОРОВ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Касумова Ф. З.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Известно, что биологические ритмы являются факторами адаптации организма к окружающей среде, а десинхронос — это компонент общего адаптационного стресс-синдрома. В адаптации организма к внешне-средовым факторам большую роль играют гормоны коры надпочечников, гипофиза и щитовидной железы. Не исключается, что климатические изменения влияют на адаптивные гормоны, особенно у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, среди которых наиболее чувствительными являются лица, страдающие артериальной гипертензией (АГ).

Цель: изучить взаимосвязь между метеофакторами и гормональными сдвигами у больных с АГ.

Материал и методы. Изучены корреляционные связи между показателями гормонального профиля и метеофакторами у 225 мужчин с АГ в возрасте 30–59 лет в плацебо периоде. Изучались следующие гормоны: альдостерон, кортизол, АКТГ, ПРЛ, Т, ТТГ, СТГ, T_3 , T_4 методом радиоиммунного анализа.

Из метеофакторов учитывались следующие показатели: температура (Т), влажность (Вл.), средняя скорость ветра (ССВ), количество осадков (КО), облачность (Обл.), продолжительность солнечного сияния (ПСС), атмосферное давление (Атм. д.) туман (Ту.), гроза (Гр.). Корреляционные связи изученных гормонов с метеофакторами проводились методом «наложенных эпох».

Результаты. Полученные данные продемонстрировали, что особенно чувствительными к изменениям погоды оказались такие гормоны, как альдостерон, кортизол, АКТГ и T_4 . Между этими гормонами и колебаниями температуры выявлены достоверные отрицательные связи для альдостерона, кортизола и T_4 ($r_a = -0,54$, $r_k = -0,46$ и $r_{t4} = -0,38$; $p < 0,01$ соответственно) и положительная связь для АКТГ ($r_{актг} = +0,39$, $p < 0,01$).

Между средней скоростью ветра и уровнем альдостерона и АКТГ выявлена прямая связь ($r_{альд., ССВ} = +0,36$, $p < 0,01$; $r_{актг, ССВ} = +0,28$, $p < 0,05$) и в то время как с кортизолом эта связь обратная ($r_{корт., ССВ} = -0,52$, $p < 0,01$), уровень последнего снижается также в облачную погоду ($r_{корт., обл.} = -0,23$, $p < 0,05$).

Следует отметить также наличие прямых статистически значимых связей между систолическим артериальным давлением (САД) и такими гормонами, как альдостерон, кортизол, АКТГ, T_3 , T_4 , ПРЛ, Т и СТГ, в то время как на уровень диастолического артериального давления (ДАД) влияние оказывали лишь альдостерон, АКТГ, T_3 , T_4 и СТГ. Частота сердечных сокращений (ЧСС) учащалась при повышении T_4 и снижении ТТГ ($r_{чсс, T_4} = +0,69$, $p < 0,01$; $r_{чсс, ТТГ} = -0,47$, $p < 0,01$).

Помимо этого, продолжительность солнечного сияния способствовала увеличению выработки ТТГ ($r_{\text{ПСС}}, \text{ТТГ} = 0,52, \rho < 0,01$) и Т ($r_{\text{ПСС}}, \text{Т} = 0,48, \rho < 0,01$).

Таким образом, между гормонами и метеофакторами выявлены тесные взаимоотношения, касающиеся прежде всего адаптивных гормонов, в частности, кортизола, АКТГ, альдостерона и T_4 .

Выводы:

1. Наиболее неблагоприятные метеовоздействия на гормональный гомеостаз оказывают колебания температуры воздуха, средняя скорость ветра, продолжительность солнечного сияния, а также влажность и облачность.

2. Особенно чувствительными к влиянию метеофакторов оказались адаптивные гормоны кортизол, альдостерон, АКТГ и T_4 .

116 СТРУКТУРА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С ИБС В ФЕРТИЛЬНОМ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Касумова Ф. Н., Мустафаев И. И., Касумова Ф. З., Мамедова Р. Н.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

Эпидемиологические исследования четко продемонстрировали, что в женской популяции ишемическая болезнь сердца (ИБС) чаще всего регистрируется в менопаузальном и постменопаузальном периоде. В этом же возрастном диапазоне наблюдается рост артериальной гипертензии (АГ) — основного фактора риска ИБС. Однако до сегодняшнего дня остается спорным, что превалирует в риске развития ИБС — возраст или менопауза. В тоже время представляет интерес структура АГ в обеих возрастных категориях у лиц с ИБС по данным эпидемиологического и клинического исследования.

Цель: изучить структуру АГ у женщин с ИБС в фертильном и климактерическом возрасте по данным эпидемиологического и клинического обследования в сравнительном аспекте.

Материал и методы. Обследовано 200 женщин с ИБС в возрасте 20–59 лет, из которых 99 были выявлены при эпидемиологическом обследовании — I группа, а 101 женщина во время стационарного и амбулаторного лечения — II группа. Всем обследованным снималась ЭКГ, проводилось трехкратное измерение артериального давления (АД) методом Короткова, заполнялся опросник Роуза, используемый при эпидемиологических исследованиях. За АГ принимали значения, равные или превышающие 140/90 мм рт.ст. Одновременно проводился подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС), как пальпаторно, так и по ЭКГ.

Результаты. Среди обследованных в фертильном возрасте было 79 женщин, а в климактерическом — 121. Из них в I группе было 55 женщин, а во II-ой — 24 с сохраненным циклом, в то время как в менопаузе в I группе было 44, а во II-й было 77 пациенток. В обеих группах как систолическое (САД), так и диастолическое АД (ДАД) было выше у женщин в климактерическом возрасте — САД $-152,6 \pm 4,0$ против $141,3 \pm 2,7$ ($p < 0,001$) и ДАД $89,1 \pm 1,7$ против $85,6 \pm 1,4$, ($p < 0,05$), соответственно. ЧСС в целом, в обеих возрастных категориях, как в I-ой ($80,4 \pm 1,4$ и $79,3 \pm 2,2$, $p < 0,05$), так и во II-группе ($79,3 \pm 2,2$ и $81,4 \pm 1,3$, $p < 0,05$) статистически значимо не различались в фертильном и климактерическом возрасте. При анализе структуры АГ было выявлено, что нормальное АД регистрировалось у 56-ти женщин фертильного возраста — 70,8% и 55 женщин в менопаузе — 45,4%, в то время как АГ была выявлена у 23-х (29,1%) фертильного и у 66-ти женщин (55,4%) климактерического возраста.

Выводы:

1. Изменение гемодинамики у женщин с ИБС идентичны, как по данным эпидемиологического, так и клинического обследования.

2. В фертильном возрасте АГ выявляется у 1/3 обследованных, в то время как в климактерическом возрасте у каждой второй.

117 КОМБИНИРОВАННАЯ БЛОКАДА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Качнов В. А., Тыренко В. В.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

На сегодняшний день, несмотря на длительное применение ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину, у пациентов длительно страдающих гипертонической болезнью развиваются поражения органов мишеней, в частности сердца и почек. В связи с этим необходимы поиски новых путей органотекции у больных гипертонической болезнью, направленной на более полную блокаду ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Цель: оценить эффективность органотективных свойств блокады РААС с применением ингибитора АПФ в комбинации с прямым ингибитором ренина (алискиреном) или с блокатором рецепторов к ангиотензину у больных гипертонической болезнью.

Материал и методы. Обследовано 83 пациента с гипертонической болезнью II–III стадии, у которых одним из компонентов терапии являлся ИАПФ. После проведения стандартного обследования пациенты разделены на две группы. В первой группе ($n=41$) к терапии добавлялся алискирен (расилез), во второй группе ($n=42$) — лозартан в оптимальных дозировках для достижения целевых цифр АД. Контрольное обследование через 6 месяцев терапии включало расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), Эхо-кардиографию, суточное мониторирование АД, определение уровня микроальбуминурии (МАУ), цистатина С.

Результаты. Через 6 месяцев комбинированной гипотензивной терапии во второй группе отмечено более выраженное снижение уровня АД по данным СМАД ($p < 0,05$). По данным ЭхоКГ в обеих группах отмечалось достоверно значимое снижение толщины задней стенки левого желудочка и толщины межжелудочковой перегородки, индекса массы миокарда левого желудочка, увеличение фракции выброса левого желудочка, и улучшение диастолической функции левого желудочка. Описанные изменения были более выражены в первой группе ($p < 0,05$). При расчете уровня СКФ по MDRD через 6 месяцев проводимой терапии в I группе отмечалось увеличение количества пациентов с нормальным уровнем СКФ и уменьшение количества пациентов с СКФ менее 90 мл/мин. Во 2-й группе отмечалось некоторое снижение уровня СКФ. При оценке уровня МАУ обращает на себя внимание, что у большей части пациентов данный показатель превышал пороговые значения. На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечалось снижение данного показателя, причем в I группе снижение оказалось более выражено ($p < 0,05$). При сравнении динамики уровня цистатина С в I группе отмечается снижение данного показателя, в то время как во 2-й группе отмечалось незначительное его повышение.

Вывод: Комбинация алискирена с ИАПФ обладает более выраженным органотективным эффектом, в то время как комбинация блокатора рецепторов к ангиотензину с ИАПФ обладает более выраженным гипотензивным эффектом.

118 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Каштальян О. А.¹, Пристром М. С.², Семененков И. И.²

Белорусский государственный медицинский университет¹, Белорусская медицинская академия последипломного образования², Минск, Беларусь

Выявление системных изменений у беременных женщин до появления клинических симптомов преэклампсии позволяют раньше начать профилактические мероприятия, увеличивают благоприятный прогноз, в том числе отдаленный, для матери и ребенка.

Цель: изучить особенности артериальной почечной и системной гемодинамики на ранней стадии преэклампсии.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 43 соматически здоровых беременных женщин в 10–14 и 28–32 недели беременности. Сформированы группы, сравнимые по возрасту и срокам гестации: первая – беременные с выявленным последствием преэклампсии ($n=15$), вторая – физиологическая беременность ($n=28$). По стандартным методикам выполнены эхокардиография (ЭхоКГ), ультразвуковое исследование почечного кровотока в общих (основном стволе) почечных, сегментарных артерий с определением относительных показателей: S/D – систолиадиастического отношения. Статистическая обработка проведена непараметрическими методами Statistica 7.0. Результаты представлены в виде Me (25%;75%), где Me – медиана, (25%;75%) – верхняя и нижняя квартили.

Результаты. При осложненной преэклампсией беременности отмечалось повышение периферического сосудистого сопротивления в почечных артериях. В 10–14 и 28–32 недели беременности у женщин с выявленной последствием преэклампсией S/D было выше ($p=0,001$) чем при физиологической беременности и превышало нормальные значения 1,8–3,0. В 10–14 недель беременности в сегментарных артериях значения S/D составили в правой: 2,91–2,99 (2,91;3,07) и 2,75 (2,68;2,77), $p=0,001$, левой: 2,99 (2,91;3,07) и 2,75 (2,68;2,76), $p=0,001$ в 1 и 2 группах соответственно. В 10–14 недель беременности диагностическая чувствительность (ДЧ) метода – 93% (ДИ 78–99%), специфичность (ДС) – 100% (ДИ 88–100%), индекс точности – 97,7% (ДИ 86–100%).

В динамике беременности выявлено увеличение сердечного индекса от 3,43–3,18–3,66 и 3,43–3,24–3,65 л/мин/м² в 10–14 недель до 4,27 (4,33;4,62) и 3,51 (3,76;3,81) л/мин/м² в 28–32 недели беременности для осложненной преэклампсией и физиологической беременности соответственно. В 28–32 недели осложненной преэклампсией беременности сердечный индекс был достоверно выше ($p=0,0001$) в сравнении со 2 группой. Максимальные и минимальные значения сердечного индекса при физиологической беременности в 28–32 недели составили 4,08 и 3,35 л/мин/м², при осложненной преэклампсией – 4,91 и 4,19 л/мин/м². Повышение сердечного индекса в 28–30 недель физиологической беременности более 4,10 л/мин/м² является ранним признаком развития преэклампсии: ДЧ – 87% (ДИ 77–97%), ДС – 71% (ДИ 57–85%), индекс точности 98% (ДИ 86–100%).

Выводы. Ранним признаком преэклампсии в 10–14 недель физиологической беременности является повышение периферического сосудистого сопротивления в почечных артериях – увеличение систолиадиастического отношения более 3,0.

119 ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Керимкулова А. С., Маркабаева А. М., Адиева М. К., Куликова Е. В.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: изучить особенности ремоделирования левого и правого желудочков сердца в различные возрастные периоды у умерших больных при жизни, страдавших АГ.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование случай-контроль, по данным патологоанатомических протоколов вскрытий, проведенное КГКП «Патологоанатомическое бюро» г. Семей Восточно-Казахстанской области республики Казахстан и Семейского филиала РГКП «Центр судебной медицины Министерства здравоохранения Республики Казахстан»

умерших за 11 лет (начиная с 1999 года по 2009 годы), страдавших при жизни артериальной гипертензией. 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, смерти при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ (ППС) STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США). Проведен анализ данных протоколов вскрытий 372 умерших внезапно лиц, средний возраст которых составил $56,9 \pm 12,5$ (из них составили мужчины – 220 (59%), женщин – 152 (41%)), страдавших артериальной гипертензией.

Результаты. Нормальные размеры левого желудочка определены у 2 умерших мужчин (0,9% от всей группы) 35 и 54 лет, где толщина ЛЖ составила 1,2 см, толщина ПЖ 0,3 см. Все рассматриваемые случаи рассматривались в следующих возрастных группах: 1 группа – до 29 лет ($28,0 \pm 1,0$; 3 случая); 2 группа – 30–39 ($35,83 \pm 2,95$; 23 случая), 3 группа – 40–49 ($45,18 \pm 3,05$; 82), 4 группа – 50–59 ($54,33 \pm 2,99$; 126), 5 группа – 60–69 ($64,57 \pm 3,25$; 72); 6 группа – 70–79 лет ($74,86 \pm 3,21$; 49); 7 группа – 80 лет и больше ($81,12 \pm 1,58$; 17).

Отмечены стабильные цифры увеличения толщины левого желудочка начиная с 3 возрастной группы (с 40 лет). Тогда как отмечены статистически достоверные различия в толщине стенки левого желудочка между 2 и 3 ($p_{2-3} < 0,025$), 4 ($p_{2-4} < 0,01$) и 5 ($p_{2-5} < 0,005$) группами по критерию Колмогорова-Смирнова при $p < 0,05$. Различия между остальными группами по толщине стенки левого желудочка статистически недостоверны.

Параметры правого желудочка в исследуемых группах определились следующим образом, нормальные размеры обнаружены лишь в 21,8% случаев (81 умерших в возрасте $53,52 \pm 12,23$). Отмечается тенденция увеличения параметров правого желудочка с возрастом. По критерию Колмогорова-Смирнова при $p < 0,05$, отмечены статистически достоверные различия по толщине стенки правого желудочка между 2 и 6 ($p_{2-6} < 0,025$), 3 и 4 ($p_{3-4} < 0,01$), 4 и 5 ($p_{4-5} < 0,005$), 5 и 6 ($p_{5-6} < 0,025$) группами.

Выводы. Анализ протоколов вскрытия показал, что гипертрофия левого желудочка отмечалась почти во всех случаях, более выраженное у лиц в возрастной группе 50–59 и 70 лет и старше. Отмечен значительное выявление признаков гипертрофии правого желудочка у исследуемой группы, отмечается тенденция увеличению его с возрастом.

120 ВЫРАЖЕННОСТЬ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Керимкулова А. С.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: изучение степени выраженности гипертрофии левого и правого желудочков сердца по данным патологоанатомического исследования у лиц, при жизни, страдавших артериальной гипертензией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование случай-контроль, по данным патологоанатомических протоколов вскрытий, проведенное КГКП «Патологоанатомическое бюро» г. Семей Восточно-Казахстанской области республики Казахстан и Семейского филиала РГКП «Центр судебной медицины Министерства здравоохранения Республики Казахстан» умерших за 11 лет (начиная с 1999 года по 2009 годы),

страдавших при жизни артериальной гипертензией. Проанализированы данные протоколов вскрытий 372 умерших внезапно лиц, средний возраст составил $56,9 \pm 12,5$, страдавших артериальной гипертензией, показал что, имеются различные изменения параметров левого и правого желудочков сердца в зависимости от степени их гипертрофии. Для проведения анализа имеющих данных в исследуемой группе взяты следующие значения, определяющие параметры левого и правого желудочка на момент вскрытия. 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 условно была разделена на 2 степени: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ): I степень — $1,3-2,0$ см, II степень — $2,1$ и более; гипертрофия правого желудочка (ГПЖ): I степень — $0,4-0,6$ см, II степень — $0,7$ см и более.

Результаты. При изучении параметров характеризующих состояние левого желудочка выявлено, что нормальные размеры левого желудочка определены у 2 умерших (0,5%); гипертрофия левого желудочка отмечалась в 99,5% случаев, I степень ГЛЖ в 61% случаев — 226 умерших; II степень ГЛЖ в 38,5% случаев — 144 умерших. При анализе параметров толщины стенки правого желудочка при различной толщине стенки левого желудочка (нормальной толщине стенки левого желудочка, I и 2 степени гипертрофии левого желудочка) определяется четкая прямая зависимость между этими параметрами. Изменение параметров правого желудочка в исследуемой группе определялась следующим образом, нормальные размеры в 21,8% случаев — 81 умерших; гипертрофия правого желудочка (ГПЖ) в 78,2% случаев. Тогда как, I степень определена в 33,6% случаев — 125 умерших, II степень в 44,6% случаев — 166 умерших.

Выводы. У большинства умерших лиц с АГ была выявлена ГЛЖ. Чаще наблюдалось I степень ГЛЖ. Определяется прямая зависимость между параметрами толщины левого и правого желудочков. В большинстве случаев изменения правого желудочка происходит параллельно увеличению левого желудочка. У больных АГ увеличение толщины правого желудочка определялось в большинстве случаев (78,2%), тогда как чаще наблюдалось более выраженные показатели увеличения правого желудочка (II степень — 44,6%).

121 ОЦЕНКА УРОВНЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Клепикова М. В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова Министерства Здравоохранения и Социального развития Российской Федерации», кафедра поликлинической терапии лечебно-го факультета, Москва, Россия

Цель: изучить активность маркеров воспаления (ИЛ-8, ИЛ-18 и ИЛ-10) у женщин с артериальной гипертензией и ожирением.

Материал и методы: в исследование включены 35 женщин с ожирением и артериальной гипертензией 1–2 степени. Среднее артериальное давление составило $155 \pm 10 / 85 \pm 10$ мм рт.ст. Пациенты были распределены на 2 группы: первая группа (21 человек) — с ожирением и артериальной гипертензией, вторая группа (14 человек) — с ожирением, артериальной гипертензией и дислипидемией. Всем больным проводилось определение уровня цитокинов ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-18.

Результаты: у женщин с артериальной гипертензией, ожирением и дислипидемией отмечалось достоверно значимое повышение уровня ИЛ-8 (1 гр. — $17 (9,3-25)$ пг/мл,

2 гр. — $21,8 (16,5-37)$ пг/мл) и снижение ИЛ-18 (1 гр. — $103,4 (84,4-121)$ пг/мл, 2 гр. — $85,4 (71-107)$ пг/мл) в сравнении с пациентками без нарушений липидного обмена.

Заключение: наличие нарушений липидного обмена влияет на активность воспалительного процесса у пациенток с артериальной гипертензией и ожирением.

Полученные нами результаты указывают на важную роль ИЛ-8 и ИЛ-18 в патогенезе метаболического синдрома. Важно отметить, что ИЛ-18 оказался тесно связан с метаболическим синдромом и его компонентами, достоверно снижен у пациентов с МС.

Таким образом, определение воспалительных показателей у женщин с АГ и АО может позволить косвенно оценить не только выраженность вялотекущего воспалительного процесса, но и выраженность других метаболических нарушений.

122 ПРИМЕНЕНИЕ ДИГИДРОКВЕРЦИТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Климко В. В., Дергачёва Л. И.

Филиал № 2 ФГУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневского» МО РФ; ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии» Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

С целью разработки оптимизированной программы медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после кардиохирургических операций с применением дигидрохверцетина проведено данное исследование.

В группу обследованных больных вошли 40 мужчин, перенесших операции аортокоронарного или маммарокоронарного шунтирования и поступивших в реабилитационный центр (РЦ) на 12–17 суток (в среднем, $15,2 \pm 3,2$) после оперативного лечения. Возраст больных — от 32 до 68 лет (средний возраст — $47,6 \pm 3,2$ года). Среднее количество шунтов на одного больного составило $2,3 \pm 0,8$. Помимо стандартного комплекса лабораторно-функционально-диагностических исследований, пациентам обеих групп проводилось исследование сердца с помощью компьютерной системы скрининга сердца «Кардиовизор» (регистрационное удостоверение № ФСР 2007/00155 от 16 июля 2007 года, ООО МКС). Это позволяло в ходе реабилитации контролировать переносимость больными физических нагрузок, их адекватность применяемой терапии, состояние вегетативной нервной системы, нарушения сердечного ритма и проводимости, эпизоды безболевой ишемии и таким образом — оценивать эффективность реабилитационной программы.

Реабилитация больных контрольной группы (КГ, $n=20$) проводилась по общепринятой в РЦ программе, включающей: режим; гиполипидемическую диету; лечебную физкультуру, основной формой которой была ЛГ с использованием общепринятых комплексов для больных ИБС; дозированную ходьбу; массаж шейно-воротниковой области; низкочастотное лазерное облучение послеоперационного рубца грудины; магнитотерапию на нижние конечности. Базисное медикаментозное лечение включало: дезагреганты, β -блокаторы и нитраты — по показаниям. Программа реабилитации больных основной группы (ОГ, $n=20$) была дополнена приемом дигидрохверцетина в суточной дозе 80 мг, разделенной на 3 приема — в течение 20 дней.

Выполнение программы медицинской реабилитации больных ОГ привело к улучшению показателей центральной и периферической гемодинамики, оксигенации крови, что обеспечило достоверное повышение толерантности к физической нагрузке, улучшение психоэмоционального состояния больных и, в конечном итоге, привело

к приросту реабилитационного эффекта. Динамика большинства показателей у больных КГ была менее существенной или статистически недостоверной.

Таким образом, применение дигидрокверцетина в комплексной программе медицинской реабилитации кардиохирургических больных существенно повышает её эффективность.

123 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ): РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Климова Т. М.¹, Федорова В. И.¹, Балтахинова М. Е.¹, Бушкова Э. А.²

НИИ здоровья СВФУ¹; Медицинский институт СВФУ², Якутск, Россия

В последние десятилетия среди населения Республики Саха (Якутия) отмечается неуклонный рост заболеваемости болезнями системы кровообращения. Основной вклад в эти показатели вносит артериальная гипертензия (АГ). Так, за период с 2000 по 2010 год общая заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, увеличилась в 3,3 раза (с 30,2 до 101,5 на 1000 населения). Экстремальные условия Севера способствуют быстрому прогрессированию, неблагоприятному клиническому течению АГ и частому развитию осложнений. Активное выявление больных и эффективная антигипертензивная терапия могут предотвратить неблагоприятные последствия повышенного уровня артериального давления.

Цель: оценить распространенность и эффективность лечения АГ среди сельского коренного малочисленного населения Республики Саха (Якутия).

Материал и методы. Одномоментное стандартизованное эпидемиологическое исследование проведено в 2011 г. среди случайной выборки из населения национального Эвенкийского округа (с. Жиганск, 66 с.ш., 123 в.д.). Обследовано 254 человек старше 20 лет, из них женщин 193, мужчин 61. Средний возраст обследованных женщин составил 46,6±11,9 лет, мужчин 45±10,5 лет (p=0,3). За критерий АГ принят уровень артериального давления 140/90 мм рт.ст. и более. К группе лиц с АГ также относили респондентов, принимавших гипотензивные препараты в период обследования, или прекративших их прием менее чем за 2 недели до обследования. Эффективность лечения артериальной гипертензии оценивалась достижением целевых уровней артериального давления.

Результаты. Уровень систолического артериального давления (медиана и интерквартильные размахи) в выборке составил 120 (110–140) мм рт.ст.; диастолического артериального давления – 80 (70–90) мм рт.ст. Стандартизованный по возрасту (по возрастной структуре населения РС (Я) на 2002 г.) показатель распространенности АГ составил среди мужчин 43% среди женщин 47%. Информированы медицинскими работниками о наличии повышенного уровня АД 85% мужчин и 90% женщин с АГ. Принимают антигипертензивные препараты 75% мужчин и 88% женщин, имеющих АГ. Из них эффективно лечатся 20% мужчин и 41% женщин. У 93% пациентов, принимающих гипотензивные средства, лечение проводится в виде монотерапии (в том числе ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента у 40%, блокаторами кальциевых каналов – у 33%, бета-адреноблокаторами – у 20%), у 7% – в виде различных сочетаний ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента с другими группами антигипертензивных препаратов.

Выводы. Таким образом, АГ широко распространена среди коренного малочисленного населения Республики Саха (Якутия). При достаточной информированности и приверженности к приему препаратов, эффективность

лечения остается недостаточной. Индивидуальный подбор препарата и его дозы, использование комбинированной терапии могут улучшить контроль АД.

124 ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ БРИГАД СМП У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ

Ковалева Н. Н.

ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России, Железногорск, Красноярский край, Россия

Несмотря на усилия медицинских работников, артериальная гипертензия остается самым распространенным заболеванием, и повышение артериального давления является одним из наиболее частых поводов к вызову скорой медицинской помощи. Так статистические данные свидетельствуют, что за последние 5 лет число вызовов по поводу повышения АД в городе Железногорске увеличилось на 34%.

Цель: оценить частоту применения гипотензивных препаратов у пациентов с гипертоническим кризом (ГК) в реальной практике бригадами СМП ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России г. Железногорска в 2011 г.

Материал и методы: проанализированы 984 карты вызова скорой помощи к больным с гипертоническим кризом. Антигипертензивная терапия проводилась с учетом клинической ситуации таблетированными или парентеральными гипотензивными препаратами, которые входят в состав медицинской укладки выездных бригад скорой медицинской помощи ФГБУЗ КБ № 51.

Результаты: лечение осложненных кризов проводилось парентеральными препаратами с учетом ведущего клинического синдрома. Например, 24 больным (2,4%), у которых ГК сопровождался отеком легких, внутривенно вводили морфин, лазикс, изокет. Еще 3 (0,3%) пациентам с отеком легких внутривенно был сделан пентамин. 18 (1,8%) больных, у которых ГК сопровождался пароксизмальной тахикардией, был применен верапамил внутривенно, еще 5 пациентам (0,5%) был введен беталок. У 22 больных (2,2%) ГК протекал с приступом стенокардии, поэтому данной группе пациентов был введен изокет-спрей сублингвально. В 12 случаях (1,2%) ГК с гипертонической энцефалопатией был сделан раствор магнезии сульфата внутривенно.

При неосложненном кризе для лечения применяли как таблетированные, так и инъекционные препараты. В 346 случаях (35%) были сделаны подкожные инъекции клофелина, в 196 случаях (19,9%) – внутривенные инъекции энапа. Внутримышечные инъекции сульфата магнезии бригады СМП применили 96 раз (9,7%), а внутривенно магнезии сульфат был введен 73 (7,4%). Из таблетированных препаратов чаще всего бригады СМП использовали капотен – 687 раз, что составило 69,8%. В 183 (18,6%) случаях больным сублингвально был дан коринфар, в 78 случаях (7,9%) – анаприлин.

Выводы: сохраняется стабильно высокая обращаемость населения города в отделение СМП с повышением АД. Чаще всего в реальной практике оказания неотложной помощи больным с гипертоническим кризом бригадами СМП из парентеральных препаратов – клофелин, из таблетированных – капотен. По современным литературным данным при введении клофелина наблюдаются значимые побочные и непредсказуемые эффекты. Обращает на себя внимание низкая частота применения современных бета-блокаторов и недостаточная частота применения энапа внутривенного. Необходимо проводить активную образовательную работу с сотрудниками СМП с целью улучшения качества оказания неотложной помощи больным с ГК. В состав медицинской укладки необходимо добавить современные парентеральные гипотензив-

ные препараты с альфа- и бета-блокирующим действием (альбетор, урапедил).

125 СОСТОЯНИЕ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ТАБАКОКУРЕНИЕМ

Колбасников С. В., Мельникова А. А., Мокунин А. А., Белова Н. О.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: оценить показатели контурного анализа пульсовой волны и функцию эндотелия у лиц, больных АГ в зависимости от наличия табакокурения

Материал и методы. У 110 больных (мужчин — 51, женщин — 59) АГ II стадии, проведено: общеклиническое обследование, контурный анализ пульсовой волны и проба с реактивной гиперемией (аппарат АнгиоСкан-01 профессиональный). В зависимости от табакокурения (курящими считались лица, выкуривающие одну сигарету в день или бросившие курить менее одного года назад по данным опроса). Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 52 человека (56,0±1,0 лет), никогда не курившие, 2-ю группу — 58 человек, курящие (возраст 55,0±2,0 лет, стаж курения 12±2,0 лет).

Результаты. У больных 1-й группы, при проведении контурного анализа пульсовой волны, среднее значение индекса жесткости крупных артерий (SI) составило 6,18±0,06 м/с, индекса отражения резистивных артерий (RI) — 30,81±6,9%, индекса аугментации (Alp) — 32,98±7,0%; при этом у 75% пациентов наблюдался тип волны «А», у 25% — тип «В», характеризующий меньшую степень снижения эластичности сосудов. При оценке эндотелиальной функции у 96% обследованных наблюдалась дисфункция эндотелия, что выражалось в увеличении амплитуды пульсовых волн в 1,81±0,02 раза и сдвиге фаз между каналами (C2 — C1) до и после окклюзии — 5,4±0,3 мс.

У больных 2-й группы, по сравнению со 1-й, при проведении контурного анализа пульсовой волны отмечено повышение индексов: SI — до 8,1±0,3 м/с ($p<0,001$), RI — 38,54±6,7% ($p<0,5$), Alp — 41,65±6,8% ($p<0,5$); тип волны «А» отражающий наибольшую жесткость сосудов регистрировался в 100% случаев. Дисфункция эндотелия имела у всех обследованных, что проявлялось меньшей степенью увеличения амплитуды пульсовых волн — в 1,24±0,2 ($p=0,05$) раза и меньшим сдвигом фаз между каналами (C2 — C1) до и после окклюзии — 4,1±0,2 мс ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом, у больных артериальной гипертензией, злоупотребляющих курением, в отличие от некурящих, повышенная жесткость сосудов сочетается с выраженной дисфункцией эндотелия, что необходимо учитывать при разработке индивидуальных реабилитационных программ и проведении медико-социальной экспертизы.

126 ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Комиссарова С. М.¹, Мельникова О. П.¹, Чакова Н. Н.², Крупнова Э. В.², Ниязова С. С.², Михаленко Е. П.², Чеботарева Н. В.², Шабуня П. С.³

Республиканский научно-практический центр «Кардиология»¹, Минск; Институт генетики и цитологии Национальной Академии наук Беларуси², Минск; Институт биохимии и фармакологии Национальной Академии наук Беларуси³, Минск, Беларусь

Лечение больных ГКМП до настоящего времени остается сложной проблемой. В настоящее время основу медикаментозной терапии ГКМП составляют β-адреноблокаторы (БАБ),

которые пациенты принимают пожизненно. Однако выбор препарата и дозировка проводятся эмпирически. При этом не у всех больных лечение оказывается эффективным и у ряда пациентов появляются нежелательные лекарственные реакции (НЛР).

Цель: изучение влияния генетического полиморфизма Р-гликопротеина (ген MDR1) и β1-адренорецепторов (ген ADRB1) на эффективность и безопасность лечения БАБ больных с ГКМП для разработки стратегии индивидуализации терапии.

Материал и методы: исследовали 100 пациентов с ГКМП (73 мужчин и 27 женщин, средний возраст 46,7±15,7 лет). Оценивали клинические данные, ФК СН NYHA, ФК стенокардии, ХМ ЭКГ, ЭхоКГ. Всем пациентам назначался бисопролол (конкор, фирма Nycomed). С использованием метода ПЦР-ПДРФ изучали полиморфизмы C3435T гена MDR1 и C1165G гена ADRB1. Равновесную концентрацию бисопролола в плазме крови определяли методом ВЭЖХ.

Результаты. В целом, терапия бисопрололом улучшала гемодинамическое состояние пациентов с ГКМП. Однако 29,3% пациентов были резистентны к терапии, у 24,5% больных наблюдались НЛР в виде выраженной брадикардии или АВ-блокады II и III степени. При анализе распределения встречаемости генотипов MDR1 в группе пациентов с НЛР было выявлено, что из 24 пациентов 13 (54,2%) имели генотип TT, 9 (37,5%) — CT, а генотип CC был только у 2 (8,3%). У этих пациентов происходило чрезмерное накопление препарата, приводящее к возникновению НЛР, что подтверждалось увеличением равновесной концентрации препарата в плазме крови (минимальная 24,23±1,89 нг/мл и максимальная 36,87±2,32 нг/мл) по сравнению с диапазоном концентраций у пациентов без НЛР (2,31±0,21 и 7,74±0,43 нг/мл, $p<0,001$). Начальная доза бисопролола у больных с генотипами CT и TT гена MDR1 должна составлять 1,25 мг. Носителям же генотипа CC гена MDR1 можно рекомендовать более высокие начальные дозы бисопролола (от 2,5 мг/сут). Анализ ассоциации клинико-гемодинамических показателей с генетическим полиморфизмом ADRB1 выявил, что у носителей генотипа Arg389Arg наблюдается более выраженная гемодинамическая, антиаритмическая и антиишемическая защита бисопрололом.

Выводы: применение фармакогенетического подхода позволит индивидуализировать терапию и создать оптимальные протоколы лечения больных с ГКМП.

127 КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПСИИ

Кондальская Ю. О., Наумова Е. А.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России», Лечебный факультет, Кафедра факультетской терапии, Саратов, Россия

Вопрос комплексного подхода в диагностике острого инфаркта миокарда (ОИМ) и значимости каждого из критериев остается немаловажным.

Цель: сопоставить клинико-лабораторные и патологоанатомический критерии диагностики ОИМ в реальной практике.

Материал и методы. Проанализированы 67 случаев смерти в отделении кардиологии в 2009–2010.

Результаты. Средний возраст пациентов 76 лет, 33 мужчины (49%). Диагноз ОИМ был выставлен 64 пациентам, 2 — диагноз острый коронарный синдром, 1 — хроническая ишемическая болезнь сердца. Клинику ОИМ имели все пациенты. ЭКГ выполнялось 100% пациентов. По результатам ЭКГ у 47 пациентов (70%) определялась локализация инфаркта, у 20 человек (30%) — нет (выраженные рубцовые изменения). При оценке показателей маркеров некроза миокарда (качественный метод определения КФК-МВ) выяснено, что использование для диагностики КФК и КФК-МВ было достоверно связано с длительностью госпитализации (0,02). Результаты исследования имелись у 9 пациентов (13%) из 21, умерших

в течение первых суток госпитализации и у 33 человек (49%), проводивших в стационаре более суток. При этом у 13 пациентов (19%), находившихся в стационаре более 24 часов, результаты данных исследований отсутствовали. Диагноз ОИМ был выставлен 39 пациентам (61%) с высокими значениями КФК-МВ, 2 пациентам (3%) с нормальными значениями, 23 пациентам (36%) без учета данного критерия. Результаты ДЭХОКГ имелись у 11 пациентов (15%). У всех отмечались зоны гипопии/или акинезии, но у всех в анамнезе имелся перенесенный инфаркт миокарда. Вскрытие проводилось в 57 случаях. При аутопсии некроз миокарда подтвержден у 55 пациентов. Локализация инфаркта миокарда по ЭКГ в передней стенке совпадает с данными аутопсии в 100% ($p=0,004$), в задней стенке — в 50% ($p=0,00039$). Уровень совпадения локализации некроза миокарда в области перегородки и верхушечно-боковой области недостоверен ($p=0,78$ и $p=0,25$). У 1 пациента с повышенным уровнем ферментов на аутопсии некроза миокарда нет. Среди пациентов с нормальными значениями КФК-МВ при аутопсии у 2 человек (3%) инфаркт миокарда.

Заключение. Реальное использование критериев диагностики ОИМ не всегда совпадает с рекомендованными стандартами. Ни один критерий не является абсолютным.

128 СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Копылов В. Ю., Копылова Н. В., Сайфутдинов Р. И.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Ожирение, особенно абдоминальное (внутрибрюшное), ассоциировано с повышением уровня триацилглицеридов, низкой концентрацией холестерина липопротеидов высокой плотности, повышением уровня общего холестерина и увеличением концентрации холестерина липопротеидов низкой плотности, который является основным фактором способствующим формированию атеросклероза.

Большинство данных указывает на то, что при избыточной массе тела и ожирении увеличивается концентрация в сыворотке общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности, однако связанные с цифрами ИМТ различия в концентрациях общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности более выражены у людей с меньшим весом, и с возрастом они уменьшаются.

Цель: выявить степень нарушения липидного обмена в виде повышения концентрации общего холестерина и триацилглицеридов у лиц с повышенной массой тела и ожирением, без нарушения углеводного и белкового обменов.

Материал и методы. Нами было обследовано 26 пациентов с повышенной массой тела и ожирением (11 мужского и 15 женского пола). Средний возраст обследованных составил 22,3 лет. В контрольную группу включили 29 практически здоровых лиц (14 мужского и 15 женского пола), со средним возрастом 20,3 лет. У всех пациентов определялся индекс массы тела, уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности и триацилглицеридов. Оценка показателей липидного спектра проводилась на биохимическом анализаторе Integra-400. Статистическая обработка результатов проведена с использованием критериев непараметрической статистики.

Результаты. Средний индекс массы тела лиц контрольной группы составил $21,36 \pm 0,41$, основной группы — $31,48 \pm 0,56$. В группе практически здоровых лиц средние уровни общего холестерина и триацилглицеридов составили $4,59 \pm 0,15$ ммоль/л и $0,99 \pm 0,06$ ммоль/л соответственно. У пациентов основной группы данные показатели имели значение $4,79 \pm 0,14$ ммоль/л и $1,25 \pm 0,13$ ммоль/л.

Вывод. У пациентов в возрасте до 25 лет страдающих ожирением или имеющими повышенную массу тела, наблюдается увеличение концентрации общего холестерина и триацилглицеридов плазмы крови по сравнению с лицами, имеющими нормальную массу тела.

129 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Корягина Н. А., Петрищева А. В., Петрищева Г. П.

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

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — основная причина смерти женщин в Европе. Во многом это связано с несвоевременным выявлением факторов кардиоваскулярного риска (ФР) и менее активным использованием как первичной, так и вторичной профилактики у женской части населения.

Цель: оценить распространенность традиционных модифицируемых ФР и относительно новых, к которым относят тревожно-депрессивные расстройства, у работающих женщин 40–60 лет с кардиоваскулярной патологией и не имеющих в анамнезе ССЗ; определить наиболее важные направления профилактической работы в женской популяции.

Материал и методы: исследование проводилось в 2007–2010 гг. Нами обследовано 669 женщин. 1 группу составили 586 работающих на промышленных предприятиях, которые не имели в анамнезе ССЗ, обследованных в ходе проведения ежегодного профилактического осмотра. Во 2-ю группу вошли 83 женщины, госпитализированные в кардиологическое отделение городской больницы и активно занимавшиеся в Школе здоровья для пациентов с ССЗ. Были изучены основные модифицируемые ФР ССЗ: курение, наличие артериальной гипертензии (АГ), превышение целевого значения общего холестерина (О-ХС) крови свыше $4,5$ ммоль/л при наличии ССЗ и $5,0$ ммоль/л у лиц без кардиопатологии, индекса массы тела (ИМТ) свыше 25 кг/м², глюкозы крови больше $5,5$ ммоль/л. Оценка психологического статуса проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), наличие тревоги и/или депрессии считалось при наборе >7 баллов.

Результаты: лидирующим по частоте встречаемости в 1-й группе оказалось превышение целевого уровня О-ХС — у 77,4%, далее следовали наличие тревоги — у 67,2%, повышенный ИМТ — у 58,1%. АГ впервые была выявлена у 256 (43,7%) женщин, что заняло четвертое место по распространению ФР в этой группе. Наличие депрессии — у 41,7%, превышение целевого значения глюкозы — у 40,5%. Курение оказалось наиболее редким ФР — 13%. Во 2-й группе АГ была у большинства пациенток — 69 (83,1%), далее по частоте распространения следовали наличие тревоги — 78,3%, повышенный ИМТ — 77%. Превышение целевого уровня О-ХС выявлено у 75,9%, что обеспечило этому ФР четвертое место. Наличие депрессии определено у 59%, превышение уровня глюкозы — у 24,1%, этот ФР встречался реже, чем у женщин без ранее диагностированного ССЗ. Курила только 1 пациентка (1,2%), что значительно меньше чем у женщин 1-й группы.

Выводы: ФР ССЗ широко представлены у работающих женщин среднего возраста как без ранее установленного диагноза, так уже имеющих кардиоваскулярную патологию в анамнезе. Наибольшие усилия в первичной и вторичной профилактике у женской части населения должны быть направлены на борьбу с лишним весом, достижение целевого значения артериального давления и общего холестерина с обязательной коррекцией психологического статуса.

130 СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ

Косарева О. В., Вербовой А. Ф., Лоткова Е. А., Фомина И. А.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Самара, Россия

Цель: изучить содержание ренина и альдостерона при акромегалии в зависимости от стадии заболевания при нормальном АД.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с акромегалией с нормальным АД. В активной стадии 14 пациентов, средний возраст $49,50 \pm 3,37$ лет, (САД $118,93 \pm 2,35$ мм рт.ст., $p=0,385$, ДАД $75,36 \pm 2,13$ мм рт.ст., $p=0,350$), в ремиссии 16 — средний возраст $52,19 \pm 2,90$ лет (САД $120,31 \pm 2,90$ мм рт.ст., $p=0,056$, ДАД $76,26 \pm 2,02$ мм рт.ст., $p=0,35$). Контроль 25 человек в возрасте $51,32 \pm 2,03$ лет (САД $116,40 \pm 1,10$ мм рт.ст., ДАД $76,40 \pm 1,06$ мм рт.ст.). Исследовались рост, вес, индекс массы тела ИМТ. Содержание СТГ, ИФР-1, ренина и альдостерона определялись иммуноферментным методом на аппарате «Expert Plus» (Asys, Австрия).

Результаты. Активность акромегалии определялась по СТГ и ИФР-1. В ремиссии уровень СТГ ($1,83 \pm 0,35$ нг/мл, $p1=0,089$) достоверно не отличался от контроля ($1,40 \pm 0,37$ нг/мл). ИФР-1 был выше ($179,66 \pm 18,72$ нг/мл, $p1=0,011$), чем в контроле ($119,27 \pm 7,75$ нг/мл), хотя и соответствовал нормальным возрастным показателям. В активной стадии и СТГ и ИФР-1 были достоверно выше, чем в контроле и ремиссии (СТГ $12,13 \pm 4,24$ нг/мл, $p2=0,001$, $p1-2=0,009$; ИФР-1 $594,30 \pm 81,66$ нг/мл, $p2 < 0,001$, $p1-2 < 0,001$). В ремиссии ИМТ ($28,50 \pm 1,05$ кг/м², $p1=0,079$) соответствовал избыточному весу, как и в контроле. В активной стадии пациенты имели I степень ожирения (ИМТ $30,91 \pm 1,46$ кг/м², $p2=0,014$). Уровень ренина и в ремиссии и в активной стадии выше ($22,34 \pm 5,63$ пг/мл, $p1=0,187$, $22,64 \pm 3,75$ пг/мл, $p2=0,104$, $p1-2=0,791$), чем в группе контроля ($14,63 \pm 1,32$ пг/мл), но различия не достоверны. Обнаружен достоверно высокий уровень альдостерона и в ремиссии ($235,55 \pm 10,06$ пг/мл, $p1 < 0,001$) и в активной стадии ($263,84 \pm 19,57$ пг/мл, $p2 < 0,001$) по сравнению с группой контроля ($144,53 \pm 13,26$ пг/мл).

Выводы. У больных акромегалией на фоне нормального АД выявлена тенденция к повышению уровня ренина и достоверно высокий уровень альдостерона, как в ремиссии заболевания, так и в активной стадии.

131 СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Косарева О. В., Вербовой А. Ф., Шаронова Л. А., Решетова О. Н.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Цель: изучить содержание ренина и альдостерона у больных акромегалией в зависимости от стадии заболевания на фоне артериальной гипертензии.

Материал и методы. Обследован 31 пациент с акромегалией. В активной стадии 20 пациентов, средний возраст $61,90 \pm 1,83$ лет, (САД $152,85 \pm 2,91$ мм рт.ст., $p < 0,001$, ДАД $89,35 \pm 2,51$ мм рт.ст., $p < 0,001$), в ремиссии 11 — средний возраст $59,64 \pm 2,84$ лет (САД $148,64 \pm 2,53$ мм рт.ст., $p < 0,001$, ДАД $88,65 \pm 1,52$ мм рт.ст., $p < 0,001$). Контроль — 25 человек в возрасте $51,32 \pm 2,03$ лет (САД $116,40 \pm 1,10$ мм рт.ст., ДАД $76,40 \pm 1,06$ мм рт.ст.). Исследовались рост, вес, индекс массы тела ИМТ. Содержание СТГ, ИФР-1, ренина и альдостерона определялись иммуноферментным методом на аппарате «Expert Plus» (Asys, Австрия).

Результаты. Активность акромегалии определялась по СТГ и ИФР-1. В ремиссии СТГ ($2,52 \pm 1,09$ нг/мл, $p1=0,630$) достоверно не отличался от группы контроля ($1,40 \pm 0,37$ нг/мл). ИФР-1 был выше ($215,98 \pm 27,87$ нг/мл, $p1=0,001$) чем в группе контроля ($119,27 \pm 7,75$ нг/мл), хотя и соответствовал нормальным возрастным показателям. В активной стадии и СТГ и ИФР-1 были достоверно выше, чем в контроле и ремиссии (СТГ $10,97 \pm 3,22$ нг/мл, $p2=0,005$, $p1-2=0,005$; ИФР-1 $505,84 \pm 57,36$ нг/мл, $p2 < 0,001$, $p1-2 < 0,001$). Все пациенты с акромегалией имели I степень ожирения (ИМТ в ремиссии $31,27 \pm 1,27$ кг/м², $p1 < 0,001$, в активной стадии $33,43 \pm 1,21$ кг/м², $p2 < 0,001$). Достоверно высокий уровень

ренина выявлен только в активной стадии ($21,26 \pm 1,83$ пг/мл, $p2=0,007$), в ремиссии ($16,37 \pm 2,05$ пг/мл, $p=0,247$) не отличался от контроля ($14,63 \pm 1,32$ пг/мл). Уровень альдостерона и в ремиссии ($260,72 \pm 16,99$ пг/мл, $p1 < 0,001$) и в активной стадии ($272,84 \pm 13,53$ пг/мл, $p2 < 0,001$) достоверно выше по сравнению с контролем ($144,53 \pm 13,26$ пг/мл).

Выводы. У больных акромегалией на фоне артериальной гипертензии в активной стадии выявлен достоверно высокий уровень ренина и альдостерона. В стадии ремиссии отмечается только высокий уровень альдостерона.

132 ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА

Костина М. В., Столярова В. В., Рыбакова Т. А.

ФГОУВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель: изучение влияния острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на некоторые показатели электрической нестабильности миокарда (ЭНМ): вариабельность сердечного ритма (ВСР), дисперсию интервала QT (QTd) и скорректированную дисперсию интервала QT (QTcd) у крыс.

Материал и методы. Моделирование ОНМК у крыс проводилось путем 2-х сторонней перевязки общих сонных артерий под общим обезболиванием путем внутривенного введения тиопентала натрия в дозе 25 мг/кг. Во II стандартном отведении проводилась запись 100 кардиоциклов, на основании которых, проводилась оценка ВСР, QTd и QTcd. Регистрация ЭКГ проводилась до перевязки, через 5, 30, 60 минут после перевязки сонных артерий. Оценивали динамику ВСР по следующим показателям: Mean, мс, SDNN, мс, SDSD, мс, RMSSD, мс, Mo, мс, AМо (%), ΔX, мс, ИВР, ИН, мс, ВПР, мс.

Результаты. У интактных животных за время наблюдения не выявлено изменений QTd и QTcd.

Через 5 минут после окклюзии сонных артерий у животных контрольной серии QTd и QTcd прогрессивно увеличивались и к 30, 60 минутам составили $11,0 \pm 1,0$ мс, $19,6 \pm 0,4$ мс, $40,0 \pm 2,7$ мс соответственно (273 и 315%) от исходных показателей ($p < 0,05$).

После двусторонней перевязки сонных артерий выявлено снижение интегральных показателей ВСР: SDNN снижалась к 5-й, 30-й и 60-й до $80,5 \pm 7,1\%$, $71,3 \pm 2,5\%$ и $70,1 \pm 12,2\%$ от исходных показателей ($p < 0,05$), что свидетельствует об усилении симпатической регуляции и подавлении активности автономного контура; SDSD к 30-й и 60-й минутам ишемии головного мозга уменьшилось на 24% и 33% ($p < 0,05$).

После перевязки и в течение 5 минут наблюдалось кратковременное напряжение парасимпатического отдела ВНС, о чем свидетельствовал рост ΔX до $124,7 \pm 9,5\%$ и снижение ВПР до $81,0 \pm 6,1\%$ от исходных показателей соответственно ($p < 0,05$). К 30-й минуте, напротив, наблюдалось снижение активности парасимпатического отдела ВНС, о чем свидетельствовало снижение RMSSD до $81,8 \pm 2,7\%$ и $77,7 \pm 8,0\%$ от исходных показателей ($p < 0,05$).

На фоне ОНМК выявлено прогрессирующее, уже с 5 минуты наблюдения и до окончания эксперимента, повышение активности симпатического отдела ВНС. Регистрировался рост AМо до $114,7 \pm 3,8\%$ и $118,8 \pm 2,8\%$ к 5-й и 60-й минуте после перевязки. Рост ИВР до $158,0 \pm 1,8\%$, $232,9 \pm 54,9\%$ и $189,6 \pm 32,6\%$ к 5-й, 30-й и 60-минутам наблюдения.

Выводы: при ОНМК наблюдается проявление ЭНМ в виде увеличения QTd и QTcd, снижение ВСР с углублением негативных изменений вегетативного статуса. Выявлены изменения в деятельности ВНС в виде повышения симпатических влияний на миокард при одновременном снижении парасимпатических.

133 ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Котляров А.А., Суроткина С.А., Селезнева Н.М., Смирнова Л.Э., Анашкин С.Г.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск. ФГАОУ ВПО «ИАТЭ НИЯУ «МИФИ», Обнинск, Россия

Цель: исследовать антиаритмическую активность верапамила, небиволола и этилметилгидроксипиридина сукцината (мексикора), а также комбинаций мексикора с верапамилом и небивололом у пациентов с вторичной легочной гипертензией.

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов с ХЛС в стадии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации в возрасте от 38 до 84 лет. Пациенты были распределены на шесть групп. Больные 1-й группы (n=25) получали базисную терапию, 2-й (n=15) — дополнительно к базисной терапии верапамил 120–240 мг/сут; пациенты 3-й группы (n=10) — небиволол в дозе 2,5–5 мг/сут; больные 4-й группы (n=25) — мексикор 300 мг/сут в/в; 5-й группы (n=15) — комбинацию верапамила 80–240 мг/сут и мексикора 300 мг/сут в/в; больные 6-й группы (n=10) — небиволол 2,5–5 мг/сут + мексикор 300 мг/сут в/в. Холтеровское мониторирование ЭКГ выполнялось при поступлении в стационар и через 10 дней лечения.

Результаты. По данным ХМ ЭКГ, достоверное изменение ЧСС было зафиксировано в 3-й и 4-й группах пациентов. На фоне небиволола ЧСС_{min} снизилась с 55 ± 3 до 46 ± 2 в минуту, ЧСС_{max} — со 142 ± 13 до 107 ± 8 в мин. При использовании мексикора ЧСС_{max} уменьшилась со 135 ± 4 до 120 ± 4 в минуту. Антиаритмическая активность установлена только при применении небиволола и мексикора. В 3-й группе снизилось количество одиночных наджелудочковых экстрасистол (НЖЭС) с 220 ± 80 до 45 ± 19 за сутки и количество парных желудочковых экстрасистол (ЖЭС). В 4-й группе количество одиночных НЖЭС снизилось с 406 ± 104 до 153 ± 47 , одиночных ЖЭС — со 183 ± 60 до 83 ± 41 за сутки.

У пациентов 1 группы выявлено отрицательное действие, проявившееся появлением или увеличением количества одиночных ЖЭС у 32% и парных ЖЭС у 13% больных. Верапамил и небиволол в использованных дозах не оказали защитного действия. Во 2 группе отрицательная динамика по одиночным ЖЭС проявилась у 29%, по парным ЖЭС у 33% пациентов, в 3 группе соответственно у 30 и 25%. Профилактический антиаритмический эффект мексикора был более выражен, только у 1 больного (10%) увеличилось количество одиночных ЖЭС и не зарегистрировано случаев «новых» аритмий.

У пациентов 5-й и 6-й групп на фоне лечения уменьшались минимальная, максимальная и среднесуточная ЧСС, что может быть проявлением снижения дыхательной и сердечной недостаточности. В 5-й группе снизилось количество одиночных НЖЭС с 750 ± 220 до 243 ± 118 за сутки и количество парных ЖЭС. В 6-й группе уменьшилось количество одиночных НЖЭС с 569 ± 116 до 297 ± 70 , одиночных ЖЭС — с 91 ± 29 до 30 ± 7 за сутки, а также в 6 раз уменьшилось число пароксизмов наджелудочковой тахикардии.

Вывод. Мексикор способен потенцировать антиаритмическую активность верапамила и небиволола, что может быть объяснено уменьшением метаболических нарушений в кардиомиоцитах и нормализацией электрофизиологических параметров сердца.

134 ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ, ОНКСТАТИН М И ИНТЕРЛЕЙКИН-6 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Кочубей О.А., Ковалева О.Н., Демиденко А.В., Ащеулова Т.В., Амбросова Т.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучение уровня онкостатина М, интерлейкина-6 (ИЛ-6) во взаимосвязи с параметрами липидного метаболизма у больных гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от наличия предиабета или сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материал и методы. Было обследовано 94 пациента в возрасте от 40 до 69 лет. Всем больным было проведено комплексное клиническое обследование с определением показателей углеводного и липидного обмена — глюкозы венозной крови натощак, пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ), гликозилированный гемоглобин, общий холестерин (ОХС), фракций липопротеидов, триглицериды (ТГ). Уровень онкостатина М и ИЛ-6 определялся иммуноферментным методом. Статистический анализ проводили методом непараметрической статистики. Результаты представлены в виде Me (Q_{25} – Q_{75}), где Me — медиана (50-й процентиль), Q_{25} и Q_{75} — 25-й и 75-й процентиля.

Результаты. Больные ГБ были разделены на 3 группы в зависимости от наличия нарушений углеводного обмена. В 1 группу вошли 30 больных (31,9%) ГХ без глюкометаболических нарушений. Во 2 группу включено 34 больных (36,2%) ГБ с предиабетом. 3 группу составили 30 больных (31,9%) ГБ с сопутствующим СД 2 типа. Пациенты 1 группы характеризовались следующим показателями липидного метаболизма: ОХС $5,67$ ($4,96$ – $7,11$) ммоль/л, ТГ $2,75$ ($2,56$ – $3,01$) ммоль/л, ХС ЛПВП $0,98$ ($0,83$ – $1,35$) ммоль/л, ХС ЛПНП $3,51$ ($2,77$ – $4,54$) ммоль/л, ХС ЛПОНП $1,25$ ($1,16$ – $1,36$) ммоль/л, коэффициент атерогенности (КА) $4,57$ ($3,86$ – $5,51$). Концентрации онкостатина М $28,42$ ($17,56$ – $42,77$) пкг/мл и ИЛ-6 $18,81$ ($13,14$ – $26,69$) пкг/мл достоверно отличались от показателей 2 и 3 групп ($p < 0,001$). Показатели липидного метаболизма пациентов 2 группы: ОХС $5,02$ ($4,63$ – $6,00$) ммоль/л, ТГ $2,48$ ($2,35$ – $2,88$) ммоль/л, ХС ЛПВП $1,14$ ($0,95$ – $1,35$) ммоль/л, ХС ЛПНП $3,15$ ($2,30$ – $3,77$) ммоль/л, ХС ЛПОНП $1,13$ ($1,07$ – $1,31$) ммоль/л, КА $4,26$ ($3,03$ – $4,88$). Концентрации онкостатина М $25,65$ ($17,65$ – $30,65$) пкг/мл и ИЛ-6 $13,94$ ($11,00$ – $16,94$) пкг/мл достоверно отличались от показателей 1 и 3 групп ($p < 0,001$). Показатели липидного метаболизма пациентов 3 группы: ОХС $4,81$ ($4,15$ – $5,28$) ммоль/л, ТГ $1,06$ ($0,72$ – $1,34$) ммоль/л, ХС ЛПВП $1,27$ ($1,16$ – $1,39$) ммоль/л, ХС ЛПНП $3,04$ ($2,55$ – $3,44$) ммоль/л, ХС ЛПОНП $0,48$ ($0,33$ – $0,61$) ммоль/л, КА $2,79$ ($2,40$ – $3,21$). Концентрации онкостатина М $10,45$ ($9,16$ – $11,34$) пкг/мл и ИЛ-6 $7,53$ ($6,93$ – $9,86$) пкг/мл достоверно отличались от показателей 1 и 2 групп ($p < 0,001$). Выявлены достоверные корреляционные связи между ИЛ-6 и ТГ ($R=0,433$; $p=0,021$), ИЛ-6 и ОХС ($R=0,697$; $p=3,81E-05$), ХС ЛПНП ($R=0,644$; $p=0,0002$), ХС ЛПОНП ($R=0,429$; $p=0,023$), КА ($R=0,402$; $p=0,038$) в группе больных ГБ с предиабетом. Установлены позитивные корреляционные связи между уровнем онкостатина М и уровнем ОХС ($R=0,719$; $p=1,65E-05$), ТГ ($R=0,380$; $p=0,046$), ХС ЛПНП ($R=0,719$; $p=1,65E-05$).

Выводы. Уровень онкостатина М и ИЛ-6 повышается у больных ГБ. Течение ГБ сопровождается дислипидемией, характеризующейся повышением уровня ОХС, ТГ, ХС ЛПНП и снижением уровня ХС ЛПВП. Обнаружены достоверные взаимосвязи между онкостатином М, ИЛ-6 и параметрами липидного метаболизма (ОХС, ТГ, ХС ЛПНП) у больных ГБ с предиабетом.

135 МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ МЕЛАНОМЕ

Краснолуцкий Н.А., Седых О.В., Короткова Л.М., Михайлин С.П., Чузунов М.Е.

МУЗ ГБ «Свободный сокол», Липецк, Россия

Приводим случай метастазирования меланомы в сердце после её резекции и химиотерапии. 26.08.2011 г. в приемный покой поступила больная А. 1961 г.р. по неотложным показаниям с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшей нагрузке, боли в области сердца, без связи с физической нагрузкой, кровохарканье, выраженную слабость. Из анамнеза: в апреле 2010 г. больная оперирована по поводу меланомы кожи спины. В последующем проведено 6 курсов химиотерапии, которые окончены в октябре 2010 г. В июле

2011 г. больная госпитализирована в кардиологическое отделение с диагнозом мелкоочагового острого инфаркта миокарда. Тогда же на ЭхоКГ определялся гидроперикард. При поступлении состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные. В верхне-грудных отделах позвоночника определяется послеоперационный рубец дл 20 см. с деформацией мягких тканей. ЧСС 110 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. ЭКГ — синусовая тахикардия слабое нарастание R в перегородочной области. Зубец —Т слабоотрицательный (2,3, AVF). Поставлен диагноз: ТЭЛА мелких и средних ветвей. 29.08.11 г. на ЭхоКГ выявлено образование правого предсердия обоих желудочков размерами 2–3 см. и гидроперикард. Несмотря на проводимое лечение, состояние больной ухудшалось, кровохарканье усиливалось, после выраженного кровотечения была проведена ФГС, где обнаружены множественные кратерообразные язвы желудка от 1 до 3 см. в диаметре. На биопсии обнаружены изъязвленные фрагменты слизистой желудка с разрастанием пигментной меланомы. В динамике на рентгенограмме легких от 16.09.11 г. диагностирована очаговая тень около 7 мм. в диаметре. 18.09.11 г. констатирована смерть пациентки. Клинический диагноз при направлении на патологоанатомическое исследование: Генерализованная меланома. Метастатическое поражение сердца, желудка, легких, перикарда. Желудочное кровотечение вторичная анемия, гидроперикард. Патологоанатомический диагноз: пигментная узловатая эпителиоподобная меланома кожи надлопаточной области слева. Осложнение: множественные метастазы пигментной меланомы в стенку желудка, в миокард, эндокард, в правый надпочечник, висцеральную плевру нижней доли левого легкого. Гидроперикард (объем жидкости 300 мл.). Состоявшееся кровотечение из изъязвленных узлов меланомы — геморрагическая жидкость в просвете толстого кишечника. В полости сердца найдены гладкие черноватые массы размером до 4х3 см., образующие гроздья, связанные с миокардом. Миокард плотный, на разрезе красно-коричневый, волокнистого вида, содержит множественные черные, мелкие, до 0,4 см. узелки, хорошо отграниченные от окружающей ткани.

Выводы. В данном случае имело место множественное поражение внутренних органов метастазами. Поражение сердца наиболее значимо для жизни больной. На секции в сердце множественные округлые образования. Первые проявления метастазирования проявились в июле 2011 г., когда был выставлен диагноз острого инфаркта миокарда. При наличии в анамнезе диагноза меланомы должна оставаться постоянная настороженность в отношении метастазирования. Результаты гистологического исследования. Сердце — метастазы пигментной меланомы в миокард, эндокард.

136 УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

Кратнов А.А., Бабунина Е.В., Кратнов А.Е., Добровская Т.Д., Виноградова О.И.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

На сегодняшний день выявлена взаимосвязь между уровнем мочевой кислоты и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Увеличение отдаленного сердечно-сосудистого риска отмечается также в случаях выраженного ожирения, которое расценивается как слабовыраженное воспаление, поскольку жировая ткань продуцирует провоспалительные цитокины и гемоаттрактанты.

Цель: изучение уровня мочевой кислоты и показателей внутриклеточного метаболизма нейтрофилов (НФ) у взрослых людей с ожирением без ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследовано 59 мужчин в возрасте от 29 до 64 лет (средний возраст $48,2 \pm 7,5$ года). Для исключения ишемической болезни сердца всем пациентам выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Для диагно-

стики степени ожирения рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Ожирение встречалось у 56 (94,9%) пациентов, из них у 12 (21,4%) выявлялось предожирение (ИМТ 25–29,9 кг/м²), у 28 (50%) — I степень ожирения (ИМТ 30–34,9 кг/м²), у 11 (19,6%) — II степень ожирения (ИМТ 35–39,9 кг/м²), у 5 (9%) пациентов — III степень ожирения (ИМТ ≥ 40 кг/м²). С целью изучения внутриклеточной метаболической активности НФ использовался спонтанный и стимулированный фитогемоглутинином тест восстановления нитросинего тетразолия, определение в фагоцитах активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, пероксида водорода. В сыворотке крови определяли уровень циркулирующих иммунных комплексов.

Результаты. При сравнительной характеристике показателей внутриклеточного метаболизма НФ в зависимости от степени ожирения выявлено, что у пациентов с ИМТ ≥ 35 кг/м² (ожирение II–III степени), по сравнению с остальными пациентами, наблюдалось достоверное повышение уровня С-реактивного белка ($2,5 \pm 0,7$ vs $1,3 \pm 0,5$ мг/л; $p=0,03$) на фоне снижения активности каталазы ($210,2 \pm 142,1$ vs $280,8 \pm 124,7$ мкат/л; $p=0,04$) в НФ. Выявленные изменения сопровождались повышением в крови уровня мочевой кислоты ($7,3 \pm 1,7$ vs $6,2 \pm 1,4$ мг/дл). Наименьшая активность каталазы в НФ ($100,1 \pm 76,5$ мкат/л) и наибольший уровень мочевой кислоты ($7,5 \pm 3,4$ мг/дл) выявлялся у пациентов с III степенью ожирения. Снижение активности каталазы в НФ при III степени ожирения, по сравнению с пациентами с I степенью, сопровождалось достоверным ростом содержания пероксида водорода в фагоцитах ($47,5 \pm 25,6$ vs $44,7 \pm 24,6$ ед. опт. пл.; $p=0,03$). Наряду со снижением каталазы, у пациентов с III степенью ожирения выявлялось также уменьшение активности глутатионредуктазы в НФ. У пациентов с ожирением II–III степени выявлялась обратная корреляция уровня мочевой кислоты с активностью каталазы ($r=-0,75$; $p=0,01$) и глутатионредуктазы ($r=-0,81$; $p=0,007$) в НФ.

Заключение. Выраженное ожирение сопровождается увеличением уровня мочевой кислоты и нарушениями внутриклеточного метаболизма НФ, проявляющимися в увеличении производства пероксида водорода на фоне снижения активности антиоксидантной защиты в клетках.

137 РИСК РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ФЕНОМЕНЕ НЕВОССТАНОВЛЕННОГО КРОВОТОКА «NO- REFLOW»

Крыжановская С.А., Матюшин Г.В., Протопопов А.В.

КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия

В настоящее время доказано, что применение эндоваскулярных методов лечения острого инфаркта миокарда (ОИМ) значительно улучшает прогноз столь грозного заболевания. В то же время актуальным остается вопрос развития феномена невосстановленного кровотока («no-reflow») и его негативного влияния на течение послеоперационного периода и отдаленного прогноза.

Цель: изучить факторы риска и частоту развития феномена невосстановленного кровотока («no-reflow»), а так же особенности изменений ЭКГ при развитии этого осложнения.

Материал и методы: всего обследовано 955 пациентов, госпитализированных в КГБУЗ ККБ с диагнозом острый инфаркт миокарда за 2010 год. Из них 865 пациентам было проведено эндоваскулярное вмешательство: коронарная ангиопластика и/или стентирование инфаркт — зависимой артерии. Оценка восстановления коронарного кровотока проводилась согласно руководству ESC (2008) по ведению больных инфарктом миокарда, ориентированная на ангиографические градации — TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction). Так как ближайший и отдаленный прогноз заболевания зависит от «терапевтического окна», у всех пациентов отслеживалось время от момента развития ангинозного статуса до момента реперфузии инфаркт — зависимой артерии. Вместе с этим проводился анализ ЭКГ — динамики у данных пациентов.

Результаты: из 865 пролеченных больных с диагнозом острый инфаркт миокарда полное восстановление коронарного кровотока в инфаркт — зависимой артерии ТІМІ—ІІІ получено у 686 больных, что составило 79,3%. Время «терапевтического окна» в данной группе $4,2 \pm 0,4$ часов. При оценке ЭКГ — динамики у пациентов данной группы по серии электрокардиограмм прослеживалась закономерная положительная динамика ОИМ. У 141 больного, что составило 16,3%, путем эндоваскулярной реперфузии миокарда достигнут кровотока ТІМІ—ІІ—І, время от возникновения ангинозных болей до восстановления кровотока в инфаркт — зависимой артерии в данной группе составило $7,9 \pm 0,8$ часов. При анализе ЭКГ в данной группе больных отмечалась замедленная положительная ЭКГ — динамика и/или ее отсутствие. В группу пациентов с невосстановленным коронарным кровотоком — ТІМІ-0 вошло 38 человек, что составило 4,4%. Период до реперфузии миокарда составил $10,2 \pm 0,6$ часов. При анализе ЭКГ — практически во всех случаях было выявлено отсутствие динамики, сохранение «застывшей» ЭКГ — картины.

Выводы: у больных с острым инфарктом миокарда отмечается стойкая зависимость развития феномена невосстановленного кровотока «no-reflow» от времени с момента начала заболевания до реперфузии инфаркт — зависимой артерии. В свою очередь данный феномен обуславливает замедление и/или отсутствие закономерной ЭКГ — динамики у больных с ОИМ.

138 ИССЛЕДОВАНИЕ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кузнецова Е. А., Адамчик А. С., Благодарова Ю. А., Крючкова И. В., Ионов А. Ю.
ГБОУ ВПО КубГМУ, Краснодар, Россия

Цель: дифференциальная диагностика ожирения и метаболического синдрома у мужчин молодого и среднего возраста посредством проведения сравнительного анализа показателей тестостерона, определенного различными методами.

Материал и методы: Проведено обследование 51 мужчины в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст $35,4 \pm 1,3$) с избыточной массой тела и ожирением (ИМТ $27-62$ кг/м²). Метаболический синдром диагностировался согласно рекомендациям Международной федерации диабета (2005 г.): окружность талии более 94 см плюс два или более из следующих четырех признаков: триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л, ЛПВП $\leq 1,03$ ммоль/л, повышенное артериальное давление (систолическое ≥ 130 мм рт.ст., диастолическое ≥ 85 мм рт.ст. или проведение антигипертензивной терапии), глюкоза плазмы натощак $\geq 5,6$ ммоль/л. Пациенты были разделены на 2 группы: с метаболическим синдромом — 35 мужчин (1 группа) и с ожирением без сформировавшегося метаболического синдрома — 16 мужчин (2 группа). В утренних образцах сыворотки определялось содержание общего тестостерона, сексостероид-связывающего глобулина (СССГ). Исследовалась концентрация свободного тестостерона в слюне. Образцы слюны собирались дважды (утром в 8.30 и вечером в 21.30). Содержание свободного тестостерона в крови определяли математическим методом по формуле, предложенной Vermeulen с помощью интернет-калькулятора. Статистический анализ проводился с использованием ППП Statistica 6.1 Windows, StatSoft, Inc. Достоверность различий определялась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты: средняя концентрация общего тестостерона в 1 группе составила 10 нмоль/л, во 2 группе — 12 нмоль/л ($p=0,038$), средняя концентрация свободного расчетного тестостерона в 1 группе — 222 пмоль/л, во 2 группе — 271 пмоль/л ($p=0,031$), среднее содержание тестостерона утренней слюны в 1 группе — 288 пмоль/л, во 2 группе — 360 пмоль/л ($p=0,01$), в вечерней слюне соответственно — 248 и 298 пмоль/л ($p=0,1$). Для исследования суточной динамики тестостерона сравнивались показатели утренней и вечерней слюны. В первой группе концентрация утреннего

и вечернего тестостерона достоверно не отличалась ($p=0,2$), во 2 группе различия более выражены ($p=0,06$).

Выводы: средняя концентрация общего тестостерона и свободного тестостерона, определенного в слюне и расчетным методом, у больных с метаболическим синдромом достоверно ниже, чем у пациентов без метаболического синдрома. Суточная динамика уровня тестостерона при наличии метаболического синдрома менее выражена, чем у пациентов с ожирением. Учитывая полученные данные, подчеркивается необходимость исследования уровня тестостерона в комплексной диагностике метаболического синдрома у мужчин с целью дальнейшей коррекции.

139 ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ВАРИАНТЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО НАПОЛНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кузьмин А. Г., Горбунов В. В., Бозатиков Е. В., Кошечкина О. Д.
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. Немало работ посвящено разным аспектам процесса ремоделирования ЛЖ и недостаточно внимания уделено вопросам взаимосвязи структурно-геометрических, функциональных изменений, взаимодействий левого и правого желудочков (ПЖ). В настоящее время, наряду с общепринятыми параметрами оценки глобальной диастолической функции ЛЖ и ПЖ используется тканевая доплерография латерального отдела фиброзного кольца митрального клапана (ФК_{МК}).

Цель: исследовать диастолическое наполнение желудочков сердца методом тканевой доплерографии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью III ФК.

Материал и методы. В исследование включено 223 пациента, средний возраст $60 \pm 8,7$ лет, перенесших Q инфаркт миокарда ЛЖ различной локализации, давностью от 6 месяцев до 1 года, имеющих признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) III ФК в соответствии классификацией (NYHA). Контрольную группу составили 30 условно здоровых людей, без клинических проявлений ИБС и ХСН. ЭхоКГ проведено по стандартной методике на ультразвуковом сканере Vivid 7 (GE). Рассчитывались фракция выброса (ФВ), в режиме импульсно-волнового доплера ЭхоКГ анализировали трансмитральный и транстрикуспидальный потоки, измеряли пики Е, А их соотношение Е/А, в режиме импульсно-волнового режима тканевого доплера измеряли диастолические скорости (Е', А') движения фиброзного кольца митрального и трикуспидального клапанов (ФК_{МК} и ФК_{ТК}) и их соотношение Е'/А'. Кроме того, анализировали соотношение Е/Е'_{МК} и Е/Е'_{ТК} левых и правых камер сердца.

Результаты. Снижение ФВ ЛЖ до 45% ассоциируется в 89% случаев с нарушением диастолического наполнения ЛЖ по промежуточному типу, которое характеризуется изменениями исследуемых соотношений в виде $E/A > 1,1$ и < 2 , $E'/A' < 1$, $E/E'_{МК} 10-15$. Диастолическое наполнение правого желудочка в 68% случаев изменяется по типу нарушения релаксации, которое характеризуется $E/A < 1$, $E'/A' < 1$, $E/E'_{ТК} < 15$. При снижении ФВ ЛЖ до 40% и менее в 95% случаев наблюдается нарушение диастолического наполнения ЛЖ по рестриктивному типу со свойственными изменениями исследуемых соотношений в виде $E/A > 2$, $E'/A' > 1,1$ и < 2 , $E/E'_{МК}$ более 18. Диастолическое наполнение правого желудочка в 89% случаев изменено по типу нарушения релаксации и характеризуется $E/A < 1$, $E'/A' < 1$, $E/E'_{ТК} < 15$.

Таким образом, у пациентов с Q инфарктом миокарда ЛЖ и ХСН III ФК снижение фракции выброса левого желудочка менее 40% ассоциируется с ухудшением диастолического наполнения левого и правого желудочков. Наполнение левого

желудочка происходит по рестриктивному типу, правого по типу нарушения релаксации. Для характеристики дезадаптивного нарушения диастолического наполнения ЛЖ и ПЖ можно применять следующие варианты соотношений: для ЛЖ $E/A > 2$, $E'/A' > 1,1$ и < 2 , $E/E'_{МК}$ более 18, для ПЖ $E/A < 1$, $E'/A' < 1$, $E/E'_{ТК} < 15$.

140 ВЛИЯНИЕ ГУМОРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курбанов Н. А., Давирова Ш. Ш.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Установлено, что маркером поражения миокарда являются антитела (АТ) к кардиомиозину, который вырабатывается в результате развития аутоиммунного процесса, важную роль в котором отводят провоспалительным цитокинам, в частности ФНО- α .

Цель: определить концентрацию антител к тканям миокарда и провоспалительных цитокинов в крови больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и изучить их взаимосвязь с тяжестью сердечной недостаточности (СН).

Материал и методы: было обследовано 30 пациентов в возрасте от 20 до 58 лет (ср. возраст $40,7 \pm 12,1$) с диагнозом ДКМП. II ФК ХСН был диагностирован у 7 (23,3%), III – у 16 (53,3%), IV ФК – у 7 (23,3%) пациентов. Всем больным был выполнен комплекс общепринятых исследований, методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови определяли концентрацию антител (АТ) к тканям миокарда и ФНО- α , а также проводили ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенкардиометрия с определением кардиоторакального индекса (КТИ). Оценка тяжести ХСН проводилась с использованием шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации Мареева, теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Контрольную группу составили 29 практически здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты. У пациентов ДКМП по сравнению с контрольной группой отмечено достоверное повышение титра АТ к тканям миокарда ($78,8 \pm 0,7$ против $12,7 \pm 2,4$; $p=0,000$) и провоспалительных цитокинов, т.е. ФНО- α ($6,7 \pm 0,7$ против $4,58 \pm 0,8$; $p=0,04$). Иммунологический мониторинг в зависимости от ФК СН выявил следующее: по сравнению с контрольной группой титр АТ к тканям миокарда у пациентов ДКМП со II ФК СН был выше $87,6\%$ ($100,3 \pm 12,7$; $p=0,04$), с III на $77,5\%$ ($56,5 \pm 7,7$; $p=0,000$), с IV на $69,3\%$ ($41,4 \pm 4,9$; $p=0,000$). При этом у пациентов со II ФК СН зарегистрирован самый высокий уровень АТ в крови, этот показатель у пациентов со II ФК СН превысил содержание АТ в крови у пациентов с III ФК СН на $45,4\%$ ($p=0,001$), а с IV на $60,1\%$ ($p=0,001$). Проводя анализ между концентрацией провоспалительных цитокинов в крови и тяжестью СН выявлено следующее, у пациентов ДКМП с IV ФК СН уровень ФНО- α на 43% ($7,9 \pm 1,1$ против $4,5 \pm 0,8$; $p=0,05$) превышал показатели контрольной группы, с III ФК концентрация данного цитокина превышала на 32% ($7,6 \pm 1,3$; $p=0,04$), со II ФК превышала на $26,2\%$ ($6,1 \pm 1,2$; $p=0,3$) показатели контрольной группы.

Выводы. У пациентов ДКМП отмечено повышение содержания антител к миокарду и ФНО- α , однако по мере прогрессирования СН титр антител к тканям миокарда в крови у больных ДКМП снижается. При этом более высокие функциональные классы ХСН характеризуются наибольшей концентрацией цитокинов и воспалительных маркеров.

141 ФИТНЕС ТРЕНЕРЫ – ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ГРУППА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

Кутузова А. Э., Калинина Е. А.

ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови, эндокринологии им. В.А. Алмазова», ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить особенности адаптации к профессиональным физическим нагрузкам фитнес тренеров.

Материал и методы. Были обследованы 51 фитнес тренер (ФТ) (25 мужчин и 26 женщин в возрасте 31 ± 8 лет) в прошлом спортсмены высокой квалификации (35% мастеров спорта/мастеров спорта международного класса). Профессиональные обязанности ФТ предполагают значительные физические и эмоциональные нагрузки на занятиях с клиентами (до 20 часов в неделю), а также самостоятельные (до 6 раз в неделю) спортивные тренировки. Было выполнено комплексное обследование с использованием психометрических методик оценки астении (FAS-10), механизмов адаптации (МЛО-АМ), аффективных расстройств (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS), копинг-поведения (опросник Хейма). Для исследования физической работоспособности применялся Текумзе степ-тест; уровень тренированности, физического и психического истощения респонденты оценивали с помощью 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Результаты. ФТ считали себя здоровыми людьми, регулярно у врачей не наблюдались, 46% не знали уровня своего артериального давления. По данным Текумзе-теста физическая работоспособность ФТ была оценена как «отличная» лишь у 50%, «очень хорошая» у 20%, «удовлетворительная» у 30% ФТ (тяжелотлетов, преимущественно). У 25,5% респондентов (FAS) регистрировались клинически выраженные астенические расстройства (чаще у женщин-ФТ групповых тренировок). 32% ФТ (из них 31% женщин) демонстрировали эмоциональную неустойчивость и низкую нервно-психическую адаптацию (МЛО-АМ). Несмотря на то, что аффективные нарушения у испытуемых не обнаруживались (HADS), тревога и депрессия были ассоциированы с уровнем астении ($r=0,5$, $p<0,05$). У астенизированных ФТ выраженность тревоги и депрессии оказалась выше ($p<0,01$), кроме того, они испытывали большее психическое и физическое истощение ($p<0,01$, ВАШ). Женщины-ФТ связывали субъективные ощущения психического истощения с количеством тренировок в неделю ($r=0,41$, $p<0,05$). Преобладающими механизмами копинг-поведения ФТ были относительно-конструктивные стратегии. Доминирующей эмоцией у ФТ оказался оптимизм, но 21,5% респондентов неконструктивно подавляли эмоции в себе.

Выводы. Не менее, чем у 25% фитнес тренеров, особенно женщин, занимающихся аэробными групповыми тренировками, выявляются астенические расстройства, ассоциированные с тревогой и депрессией, а также эмоциональная неустойчивость и низкая нервно-психическая адаптация, сопровождающиеся тенденцией к неконструктивному стилю поведения – игнорированию возникающих трудностей и подавлению эмоций в себе. Указанные признаки дезадаптации, скорее всего, являются следствием интенсивных профессиональных нагрузок фитнес-тренеров и могут рассматриваться как самостоятельный неблагоприятный фактор риска развития, в том числе, сердечно-сосудистой патологии. Т.о., необходимо признание данной физически активной популяции как нуждающейся в регулярном врачебном контроле.

142 ВЕРОЯТНЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кутузова А. Э., Моисеева О. М., Арбенина О. М.

ФБГУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», ГБОУ ВПО СПбГМУ им. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Влияние психического статуса пациентов на течение соматических заболеваний в последние годы является доказанным. Однако, значимость психологических особенностей у больных легочной артериальной гипертензией (ЛАГ) остается мало изученной.

Цель: оценка психического статуса, механизмов адаптации и качества жизни больных ЛАГ.

Материал и методы. Обследовано 23 больных (6 мужчин, 17 женщин) в возрасте $42 \pm 3,2$ года, страдающих ЛАГ (идиопатическая).

тической в 70% случаев, на фоне скорректированного врожденного порока сердца и системного заболевания соединительной ткани — в 30% случаев) III функционального класса (ВОЗ). Были выполнены: эхокардиографическое обследование, тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ), дополненный оценкой одышки по шкале Борга. Симптомы астении, напряженность механизмов психологической защиты, уровень депрессии и тревоги, качество жизни (КЖ) изучались с помощью методик FAS-10, Плутчика-Келлермана, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТД), опросника SF-36 соответственно. Также использовалась 10-балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ).

Результаты. При эхокардиографическом исследовании регистрировалось увеличение правых камер сердца и повышение систолического давления в легочной артерии ($82 \pm 5,9$ мм рт.ст.). За 6 минут нагрузочной пробы пациенты преодолевали до $389,9 \pm 18$ метров, испытывая при этом слабую одышку ($2,3 \pm 0,3$ балла). В соответствии с методикой ГШТД у исследуемых пациентов с ЛАГ аффективных расстройств обнаружено не было, однако уровень тревоги оказался связан с результатами ТШХ ($r = -0,58$; $p < 0,05$), а симптомы депрессии — с показателями астении ($r = 0,61$; $p < 0,03$). Испытываемые больными с ЛАГ ощущения усталости и физической слабости (ВАШ) также были ассоциированы с астенией (FAS-10, $r = 0,56$, $p < 0,01$). У исследуемых пациентов регистрировалось повышение напряженности механизмов психологической защиты. Базисными стратегиями разрешения стрессовой ситуации хронического жизнеугрожающего заболевания оказались: формирование социальных реакций, а также неэффективные и незрелые стратегии «отрицания», «вытеснения» и «регрессии», направленная на избегание чувства депрессии «компенсация». КЖ больных ЛАГ было оценено низким: пациенты указывали на постепенное ухудшение здоровья и менее всего были удовлетворены своим эмоциональным и физическим функционированием. Т.о., тяжелое соматическое заболевание, являясь источником хронического дистресса, провоцировало у больных с ЛАГ появление значительного психического дискомфорта, не только нарушающего адаптационные возможности пациентов, но и значительно ухудшающего качество их жизни.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о существенном вкладе нарушений психической адаптации в картину заболевания и качество жизни больных с легочной артериальной гипертензией, а также о необходимости внедрения специализированного психокорректирующего вмешательства и поведенческой психотерапии в программы их стандартного медикаментозного лечения.

143 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кучеренко О.Д., Брек В.В., Кучеренко Д.О.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить влияние убихинона, α -токоферола и аскорбиновой кислоты — на активность свободно-радикального перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и больных сахарным диабетом II типа (СД II).

Материал и методы. В динамике лечения антиоксидантами было обследовано 44 больных, среди которых 21 больной ИБС (1-я группа) и 23 больных ИБС и СД II (2-я группа). Все больные ИБС в прошлом перенесли инфаркт миокарда в сроки от 6 месяцев до 1,5 лет. Больные 2-й группы страдали СД II и находились на терапии метформином; СД был компенсирован. Активность ПОЛ определялась по методу T. Asakava и S. Matsusita, а перекисную резистентность определялась в % к гемолизу по методу О.Н. Воскресенского. α -Токоферол в капсулах назначали в дозе 400 МЕ в сутки,

аскорбиновую кислоту в дозе 500 мг в сутки и коэнзим Q₁₀ в дозе 180 мг в сутки. Продолжительность лечения составляла 12 недель.

Результаты. Лечение антиоксидантными препаратами сопровождалось значительным снижением активности процессов ПОЛ, которые изначально были более выражены у больных СД II. Терапевтические эффекты антиоксидантов у больных сопровождалось существенным снижением общего содержания продуктов ПОЛ в плазме крови (1-я группа до лечения — $89,6 \pm 9,21$ нмоль/мг белка, после лечения — $52,3 \pm 6,94$ нмоль/мг белка ($p < 0,05$); 2-я группа до лечения — $100,1 \pm 12,9$ нмоль/мг белка, после лечения — $64,9 \pm 8,4$ нмоль/мг белка ($p < 0,05$)), в эритроцитах (1-я группа до лечения — $433 \pm 52,7$ нмоль/мг белка, после лечения — $303,8 \pm 36,9$ нмоль/мг белка ($p < 0,05$); 2-я группа до лечения — $451,4 \pm 60,2$ нмоль/мг белка, после лечения — $298,7 \pm 38,4$ нмоль/мг белка ($p < 0,05$)) и увеличением перекисной резистентности эритроцитов (1-я группа до лечения — $64,52 \pm 5,53$ нмоль/мг белка, после лечения — $49,61 \pm 4,86$ нмоль/мг белка ($p < 0,05$); 2-я группа до лечения — $79,14 \pm 6,2$ нмоль/мг белка, после лечения — $61,1 \pm 5,4$ нмоль/мг белка ($p < 0,05$)). Эффекты антиоксидантных средств были одинаково выражены как у больных СД II, так и без него.

Выводы. Терапия антиоксидантами больных ИБС с СД II и без него сопровождается значимыми и сходными эффектами, о чем свидетельствует снижение активности продуктов ПОЛ и увеличение перекисной резистентности эритроцитов. Подобное лечебное действие может быть полезным в комплексной терапии больных ИБС как с нарушением углеводного обмена, так и без него.

144 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МИОКАРДА У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Губанова М.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить закономерности формирования структурно-функциональных нарушений у мужчин с первичной подагрой в зависимости от тяжести клинического течения и наличия артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Обследовано 175 мужчин, страдающих первичной подагрой. Диагноз подагры выставлен на основании критериев по Wallace, 1977. Всем пациентам проводилось общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось с помощью аппарата «ABPM-05» фирмы Meditech, Венгрия, с использованием программного обеспечения «Cardio Visions—1.10». Эхокардиографическое исследование проводилось по методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате «Logic 400». Для статистической обработки данных применялся пакет статистических программ Statistica 6,0.

Результаты. Среди обследованных мужчин у 117 больных была рецидивирующая стадия течения заболевания (1 группа), 58 мужчин имели хроническую стадию течения (2 группа). У пациентов с подагрой в 62% случаев регистрировалась диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ), частота которой не зависела от тяжести клинического течения заболевания. Установлено достаточно частое развитие АГ (в 57,7%) у больных первичной подагрой. У пациентов с хроническим течением заболевания преобладающими вариантами ремоделирования ЛЖ были концентрическая гипертрофия ЛЖ и концентрическое ремоделирование ЛЖ. В группе мужчин с рецидивирующим течением подагры нормальные показатели геометрии ЛЖ были у каждого четвертого пациента, концентрическая гипертрофия ЛЖ формировалась у 38,5% больных, практически каждый пятый мужчина имел эксцентрическую геометрию ЛЖ. Выявлено, что нарушения диастолической функции достаточно часто встречались у подавляющего большинства мужчин с концентрической и эксцентрической гипертро-

фиями ЛЖ и у 42,4% пациентов с концентрическим ремоделированием. Установлено, что у половины мужчин с АГ была выявлена концентрическая гипертрофия ЛЖ, у четверти больных — концентрическое ремоделирование ЛЖ, а у больных с нормальным АД чаще встречались концентрическая гипертрофия ЛЖ и нормальная геометрия ЛЖ. Несмотря на отсутствие АГ, у 70% мужчин выявлены нарушения архитектоники ЛЖ. Установлено, что частота развития ДД у пациентов с подагрой, страдающих АГ, возрастала в 2 раза по сравнению с больными, имеющими нормальный уровень АД.

Выводы. В зависимости от тяжести клинического течения подагры выявлены различные варианты архитектоники ЛЖ. Установлена взаимосвязь тяжести клинического течения подагры с особенностями ремоделирования ЛЖ и наличием ДД. Наличие АГ обуславливает более частое формирование гемодинамически невыгодной геометрической модели ЛЖ, такой как концентрическая гипертрофия. Нарушения архитектоники ЛЖ и его ДД выявлены также и у больных с нормальным уровнем АД. Нарушения диастолического наполнения ЛЖ взаимосвязаны с массой миокарда ЛЖ и геометрической моделью архитектоники ЛЖ.

145 ДИАГНОСТИКА РАННИХ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

Кушнаренко Н. Н., Стомба Е. С., Кушнаренко К. Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Вегето-сосудистая дистония (ВСД) — одно из наиболее распространенных функциональных заболеваний, которым страдают от 12 до 35% населения. В то же время, вегето-сосудистая дистония может способствовать развитию многих органических заболеваний и патологических состояний, чаще всего имеющих психосоматический компонент.

Цель: выявление ранних доклинических признаков ВСД у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 50 респондентов в возрасте от 18 до 35 лет. Состояние вегетативной нервной системы оценивалось на основании опросника Вейна А. М. У всех обследованных лиц не было выявлено явных клинических признаков ВСД. Вибрационную чувствительность определяли на аппарате MBN «Вибротестер» ВТ — 02—1 производства России. Исследование проводилось по 7 частотам: 8 Гц, 16 Гц, 32 Гц, 64 Гц, 125 Гц, 250 Гц, 500 Гц на правой и левой руках. Для статистической обработки данных применялся пакет статистических программ Excel 2007 г.

Результаты. Все больные по результатам исследования вибрационной чувствительности были разделены на 2 группы: 1 группу составили 29 (48%) респондентов, у которых порог вибрационной чувствительности был в пределах нормы. При изучении вибрационной чувствительности в 1 группе средние значения на исследуемых частотах составили: 8 Гц — $1,0 \pm 4,0$; 16 Гц — $0,8 \pm 3,0$; 32 Гц — $1,8 \pm 3,3$; 64 Гц — $0,9 \pm 3,9$; 125 Гц — $3,2 \pm 3,6$; 250 Гц — $2,1 \pm 6,3$; 500 Гц — $0,2 \pm 4,3$ и 8 Гц — $0,9 \pm 3,2$; 16 Гц — $0,03 \pm 3,8$; 32 Гц — $1,9 \pm 4,3$; 64 Гц — $2 \pm 1,4$; 125 Гц — $0,7 \pm 5,9$; 250 Гц — $0,8 \pm 5,9$; 500 Гц — $1,8 \pm 5,1$ (на правой и левой руках, соответственно). Установлено, что показатели порога вибрационной чувствительности у испытуемых 2 группы (21 (42%) респондент) были значительно снижены по сравнению с 1 группой: на правой руке на частотах 8 Гц — в 8,4 раза; 16 Гц — в 7,8 раза; 32 Гц — в 4,8 раза; 64 Гц — в 3,7 раза; 125 Гц — в 2 раза; 250 Гц — в 5,8 раз; 500 Гц — в 10 раз; на левой руке: на частотах 8 Гц — в 10 раз; 16 Гц — в 12 раз; 32 Гц — в 3,6 раз; 64 Гц — в 4,2 раза; 125 Гц — в 6,7 раз; 250 Гц — в 11 раз; 500 Гц — в 5,1 раз ($P < 0,01$).

Выводы:

1. При определении вибрационной чувствительности у лиц без явных клинических признаков ВСД в 42% случаев выявляются признаки вегетативной дисфункции.

2. Для диагностики ранних доклинических признаков ВСД у молодых людей рекомендуется определять вибрационную чувствительность.

3. Выявленные нарушения вибрационной чувствительности у здоровых лиц являются обоснованием для их дальнейшего углубленного обследования.

4. Выявление ранних доклинических признаков вегетативной дисфункции и своевременная коррекция лечения позволит предупредить переход функциональных нарушений в органические.

146 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ СИНТЕЗА ПРОСТАГЛАНДИНОВ И КИНИНОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КАРДИОТОНИКА ДОПАМИНА

Ландарь Л. Н., Кузьмин О. Б.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ, Оренбург, Россия

Цель: выяснить характер фармакодинамического взаимодействия в почках негликозидного кардиотоника допамина (допмина) с ингибиторами синтеза почечных простагландинов и кининов для оценки роли этих биологически активных веществ в механизме действия препарата на ионорегулирующую функцию почек.

Материал и методы. Работа выполнена на 40 наркотизированных крысах-самцах с катетеризированными задней полую веной и мочевым пузырем для введения растворов и сбора мочи. В ходе эксперимента на фоне постоянной в/в инфузии 0,9% раствора NaCl со скоростью 0,25 мл/мин из мочевого пузыря собирали 10-минутные порции мочи и в течение 1,5 ч оценивали динамику диуреза, экскреции электролитов, клиренса инулина, отражающего величину СКФ, и другие показатели ионорегулирующей функции почек. Дофаминомиметик допамин вводился животным п/к в дозе 1,0 мг/кг. Антагонист D-дофаминовых рецепторов галоперидол (1,0 мг/кг), ингибитор циклооксигеназы диклофенак-натрий (2,5 мг/кг) и ингибитор калликреина контрикал (6000 АТрЕ/кг) вводились крысам п/к за 20 мин до инъекции дофаминомиметика. Каждый опыт ставился на одном животном. Серия опытов включала 10 экспериментов. Полученные данные обработаны статистически с использованием стандартных методов вариационной статистики и критерия Т Вилкоксона для парных данных.

Результаты. Допамин вызывал у наркотизированных крыс характерную диуретическую реакцию, которая сопровождалась умеренным приростом СКФ до $207,3 \pm 3,82$ до $257,4 \pm 3,69$ мкл/мин/100 г ($p_T < 0,01$) и значительным увеличением потери электролитов с мочой. Диурез, натрийурез и выделение ионов калия с мочой спустя 1,5 ч наблюдения достоверно возросли соответственно в 2,22, 2,15 и 2,77 раза. Экскретируемая фракция натрия увеличилась при этом с $0,28 \pm 0,01\%$ до $0,48 \pm 0,02\%$ ($p_T < 0,01$), что прямо указывает на значительное угнетение реабсорбции этого иона в почечных канальцах. Предварительная блокада галоперидолом почечных D-дофаминовых рецепторов практически полностью устраняла реакцию почек крыс на исследуемый препарат. Предварительное назначение животным ингибитора циклооксигеназы диклофенака-натрия или ингибитора калликреина контрикала в дозах, подавляющих активность почечных тканевых простагландиновой и калликреин-кининовой систем, напротив, не препятствовало увеличению СКФ, достоверному приросту величины экскретируемой фракции натрия и формированию других почечных эффектов допамина.

Выводы. Кардиотоник допамин вызывает у крыс характерную реакцию почек в виде умеренного прироста СКФ, угнетения реабсорбции натрия, которые сопровождаются выраженным увеличением диуреза, натрийуреза и выделения с мочой ионов калия. Действие допамина на ионорегулирующую функцию почек крыс опосредуется возбуждением тканевых D-дофаминовых рецепторов, но не зависит от его влияния на синтез почечных простагландинов и кининов.

147 СРАВНЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Латик И. А., Алексеев Д. В.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: изучение сравнительной информативности 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.

Материал и методы: 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 ($50 \pm 8\%$), а ИНЛС ($1,2 \pm 0,2$) и структурно-функциональный индекс ($1,2 \pm 0,3$) — меньше, чем у пациентов с неблагоприятным течением заболевания — $39 \pm 9\%$, $1,5 \pm 0,2$ и $1,8 \pm 0,6$, 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.

148 ФАКТОРЫ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Ларина В. Н., Барт Б. Я.

ГББУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель. Выявить факторы декомпенсации ХСН и связанных с ней госпитализаций у пожилых больных, наблюдающихся в поликлинических условиях.

Материал и методы. В исследование было включено 248 больных (163 М, 85 Ж) от 60 до 85 лет с ХСН II–IV ФК по NYHA в результате ИБС или артериальной гипертензии.

Всем больным проводили клинико-лабораторное обследование, ЭхоКГ, оценивалось качество жизни, тревожно-депрессивный статус, приверженность к лечению с помощью опросника для оценки приверженности больных ХСН элементам самоконтроля. Больные получали медикаментозную терапию согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН. Наблюдение осуществляли в сроки от 1 года до 8 лет (в среднем 2,4 года).

Результаты. За период наблюдения было госпитализировано 191 (77%) больных. Ведущими причинами госпитализаций были декомпенсация ХСН, острый инфаркт миокарда и обострение ИБС. Среди этих больных преобладали мужчины ($p = 0,006$). III–IV ФК ХСН ($p < 0,001$), нарушенная функция почек ($p = 0,006$) и сниженная фракция выброса левого желудочка ($p < 0,001$) встречались у них чаще, чем у больных, которым не требовалась госпитализация. Больные двух групп были сопоставимы по возрасту ($p = 0,363$) и не отличались характером проводимой медикаментозной терапии. Факторами риска госпитализации пожилых больных с ХСН по данным однофакторного регрессионного анализа оказались III–IV ФК по NYHA ($p < 0,001$, ОШ 4,0, 95% ДИ 1,93–8,33), ФВ ЛЖ ($p < 0,001$, ОШ 0,17, 95% ДИ 0,08–0,36), гемоглобин < 12 г/л ($p = 0,003$, ОШ 0,15, 95% ДИ 0,04–0,52), СКФ < 60 мл/мин ($p = 0,013$, ОШ 0,44, 95% ДИ 0,23–0,84), отсутствие семьи ($p = 0,028$, ОШ 0,31, 95% ДИ 1,07–1,82) и низкая приверженность к лечению ($p = 0,006$, ОШ 0,71, 95% ДИ 0,55–0,91). Согласно результатам многофакторного регрессионного анализа предикторами госпитализации пожилых больных с ХСН явились высокий ФК ХСН ($p < 0,001$, ОШ 2,56, 95% ДИ 1,78–3,68) и низкая приверженность к лечению ($p < 0,001$, ОШ 1,86, 95% ДИ 1,33–2,6), которая выявлялась у 42,5% пожилых больных с ХСН. Факторами риска её развития были нетяжелое течение ХСН ($p = 0,016$, ОШ 0,36, 95% ДИ 0,16–0,83), сохранённая ФВ ЛЖ ($p = 0,034$, ОШ 2,06, 95% ДИ 1,06–4,03), наличие тревожного статуса ($p = 0,023$, ОШ 1,17, 95% ДИ 1,02–1,35) и недостаточное образование больного ($p = 0,004$, ОШ 3,02, 95% ДИ 1,43–6,38). Независимо связанными с низкой приверженностью к лечению пожилых больных ХСН по данным многофакторного анализа оказались сохранённая ФВ ЛЖ ($p = 0,014$, ОШ 2,14, 95% ДИ 1,17–3,9), лёгкое течение ХСН ($p = 0,001$, ОШ 3,36, ДИ 95% 1,92–5,88) и недостаточное образование больного ($p = 0,007$, ОШ 2,36, 95% ДИ 1,27–4,36).

Заключение. Для снижения частоты госпитализаций пожилых больных с ХСН необходимо своевременное выявление и комплексное лечение на поликлиническом этапе тех из них у кого имеется низкая ФВ ЛЖ, III–IV ФК, сниженная функция почек, анемический синдром и низкая приверженность к лечению. Низкая приверженность к лечению наряду с тяжёлым течением ХСН играют решающую роль в декомпенсации заболевания и связанной с ней госпитализаций пожилых больных.

149 ВОЗМОЖНОСТИ ИМПУЛЬСНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

Латинов Ш. Л., Элтаназаров М. Д., Самадов Ш. Х., Навджуванов И. М.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

В последние годы изучение трансмиталяного кровотока (ТК) является основой оценки диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ). При полных атриовентрикулярных блокадах (ПАВБ) могут формироваться различные типы кровенаполнения ЛЖ в зависимости от скорости притока систолы предсердий и регулярности ее образования в сердечном цикле значение которых вполне способно влиять на тактику медикаментозного лечения, а также на выбор оптимального режима электрокардиостимуляции (ЭКС).

Цель: оценка трансмитрального кровотока и регулярности образования систолы предсердий у больных с ПАВБ ишемического генеза для оценки типов диастолической дисфункции ЛЖ.

Материал и методы. Обследовано 104 больных, страдающих ИБС (61 женщина, 43 мужчины) в возрасте от 46 до 92 лет (в среднем, $75,4 \pm 1,2$ г.). 21 больной в анамнезе перенес инфаркт миокарда, у 32 больных имела место стенокардия напряжения II–III функционального класса, у 51 больного был диагностирован атеросклеротический кардиосклероз. У 26 больных имела проксимальная ПАВБ ($QRS \leq 0,10 \pm 0,02$ мс), у 78 больных – дистальная ($QRS \geq 0,12 \pm 0,03$ мс). Давность блокады колебалась от одного месяца до трех лет.

Трансмитральный кровоток оценивали с помощью эхокардиографии в импульсном режиме. Измеряли скорости кровотока в фазе быстрого наполнения (VE см/с) и в фазе систолы предсердий (VA см/с). Рассчитывали соотношение пиковых скоростей (VE/VA ед) и время замедления ТК (DT мс).

Результаты. На фоне ПАВБ регистрировались три типа ТК. Монофазный ТК, наиболее характерный для дистальных ПАВБ, был выявлен у 34 больных. Кровенаполнение ЛЖ в таких случаях осуществлялось преимущественно в фазе VE, в связи с незначительной величиной кровотока в фазу VA и частым совпадением предсердной систолы с фазой VE. Это приводило к увеличению скорости кровотока в фазе VE и удлинению DT ≥ 220 мс.

Второй тип кровотока был зарегистрирован у 31 больного и напоминал замедленную релаксацию. Фазы VE и VA были четко видны, однако кровенаполнение осуществлялось преимущественно в фазе VA, поскольку предсердный кровоток превышал кровоток в фазе VE. Соотношение E/A составляло $\leq 0,8$ ед, а удлинение DT ≥ 240 мс.

Третий тип кровотока был выявлен у 39 больных и обозначен нами как «псевдонормальный» в связи с тем, что кровенаполнение в фазах VE и VA осуществлялось равномерно, однако скорость кровотока в фазе VA была увеличена. Удлинение DT при данном кровотоке было менее выраженным (≈ 220 мс). Соотношение пиковых скоростей колебалось от 1,0 до 1,5 ед.

В целом, кровоток в фазе быстрого наполнения в 70,2% случаев оказался ускорен, при этом увеличивалось и время замедления трансмитрального кровотока. У 71 больного (68,2%) была зафиксирована фаза активного наполнения (систолы предсердий) ускоренного характера, при этом соотношение пиковых скоростей E/A составило $\geq 1,0$ ед.

Выводы. На фоне ПАВБ возможны три типа трансмитрального кровотока: монофазный, тип замедленной релаксации и «псевдонормальный». При проксимальных блокадах наблюдаются все три основных типа, тогда как для дистальных блокад характерен монофазный тип. На характер трансмитрального кровотока влияют частота желудочковых сокращений и уровень АВ–блокады.

150 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДСЕРДНЫХ И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ НА ОСНОВЕ НЕИНВАЗИВНОГО ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОГО КАРТИРОВАНИЯ СЕРДЦА

Лебедев Д. С., Трешкур Т. В., Чмелевский М. П., Зубарев С. В. ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время анализ ЭКГ в 12 стандартных отведениях является основным способом диагностики и изучения аритмий. Однако эти отведения не отражают в полной мере всю информацию об электрической активности сердца и не позволяют выявить электрофизиологические процессы в определенных участках миокарда. Новые возможности открывает вычислительная реконструкция эпикардиальных и эндокардиальных электрограмм на истинной анатомиче-

ской модели сердца по данным многоканальной регистрации ЭКГ (240 отведений) с поверхности тела. Методика основана на решении обратной задачи электрокардиографии в форме потенциалов. В качестве анатомического шаблона используется трехмерная компьютерная модель сердца, полученная методом объемной реконструкции данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с внутривенным контрастированием сердца.

Цель: дооперационная топическая диагностика предсердных (ПТА) и желудочковых тахикардий (ЖТА) с помощью неинвазивного вычислительного картирования сердца.

Материал и методы. Обследовано 32 пациентов с ЖТА и 5 с ПТА, средний возраст которых 43 ± 12 лет. Мужчины/женщины – 20/17. У всех больных были определены показания к радиочастотной катетерной абляции (РЧА). Для топической предоперационной диагностики выполнялось неинвазивное вычислительное картирование с использованием комплекса «Амикард 01 С» (Москва). 24 пациентам выполнена РЧА тахикардии. При этом в 20 случаях использовано электроанатомическое картирование Carto (Biosense-Webster, J&J, США), из них в 8-х с применением программного модуля Carto Merge и данных МСКТ, выполненной при неинвазивном картировании.

Результаты. При построении изоинтегральных карт на эпи/эндокардиальных моделях сердца определена зона ранней активации и визуализирован характер распространения волны возбуждения. При сопоставлении данных неинвазивного и интраоперационного картирования выявлено точное совпадение зон ранней активации в 20 случаях и расхождение локализации в пределах 10 мм в 4 случаях (различные локализации эктопического очага в выводном отделе ПЖ). Подробный анализ эндокардиальных и эпикардиальных изопотенциальных карт, полученных на основе неинвазивного картирования, позволил в 12 случаях предположить эпи/эндокардиальное расположение эктопического очага. При анализе 4 случаев расхождения результатов выявлено плохое качество исходных данных МСКТ с контрастированием сердца.

Выводы. Проведение неинвазивного вычислительного картирования позволяет значительно повысить точность предоперационной топической диагностики ЖТА и ПТА и предположить эпи/эндокардиальное расположение эктопического очага. Сопоставление данных неинвазивного и интраоперационного картирования требуют дальнейших исследований: совмещение активационных карт и сопоставление эндокардиальных электрограмм.

151 ВОЗМОЖНОСТИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Лебедь В. Г., Королева Е. Б., Востокова А. А.

МЛПУ Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить не электрокардиографические показатели велоэргометрической пробы в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС).

Материал и методы. Проведено обследование 18 пациентов, военнослужащих по контракту, на момент включения в исследование все они были здоровы. Средний возраст в изучаемой группе составил 27,5 ($24; 31$) лет, среди исследуемых преобладали мужчины 14 (77,8%), курение регистрировалось в 6 (33,3%) случаях, отягощенная наследственность – в 10 (55,5%) случаях. Физическая нагрузка в группе достигала 90 ($60; 120$) мин. в неделю, кратность 2 ($1; 3$) занятий в неделю. Обследование пациентов включало проведение стресс-пробы с физической нагрузкой лежа на велоэргометре «Siemens-Elema» 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). В нашем исследовании у всех пациентов проба была завершена в связи с достижением субмаксимальной ЧСС. При каждой регистрации стресс-теста оценивались: мощность нагрузки (вт), метаболический эквивалент (МЕТ), двойное произведение (усл.ед.), хронотропный резерв (%).

Результаты: во время нагрузочной пробы в исследуемой группе регистрировалась высокая толерантность к физической нагрузке, общая мощность достигнутой нагрузки составила 175 (175;200) вт. Метаболический эквивалент, отражающий интенсивность работы по уровню потребления кислорода в минуту, зарегистрирован до 10,0 (9,0;10,1) МЕТ. Хронотропный резерв, отражающий изменение хронотропной функции сердца на нагрузку в исследуемой группе составил 98,0 (94;103)%. Двойное произведение (ДП) наиболее полно коррелирует с потреблением кислорода и прямо пропорционально величине систолического напряжения миокарда, характеризует интенсивность сократительной функции сердца. В группе в/с этот показатель достиг 277 (250;298) усл.ед. Нами проведен корреляционный анализ связи ДП и показателей интенсивности физических тренировок. Выявлена прямая статистически значимая корреляция умеренной силы ДП с интенсивностью физических тренировок ($r=0,35$, $p=0,001$).

Выводы. Не электрокардиографические показатели велоэргометрической пробы характеризуют хроно- и инотропную функции сердца и могут помочь в объективизации оценки уровня функционального состояния кардиореспираторной системы.

152 ОЦЕНКА РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ВО ВРЕМЯ СТРЕСС-ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Лебедь В. Г., Королева Е. Б., Востокова А. А.

МЛПУ Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель: Изучить динамику показателей вариабельности ритма сердца на 3-х этапах стресс-теста с физической нагрузкой у военнослужащих по контракту.

Материал и методы. Проведено обследование 18 пациентов, военнослужащих по контракту, на момент включения в исследование все они были здоровы. Средний возраст в изучаемой группе составил 27,5 (24;31) лет, среди исследуемых преобладали мужчины 14 (77,8%), курение регистрировалось в 6 (33,3%) случаях, отягощенная наследственность — в 10 (55,5%) случаях. Физическая нагрузка в группе достигала 90 (60;120) мин. в неделю, кратность 2 (1;3) занятий в неделю. 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). В нашем исследовании у всех пациентов проба была завершена в связи с достижением субмаксимальной ЧСС. При каждой регистрации стресс-теста оценивались спектральные показатели ВРС: мощность высокочастотных волн HF (ms^2) и мощность высокочастотных волн в нормализованных единицах HFn; мощность низкочастотных волн LF (ms^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 (I этап), сразу перед пиком максимальной нагрузки (II этап) и во время восстановительного периода (III этап), начиная с 30 секунды.

Результаты. Наиболее высокие значения показателей, характеризующих симпатическую (LF — $82,7 ms^2$ (50,0;97,9) и вагусную (HF — $29,9 ms^2$ (14,7;49,0) компоненты регистрировались на I этапе стресс-пробы, при увеличении нагрузки наблюдается снижение значения LF до $31,1 ms^2$ (20,2;63,0), в том числе и за счет уменьшения общей мощности спектра,

HF при этом статистически значимо не меняется — $27,7 ms^2$ (8,2;41,2), при $P_{I,II}=0,02$. Третий этап пробы характеризовался некоторым снижением симпатовагальной активности, но без статистической значимости ($P_{II,III}=0,68$ $P_{II,III}=0,06$, соответственно). Анализ динамики относительных спектральных показателей ВРС у военнослужащих по контракту в ходе стресс-теста с физической нагрузкой выявил превалирование симпатической активности на всех трех этапах стресс-пробы. На максимуме нагрузки наблюдалось уравнивание показателей HF и LF с небольшим преобладанием последнего. Начало восстановительного периода характеризуется возращением вегетативного баланса к уровню I этапа, при $P_{I,III}=0,53$. Нами проведен корреляционный анализ спектральных показателей ВРС и двойного произведения, выявлена прямая статистически значимая корреляция умеренной силы ДП с LF ($r=0,47$, $p=0,04$) и с VLF ($r=0,50$, $p=0,03$).

Выводы. Уровень активности парасимпатической и симпатической вегетативной нервной системы меняется в ходе нагрузочной пробы, исследование ВРС позволяет оценить соответствие текущего функционального состояния и адаптационных резервов предъявляемой нагрузке.

153 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИО-РЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Левицкая Е. С., Батюшин М. М., Терентьев В. П., Дюжиков А. А., Железняк Н. Л., Кудрявцева Н. Ю.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития России, ГБУ РО «РОКБ» ЦК и ССХ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Исследование влияния кардио-ренальных взаимоотношений на вероятность развития рецидива стенокардии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после операции по восстановлению интракоронарного кровотока.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 90 пациентов с наличием ИБС и показаниями к восстановлению интракоронарного кровотока, из них 10 больных — женщины, 90 пациентов — мужчины. Для достижения поставленной цели у всех больных производился расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до реваскуляризации миокарда и в позднем послеоперационном периоде ($6,27 \pm 0,04$), а также прироста СКФ. На основании первичной медицинской документации производился учет пациентов с наличием реваскуляризации миокарда в анамнезе. Вычисление СКФ производилось по формуле Кокрофта-Голта. В позднем послеоперационном периоде оценивали наличие рецидива стенокардии на основании теста 6-минутной ходьбы.

Результаты. По результатам проведенного исследования стало известно, что количество больных с наличием рецидива стенокардии составило 42 пациента. При анализе полученных данных установлено, что 7 пациентам ранее было выполнено стентирование коронарных артерий. Показатель СКФ, определенный до реваскуляризации миокарда находился в пределах $90,2 \pm 2,2$ мл/мин, в позднем периоде — $91,09 \pm 2,8$ мл/мин. Прирост СКФ составил $0,92 \pm 1,8$ мл/мин. Из всех исследуемых факторов риска установлено достоверное влияние на вероятность развития рецидива стенокардии прироста СКФ (χ -критерий — 5,23, $p=0,02$). При приросте СКФ на 20 мл/мин, вероятность развития рецидива стенокардии снижается на 15,5%, а при уменьшении данного показателя на 20 мл/мин риск развития послеоперационной стенокардии увеличивается на 13%. Кроме того, выявлено достоверное влияние на вероятность развития рецидива стенокардии прироста СКФ при условии наличия стентирования коронарных артерий в анамнезе (χ -критерий — 6,13, $p=0,05$). Установлено, что при приросте СКФ на 75 мл/мин у больных перенесших стентирование артерий сердца до включения в исследование, вероятность развития рецидива стенокардии составляет 30%, а при уменьшении СКФ на 26,6 мл/мин от исходного значения — увеличивается до 90%.

Заключение. В рамках проведенного исследования, установлена роль почечного фактора риска – СКФ, как маркера прогрессирования ИБС в позднем периоде после восстановления коронарного кровотока. Показана роль взаимного потенцирующего влияния кардио-ренальных взаимоотношений на тяжесть сердечно-сосудистого прогноза у больных хронической ИБС. Учитывая полученные данные, контроль и ранняя коррекция величины СКФ в период после восстановления интракоронарного кровотока, особенно в группе пациентов с отягощенным анамнезом коронарных вмешательств, снижает вероятность развития рецидива стенокардии.

154 ПОЭТАПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лещенко И. Ж.¹, Воробьева Е. Н.²

КГБУЗ Диагностический центр Алтайского края¹; ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Миздравсоцразвития России², Барнаул, Россия

Цель: разработка поэтапной системы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы: оценка факторов риска ССЗ путем анкетирования, опроса, антропометрии, лабораторных, клинических и функциональных методов. Поэтапно обследуются пациенты в рамках дополнительной диспансеризации, лица группы риска по развитию преждевременных осложнений ССЗ (сочетание 2 и > факторов риска), с выраженной и/или наследственной гиперхолестеринемией, высоким риском по результатам МСКТ и др.

Результаты: с учетом требований Всероссийского научного общества кардиологов о важности проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) для раннего выявления атеросклеротического поражения сосудов у лиц трудоспособного возраста была создана компьютерная программа «Расчёт сердечно-сосудистого риска (CORONARY RISK DCAK)» (2011, № 2012619875), которая интегрирует сведения о наличии всех имеющихся факторах риска (ФР) ССЗ и показателей МСКТ. После обязательного этапа скрининга ФР ССЗ проводится расчет фатального риска ССЗ – SCORE. При наличии величины риска SCORE $\geq 5\%$ пациентам назначается исследование современных показателей риска осложнений ССЗ (высококочувствительный СРБ, Апо А1, Апо В и др.), дополнительные инструментальные методы обследования, консультации различных специалистов и рекомендуются не- и медикаментозные методы профилактики с последующим мониторингом, при необходимости оказывается высокотехнологичная помощь в лечебно-профилактических учреждениях края. При оценке полученных данных выявлено, что в среднем 15% обследованных нуждаются в агрессивных методах профилактических вмешательств.

Выводы. Результаты свидетельствуют, что разработанная система специализированной службы поэтапного и комплексного выявления факторов риска ССЗ, определения коронарного риска, интеграции и преемственности действий врачей различных специальностей по диагностическим и превентивным мерам позволяет направленно и эффективно назначить рекомендации по первичной (вторичной) профилактике ССЗ в виде модификации двигательного, пищевого и поведенческого режимов, медикаментозной терапии, а также активно привлечь население к решению проблем, связанных с сохранением здоровья.

155 ФОРМИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ГОРНОРАБОЧИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ

Липатова Л. В.

ФБУН Федеральный научный центр гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана, Москва, Россия

Известно, что современные условия труда горнорабочих в горнодобывающей промышленности характеризуются интенсивным шумом и вибрацией, высокой запыленностью, неблагоприятным микроклиматом, уровни которых часто превышают гигиенические нормативы. Влияние производственных факторов на формирование хронической патологии среди горнорабочих определило ведущее место в ней болезней сердечно-сосудистой системы.

Цель: определить особенности формирования сердечно-сосудистой патологии у горнорабочих.

Материал и методы. Проведено обследование 100 рабочих горнодобывающей промышленности. В зависимости от условий труда было выделено две группы: 1 группа – рабочие основных профессий горнодобывающих предприятий (машинисты экскаваторов, помощники машинистов экскаваторов, машинисты буровых станков, бурильщики, машинисты погрузочно-доставочных машин), 2 группа – рабочие вспомогательных профессий, в меньшей степени подвергающихся воздействию неблагоприятных производственных факторов (подземные электрослесари, электромонтеры и электрослесари открытых горных разработок). Всем обследуемым проводились электрокардиография, эхокардиография, анализ липидного спектра. Подсчитывался уровень сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.

Результаты. При анализе частоты встречаемости метаболических изменений, выявляемых при проведении ЭКГ, отмечено преобладание метаболических нарушений в миокарде левого желудочка у обследованных 1 группы (28,7% и 15,5% соответственно, $\chi^2=6,13$; $p=0,001$).

При изучении показателей эхокардиографии средние значения показателей, характеризующих размеры сердца составляли: в 1 группе – ЛП $3,7 \pm 0,5$ см, КДР ЛЖ $5,3 \pm 0,6$ см, КСР ЛЖ $3,4 \pm 0,4$ см, ТЗСЛЖ $1,1 \pm 0,2$ см, ТМЖП $1,3 \pm 0,3$ см, ПЖ $2,9 \pm 0,5$ см; во 2 группе показатели имели следующие значения: ЛП $3,6 \pm 0,4$ см, КДР ЛЖ $5,0 \pm 0,4$ см, КСР ЛЖ $3,2 \pm 0,3$ см, ТЗСЛЖ $1,0 \pm 0,2$ см, ТМЖП $1,2 \pm 0,2$ см, ПЖ $2,7 \pm 0,3$ см, соответственно. Сократительная способность миокарда была не изменена, средние значения фракция выброса левого желудочка составляла в 1 и 2 группах $62,7 \pm 4,2\%$ и $63,6 \pm 3,2\%$ соответственно.

По данным лабораторной диагностики выявлены различия в уровнях липидного спектра. Более высокие средние показатели общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности свидетельствовали о более выраженном нарушении липидного обмена и раннем развитии атеросклероза у лиц, подвергающихся воздействию факторов производственной среды. При анализе уровня сердечно-сосудистого риска, рассчитанного по шкале SCORE выявлен повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у обследованных 1 группы $6,7 \pm 0,6\%$, во 2 группе он был ниже 5% и составлял $4,6 \pm 0,4\%$.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о формировании более значительных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы среди рабочих ведущих отраслей горнодобывающей промышленности, чем у рабочих вспомогательных профессий.

156 ИЗУЧЕНИЕ АПОПТОЗА КЛЕТОК МИОКАРДА У ОВАРИОЭКТОМИРОВАННЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Лискова Ю. В.¹, Саликова С. П.²

ГБОУ ВПО ОрГМА Минздравсоцразвития России¹, Оренбург; ФГБ ВОУ ВПО ВМА им. С. М. Кирова Минобороны России², Санкт-Петербург, Россия

Цель: установить особенности апоптоза и структурно-функциональных изменений в миокарде овариоэктомизированных крыс в условиях экспериментальной хронической сердечной недостаточности (ЭХСН).

Материал и методы. Исследование проводилось на 15 белых беспородных овариозэктомированных лабораторных крысах-самках массой 180–230 г. ЭХСН моделировали путем подкожного введения в течение 14 дней 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим их плаванием до глубокого утомления. 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 с помощью: светооптических, иммуноцитохимических (выявление caspasa-3 и Bcl-2, DAKO, USA) и морфометрических методов исследования.

Результаты. В условиях гипозэстрогении в миокарде крыс отмечались реорганизация мышечных и немышечных элементов миокарда. Наблюдались выраженный гетероморфизм кардиомиоцитов (КМЦ), смещение их ядер на периферию, участки с интерстициальным отеком. Обнаруживались участки с признаками дистрофии, пересокращения и выраженного повреждения КМЦ. При ЭХСН в миокарде крыс отмечалось увеличение диаметра КМЦ и их ядер в 2 раза с дальнейшим нарастанием степени гипертрофии сердечных миоцитов и их ядер (увеличение диаметра клеток и их ядер в 3 раза) через 2 недели после окончания моделирования ЭХСН. Ядерно-цитоплазматическое отношение при этом практически достоверно не изменялось по сравнению с контролем. В миокарде овариозэктомированных крыс с ЭХСН регистрировались КМЦ и немышечные клетки с явлениями апоптоза (по критериям оценки экспрессии caspasa-3). Наблюдалась тенденция к увеличению количества Cas-позитивных КМЦ в миокарде овариозэктомированных крыс через 14 сут после моделирования ЭХСН. При иммуноцитохимическом исследовании антиапоптотического белка Bcl-2 также регистрировались иммунопозитивные КМЦ (по критериям оценки экспрессии Bcl-2) в миокарде овариозэктомированных крыс до и после моделирования ЭХСН. Важное значение имеет соотношение про- и антиапоптотических маркеров программируемой клеточной смерти, как фактор структурного гомеостаза миокарда. В нашем исследовании у крыс в условиях гипозэстрогении с ЭХСН, отмечалась тенденция к истощению антиапоптотических механизмов в поздние сроки после завершения эксперимента, что может свидетельствовать о возможности индукции процессов апоптоза КМЦ.

Выводы. Дефицит половых гормонов оказывает значимое влияние на клеточный гомеостаз миокарда, являясь фактором усугубления структурных изменений его мышечных и немышечных элементов в условиях ЭХСН. Апоптоз КМЦ является одним из существенных звеньев нарушения тканевого гомеостаза миокарда при ЭХСН у крыс с гипозэстрогенией.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект № 11–04–97000_p_поволжье_a).

157 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АССОЦИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Литвинова Т. А., Шабанова О. А., Болотнова Т. В.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Тюмень, Россия

В настоящее время актуальной проблемой современной клиники внутренних болезней является полиморбидность. Анализ данных литературы свидетельствует о высокой частоте сочетания ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) у больных пожилого возраста.

Цель: изучение клинических особенностей течения ИБС и АГ у пациентов пожилого возраста в сравнении с больными зрелого возраста.

Материал и методы. Обследовано две группы больных: пациенты пожилого возраста с ИБС в ассоциации с АГ в количестве 20 человек и пациенты зрелого возраста с анало-

гичной сочетанной патологией (20 человек). Методы исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование АД и ЭКГ, биохимические исследования крови (общий белок, креатинин, сахар, общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, АСТ, АЛТ), коагулограмма. С целью анализа особенностей гипоксического синдрома у обследованных пациентов было проведено изучение кислотно-основного состава крови (рН, ВВ, ВЕ, рО₂, рСО₂).

Результаты. На основании проведенных исследований были выявлены следующие закономерности течения коморбидной патологии (ИБС и АГ). У пожилых больных с ИБС в 25–30% случаев встречаются атипичные и безболевого формы стенокардии напряжения, в то время как в группе пациентов зрелого возраста с ИБС в 95% случаев приступ стенокардии сопровождался типичными ангинозными болями в прекардиальной области. В ходе анализа полученных данных суточного мониторирования АД у пожилых больных с ИБС и АГ, выявлены особенности в виде утреннего подъема АД. При сравнении величины и скорости подъема АД в течение шести утренних часов (3 часа до подъема и 3 часа после), у пациентов старше 60 лет внезапный скачок АД регистрируется значительно чаще, чем у больных зрелого возраста. При анализе клинических особенностей, течение АГ было бессимптомным в одинаковом проценте случаев – 20% в обеих возрастных группах. У больных пожилого возраста с АГ отмечается высокая частота атеросклеротического поражения сосудов головного мозга, что позволяет закономерно предположить, что пациенты данной группы более чувствительны к чрезмерному снижению АД во время сна и ночной гипотонии. Больные пожилого возраста с таким изменением суточного профиля АД (т.е. степень ночного снижения АД > 20%) имеют больший риск развития как симптомных, так и немых повреждений головного мозга.

Таким образом, выявлены особенности течения сочетанной патологии ИБС и АГ у больных пожилого возраста, характеризующиеся атипичной клинической картиной, бессимптомным течением, частыми осложнениями, подъемами АД в утренние часы, что необходимо учитывать в практике работы врачей-терапевтов, кардиологов и семейных врачей.

158 ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Любченко И. С., Андреев Д. А., Долецкий А. А.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность оптимальной медикаментозной терапии у больных рефрактерной стенокардией (РС).

Материал и методы. Больных в исследование отбирали на основании результатов коронароангиографии и решения ангио- и кардиохирургов о невозможности выполнения реваскуляризации миокарда либо несогласия на операцию самого пациента. При выписке из кардиологического стационара оценивали медикаментозную терапию, а затем оптимизировали ее согласно общепризнанным рекомендациям по лечению стабильной стенокардии. До и после оптимизации антиангинальной терапии оценивали тяжесть стенокардии с помощью стандартного дневника. Выполняли нагрузочную пробу с газоанализом выдыхаемого воздуха (эргоспирометрию). Также оценивали качество жизни (КЖ) с помощью опросника Seattle Angina Questionnaire (SAQ).

Результаты. В исследование включено 34 пациента (23 мужчины и 11 женщин, средний возраст 66,6±15,7 лет) со стенокардией при невозможности выполнения реваскуляризации миокарда. У всех пациентов III ФК стенокардии. До включения в исследование 33 пациента принимали бета-адреноблокаторы (ББ): 25 больных – бисопролол в средней дозе 6,25±3,9 мг/сут, карведилол (n=6) – 16,7±7,2 мг/сут, атенолол (n=2) – 75±35,4 мг/с. 25 пациентов принимали нитраты в среднесуточной дозе 48,6±26,1 мг/сут. Антагонисты кальция (АК) были назначены 8 пациентам в дозе 6,6±2,7 мг/сут. 2 пациента не принимали статины.

Антиагрегантную терапию получали 100% больных. Оптимизация терапии проводилась 34 (100%) пациентам и заключалась в назначении всем пациентам ББ, увеличении средней суточной дозы бисопролола ($n=32$) до $8,1 \pm 4,0$ мг/сут, карведилола ($n=2$) до $62,5 \pm 17,7$ мг/сут. У 4 пациентов высокие дозы ББ не приводили к достижению целевых цифр ЧСС, в связи с этим к терапии ББ назначен ивабрадин в дозе $6,9 \pm 1,3$ мг/сут. Нитраты получали 32 пациента, и их доза составила $65,0 \pm 34,1$ мг/сут. 26 пациентов получали АК в дозе $6,25 \pm 2,0$ мг/сут. Гиполипидемическую терапию получали все пациенты и доза статинов составляла $21,36 \pm 10,4$ мг/сут. Таким образом, на фоне оптимальной медикаментозной терапии отмечалось снижение ЧСС покоя с $68,2 \pm 8,2$ до $59,0 \pm 1,9$ уд/мин ($p < 0,001$), что приводило к достоверному снижению количества приступов стенокардии с $10,1 \pm 7,8$ до $4,6 \pm 3,3$ в неделю ($p < 0,0001$) и использования доз нитроглицерина короткого действия с $9,6 \pm 8,3$ до $3,4 \pm 2,9$ ($p = 0,0003$) в неделю. При оценке эффективности оптимизации терапии с помощью эргоспирометрии наблюдалось увеличение времени нагрузочного теста с $197,7 \pm 65,4$ до $250,2 \pm 78,2$ сек ($p < 0,001$), однако $VO_2\text{peak}$ практически не изменялся ($13,6 \pm 3,9$ и $14,0 \pm 4,2$ мл/кг/мин, соответственно). При оценке КЖ отмечалось улучшение показателей по ряду шкал: ограничение физических нагрузок (с $42,8 \pm 18,4$ до $45,8 \pm 19,2\%$, $p = 0,4$); стабильности приступов (с $51,4 \pm 27,8$ до $72,4 \pm 26,2\%$, $p = 0,02$); частоты приступов (с $38,9 \pm 29,1$ до $62,6 \pm 25,6\%$, $p < 0,001$); удовлетворенность лечением (с $59,5 \pm 17,0$ до $72,2 \pm 15,6\%$, $p = 0,002$); отношению к болезни (с $37,5 \pm 19,2$ до $48,7 \pm 17,6\%$, $p = 0,03$).

Выводы. Дополнительная оптимизация антиангинальной терапии у больных РС позволяет значительно уменьшить частоту ангинозных приступов, улучшить толерантность к физическим нагрузкам и повысить качество жизни.

159 РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ВЫБОРЕ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лямина Н. П., Разборова И. Б., Котельникова Е. В., Носенко А. Н., Липчанская Т. П., Карпова Э. С.

ФГБУ «СарНИИК» Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

При выборе медицинских программ реабилитации в современных условиях необходимо учитывать социальные факторы, доступность мероприятий физической реабилитации населению и влияние длительных физических тренировок (ФТ) на качество жизни (КЖ) пациентов.

Цель: провести анализ влияния программ длительных физических тренировок (ФТ), включающих различные методики, на показатели КЖ пациентов с учетом их социально — экономического статуса.

Материал и методы. В исследование включено 98 больных ИБС мужского пола в возрасте от 45 до 64 лет, из них 62 перенесли инфаркт миокарда и 89 выполнено ЧКВ. Больные не имели противопоказаний к назначению длительных ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты случайным образом были рандомизированы в 3 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 (патент RU № 2440085 C1 от 20.01.2012). Исходно и через 9 месяцев выполнения ФТ всем пациентам проводилось клиническое обследование. Для оценки социальных показателей использовался опросник ВОЗКЖ-100 (WHO — QL — 100), классификация Т. И. Заславской.

Результаты. При ранжировании по классификации социальной структуры общества Т. И. Заславской 4% пациентов отнесены к среднему слою (лица, занятые в мелком бизнесе

и руководители среднего звена), 90% пациентов отнесены к базовому слою (представлен лицами, занятыми исполнительским трудом, преимущественно в государственном секторе экономики, работающими пенсионерами) и 6% — к нижнему слою (неработающие пенсионеры, инвалиды). При исходной оценке показателей КЖ не выявлено достоверных различий в группах. Через 9 мес. ФТ отмечено изменение КЖ: повышение его показателей физической сферы РН на 13,8% в группе I и на 13,37% — в группе III. Положительная динамика зарегистрирована в других сферах жизнедеятельности пациентов: в психологической PS, сфере независимости LI, сфере социальных взаимоотношений SR и отношений с окружающей средой EN (отмечен рост показателя F19 — удовлетворенность и доступность медицинской и социальной помощи, F18 — удовлетворенность финансами, F21 — удовлетворенность возможностью отдыха и развлечений). Вырос показатель духовной сферы F24 в I группе — на 30%, в группе III — на 24,6%. В группе II, осуществляющей ФТ ходьбой статистически значимого прироста указанных показателей не зарегистрировано.

Таким образом, применение ФТ ходьбой с утяжелением способствует значимому повышению КЖ независимо от социально — экономического статуса и доступно во всех социальных группах населения.

160 КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Лямина Н. П., Носенко А. Н., Разборова И. Б., Орликова О. В., Котельникова Е. В., Карпова Э. С.

ФГБУ «Саратовский НИИ кардиологии» Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Цель: изучение кардиопротективного эффекта длительных контролируемых физических тренировок (КФТ) умеренной интенсивности у больных ИБС с диастолической дисфункцией (ДД), перенесших чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование включены 60 больных ИБС мужского пола, средний возраст $52,4 \pm 1,05$ лет, перенесшие ЧКВ, с $ФВ \geq 50\%$, и нарушением диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) по релаксационному типу. I группу составили 32 больных ИБС, включенных в программу физической реабилитации с применением КФТ умеренной интенсивности (60% от индивидуальной пороговой) на тредмиле, не реже 3-х раз в неделю, в течение 9 мес. II группу составили 28 больных ИБС, находившихся на амбулаторном наблюдении, и не выполнявших КФТ. Больные обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию и рекомендации по коррекции образа жизни. Исходно, через 6 и 9 мес. проводились клиническое обследование, оценка толерантности к физической нагрузке (ТФН), мониторинг показателей ДФ с помощью импульсного доплеровского исследования трансмитрального кровотока и тканевого доплеровского исследования диастолического подъема основания ЛЖ, оценка ДФ проводилась с учетом реваскуляризации миокарда.

Результаты. В I группе к 6-му мес. наблюдения ТФН увеличилась на 29% у больных с полной реваскуляризацией и на 15% у больных с неполной реваскуляризацией миокарда, а к 9 мес. уже на 34% у больных с полной реваскуляризацией и на 27% у больных с неполной реваскуляризацией. При анализе показателей ДФ к 6-му мес. позитивные изменения выявлены у 15,6% с полной реваскуляризацией миокарда. У больных с неполной реваскуляризацией, значимый кардиопротективный эффект (12,5%) наступил в более длительные сроки — через 9 мес. КФТ. Позитивные изменения характеризовались нормализацией E/A , увеличением E'_{lat} , E'_{med} , уменьшением $ВПР$, E/E'_{lat} , E/E'_{med} . Во II группе ТФН через 6 мес. была в 2 раза меньше — как у больных с полной реваскуляризацией, так и у больных с неполной реваскуляризацией, а к 9 мес.

ТФН оставалась на прежнем уровне. Во II группе улучшение ДФ отмечено только у больных с полной реваскуляризацией миокарда: через 6 мес. у 7,1% и у 10,7% через 9 мес. наблюдения, а у 3,5% через 9 мес. была выявлена отрицательная динамика ДФ, с переходом релаксационного типа в псевдонормальный и утяжелением ФК ХСН.

Заключение. Включение в комплекс реабилитационных мероприятий больным ИБС, перенесшим ЧКВ и имеющим ДД ишемического генеза, длительных КФТ умеренной интенсивности способствует формированию кардиопротективного эффекта.

161 ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ВЗАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Мавлонов Б. Н., Олимов Н. Х., Азимов С. Д., Мусоев И. И.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить степень нарушений экстракардиальной регуляции (ЭКР) сердечного ритма и выявить связь с внезапной смертью у больных в постинфарктном периоде.

Материал и методы. В основу использованной диагностической методики была положена 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), (Вак Р), поддерживаемые медленными аperiodическими вариациями параметров системы, имеющей фрактальную структуру определенного типа. В организации работы сердца эту функцию выполняют ультранизкочастотные (УНЧ) флюктуации кардиоинтервала, которые физиологически обусловлены влиянием центральных уровней экстракардиальной регуляции.

Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Выделение последовательности R-R и последующую обработку данных проводили цифровым методом *on line* по специальной методике (Музалевская Н. И., Урицкий В. М., 1998). Обследовано 110 больных с перенесенным инфарктом миокарда, средний возраст 68 ± 9 лет, из них 70 мужчин и 40 женщин.

Результаты. Сопоставление параметров β -степени интеграции связей экстракардиальной регуляции (ЭКР) и δ_{R-R} тонуса стохастической регуляции (уровень синусовой аритмии), как интегративных показателей стохастической регуляции в послепостинфарктном периоде позволило выявить, по нашим данным определенную категорию больных с повышенным риском срыва регуляции, то есть, с наибольшей вероятностью рецидивов инфаркта миокарда, и в том числе внезапной смерти.

Снижение эффективности ЭКР ($\beta < 1$) и резкое снижение тонуса стохастической регуляции (δ) по нашим данным, способно привести к срыву регуляции и увеличению вероятности реинфарктирования и внезапной смерти у этих больных. Анализ группы больных, как и прогнозировалось, показал, что у 17,2% ($n=19$) больных в течение 2–6 месяцев после перенесенного острого инфаркта миокарда зарегистрирована внезапная смерть. По нашим данным, при снижении системных связей ЭКР ($\beta < 1$) и тонуса стохастической регуляции (δ) назначение бета-адреноблокаторов снижает риск развития внезапной смерти больных в постинфарктном периоде.

Выводы. Таким образом, контроль вышеуказанных параметров позволяет заранее диагностировать снижение устойчивости регуляции сердечного ритма и позволяет выделить группу пациентов с наибольшей вероятностью риска развития внезапной смерти в постинфарктном периоде, что дает возможность выбора эффективной терапии.

162 ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Мавлонов Б. Н., Олимов Н. Х., Азимов С. Х., Мусоев И. И.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: выявить связь с развитием летального исхода у больных с перенесенным инфарктом миокарда, осложнившимся недостаточностью кровообращения на основе нарушений экстракардиальной регуляции (ЭКР) и вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Материал и методы. Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала по специальной разработанной компьютерной методике и его спектральный анализ.

Вариаций кардиоинтервала (β) проводились в диапазоне $4,0 \times 10^3 \dots 4,0 \times 10^4$ Гц (ультранизкие частоты), характеризующие степень интеграции системных связей, формирующих ЭКР со стороны ЦНС, ВСР и относительные значения (%) спектра мощности S в низкочастотном и высокочастотном диапазоне. Исследования были проведены у 75 больных (средний возраст 31 ± 7 лет, мужчины – 50, женщины – 25) в постинфарктном периоде, течение болезни которых осложнилось недостаточностью кровообращения II и III ст (NYHA).

Результаты. 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 была равна $0,22 \pm 0,08$ отн.ед., свидетельствуя об устойчивом и достоверном снижении ($\beta < 1$) влияния ЭКР по сравнению со второй группой. Снижение ВСР до $\delta = 0,16 \pm 0,04$ мс наблюдаемое у больных первой группы в свою очередь, также считается возможным фактором развития аритмий и внезапной смерти. По сдвигу вегетативного баланса у всех больных первой группы наблюдалась симпатическая гиперактивация.

Вторая группа больных включала 50 человек (66,6%) и характеризовалась тем, что $\beta = 1,10 \pm 0,16$ отн.ед. и $\delta = 68 \pm 0,15$ мс и была наиболее близка к значениям нормы, достоверно отличаясь от первой группы ($p < 0,05$). По величинам вегетативного баланса чаще всего преобладала нормотоническая регуляция. Сопоставление параметров β – степени интеграции связей ЭКР и δ – ВСР, как интегративных показателей регуляции сердечного ритма у больных с перенесенным инфарктом миокарда позволило выявить 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 показал, что из 25 пациентов первой группы в 16% случаев летальный исход ($n=4$) наблюдался в течение 3–6 месяцев. Необходимо отметить, что во второй группе показатель интеграции ЭКР и ВСР был близок к норме и случаи летального исхода не были зафиксированы.

Заключение Контроль вышеуказанных параметров может позволить выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития летального исхода в постинфарктном периоде и выбрать для них эффективную терапию.

163 ОЦЕНКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Малкова М. И., Булашова О. В.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

Информация о предстоящей хирургической операции является сильным воздействием на общее состояние человека, которое условно обозначается как предоперационный

стресс, проявляющийся активацией симпатической нервной системы (СНС).

Цель: изучение активности СНС у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и острым холециститом в предоперационном периоде методом определения адренореактивности организма по величине β -адренорецепции мембран эритроцитов (β -АРМ) с использованием стандартного диагностического набора реактивов («АГАТ Мед» Москва).

Исследование величины β -АРМ проводилось у 81 больного (19 мужчин и 62 женщины) с ССЗ и острым холециститом, поступивших в клинику по неотложным хирургическим показаниям. Средний возраст $69,2 \pm 8,8$ лет. Группу сравнения составили 20 больных (5 мужчин и 15 женщин) острым холециститом без признаков кардиальной патологии, средний возраст $65,9 \pm 9,3$ лет. В структуре кардиальной патологии основной группы преобладала гипертоническая болезнь (ГБ) — у 91,4% пациентов.

Результаты. Были выявлены достоверно более высокие, чем в группе сравнения, значения показателя β -АРМ ($37,3 \pm 2,8$ усл.ед. и $21,3 \pm 3,1$ усл.ед. соответственно, $p < 0,05$), что свидетельствовало о наличии у пациентов с ССЗ повышенного тонуса СНС и демонстрировало гиперadrenergическое состояние организма. Определение β -АРМ показало, что у 24,3% больных ГБ наблюдался нормальный уровень адренореактивности — 2–20 усл.ед., у 39,2% — сниженный (20–40 усл.ед.) и у 36,5% — низкий (более 40 усл.ед.) уровень β -АРМ, что может свидетельствовать об гиперadrenergическом варианте развития болезни. Выявлена тенденция повышения показателя β -АРМ (в усл.ед.) с нарастанием тяжести течения (стадий) гипертонической болезни ($r = 0,149$; $p < 0,000001$). Среднее значение β -АРМ у мужчин с ГБ составило — $27,0 \pm 3,7$ усл.ед., у женщин — $36,0 \pm 2,1$ усл.ед. ($p < 0,05$). Для изучения гендерно-возрастных особенностей β -АРМ больные ГБ были дополнительно стратифицированы по полу в возрастные подвыборки 50–59, 60–69 и старше 70 лет. Оказалось, что минимальные среднегрупповые величины показателей β -адренореактивности были у мужчин в возрасте 50–59 ($22,5 \pm 2,6$ усл.ед.), в то время как у женщин этого возраста значения β -АРМ достигали $32,0 \pm 5,2$ усл.ед. ($p < 0,05$). Максимальная средняя величина β -АРМ наблюдалась у женщин старше 70 лет ($38,7 \pm 2,9$ усл.ед.). Также в исследуемых подгруппах у мужчин в возрасте 60–69 лет средние показатели β -АРМ не превышали $27,5 \pm 3,5$ усл.ед., у женщин — $35,6 \pm 5,3$ усл.ед. ($p < 0,05$). У больных старше 70 лет средние показатели β -АРМ у мужчин и женщин практически выравнивались ($32,8 \pm 2,0$ усл.ед. и $38,7 \pm 4,2$ усл.ед., соответственно).

Выводы. У больных с показаниями к операции по поводу острого холецистита β -адренореактивность существенно снижается. Уровень β -АРМ выше у женщин чем у мужчин ($p < 0,05$). Наибольшие средние величины β -АРМ наблюдались у мужчин и женщин в возрасте старше 70 лет. Выявлена тенденция к снижению адренореактивности мембран клеток по мере прогрессирования течения ГБ ($r = 0,149$; $p < 0,000001$).

164 ФИНЛЯНДИЯ И КАРЕЛИЯ: СМЕЖНЫЕ ТЕРРИТОРИИ, РАЗНЫЕ МУТАЦИИ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Мандельштам М. Ю., Комарова Т. Ю., Головина А. С., Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю., Липовецкий Б. М., Серебренникова М. П., Константинов В. О., Васильев В. Б.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины» СЗО РАМН, Санкт-Петербург; ФГБОУ ВПО Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск; ФГБУН Институт мозга РАН, Петербург, ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И. И. Мечникова» Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: характеристика мутационного спектра в гене рецептора липопротеинов низкой плотности (ЛНП) у больных семейной гиперхолестеринемией (СГ) из числа жителей города Петрозаводска.

Материал и методы. Материалом для исследования послужила коллекция ДНК от 80 больных с клиническим диагнозом СГ из числа жителей г. Петрозаводска и других городов Карелии. Для поиска мутации FH-Helsinki использовали аллель-специфичную ПЦР, для поиска других мутаций — метод анализа конформационного полиморфизма однонитевых фрагментов ДНК (SSCP-анализ), выполненный на автоматическом гелевом секвенаторе ДНК «ALFExpress2» («Amersham Biosciences»).

Результаты. Мы ожидали обнаружить с высокой частотой в Карелии мутацию FH North Karelia (FsE287: V348X, с.925–931del7, альтернативное название по современной номенклатуре FsE308: V369X) мажорную в Финляндии в целом и преобладающую на востоке этой страны на границе с русской Карелией. Однако вариант FH North Karelia был найден с одинаковой низкой частотой (1:80) как в Карельской популяции, так и среди жителей Санкт-Петербурга. Помимо мутации FH North Karelia у жителей г. Петрозаводска было выявлено четыре новых мутации в гене рецептора ЛНП, а именно: с.618T>G (AGT>AGG; S185R или, по новой номенклатуре S206R) в 3' части четвертого экзона гена, гетерозиготная инсерция одного нуклеотида с.195_196insT (FsV45: D108X или, по новой номенклатуре, FsV66: D129X) в третьем экзоне гена, и сложная перестройка с.192del10/ins8 (Fs S44: D108X или, по современной номенклатуре Fs S65: D129X) также в третьем экзоне гена рецептора ЛНП. В 3'концевой части гена выявлена лишь одна гетерозиготная делеция в 15 экзоне, обозначенная как с.2191delG (Fs V710: V715X или по современной номенклатуре FsV731: V736X). Три из четырех обнаруженных новых мутаций приводят к сдвигу рамки считывания и преждевременной термации трансляции и, как предсказывает анализ последовательности, к образованию рецептора без трансмембранного домена, неспособного связывать и интернализировать лиганд. Эти данные указывают на большое разнообразие мутаций гена рецептора ЛНП в русской Карелии и отсутствие выраженного эффекта основателя. Как в Санкт-Петербурге, так и в Петрозаводске мутация R3500Q в гене АРОВ, являющаяся частой причиной семейной гиперхолестеринемии в странах Европы, обнаружена не была. Настоящее исследование было проведено при поддержке гранта РФФИ № 10–04–00563 а.

165 ВОЗМОЖНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Марданов Б. У., Каримов А. К., Абуллаев Т. А., Бекбулатова Р. Ш.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение клинко-гемодинамической эффективности препарата Кокарнит на фоне базисной терапии у больных с ишемической (ИКМП) и идиопатической дилатационной кардиомиопатиями (ДКМП), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Включено 50 больных ХСН с гипотонией, которые анализировались в двух: I ($n=30$, 11/19 ИКМП/ДКМП, $49,6 \pm 3,4$ года; САД $100,2 \pm 2,7$ ммHg) и II (контрольная, $n=20$, 8/12 ИКМП/ДКМП, $47,8 \pm 2,9$ лет; САД $100,7 \pm 2,4$ ммHg) группах. Пациенты I группы в дополнение к препаратам базисной терапии ХСН получали внутримышечные инъекции Кокарнита 1 раз в сутки. II группа — находилась исключительно на стандартной терапии. Длительность терапии/наблюдения составила 10 суток.

Результаты. По результатам исследования отмечено значимое улучшение состояния больных обеих групп. Позитивная динамика клинических признаков проявлялась достоверной регрессией общего количества баллов по ШОКС на 57% и 56%, соответственно (оба $p < 0,05$). Обращает на себя внимание динамика САД, как показателя состояния гемодинамики больных. В группе больных на дополнительных инъекциях Кокарнита по итогам стационарного лечения отмечено достоверное увеличение данного показателя на 8,1% ($p < 0,05$), при

тенденция к приросту во второй. При этом, анализа средних доз препаратов стандартной терапии и динамики титрования, в первую очередь нейрогуморальных модуляторов, выявил некоторые особенности. Так, в I группе средние дозы ингибиторов АПФ к моменту выписки пациента в среднем на 32% превышали стартовые (с $2,8 \pm 0,26$ до $3,7 \pm 0,25$ мг/сут), лозартана — на 45% (с $12,5 \pm 1,1$ до $18,1 \pm 1,2$ мг/сут; оба $p < 0,05$). У 5 больных II группы возникала необходимость назначения кортикостероидов (30 мг преднизолона) с прессорной целью ввиду снижения АД, в том числе «прикрытия» инфузий вазодилататоров. Данное дополнение терапии в группе больных на кокарните имело место в 2 случаях ($\chi^2 = 2,0$, $p = 0,15$). Анализ параметров эхокардиоскопического исследования показал более ощутимое уменьшение КСО ЛЖ больных I группы, сопровождавшееся приростом ФВЛЖ на $10,7\Delta\%$, недостоверного характера, в то же время в 1,7 раз превышая динамику такового в группе сравнения.

Помимо сказанного, нами также изучалась динамика биохимических параметров, в первую очередь, отражающих функцию печени. По итогам стационарного курса терапии в целом по группам отмечена некоторая тенденция к улучшению биохимических параметров. При этом, у больных I группы данные изменения оказались более выраженными. А именно, средние значения общего билирубина снизились на 21% ($p = 0,11$), в то время как в группе сравнения позитивная динамика данного показателя составила 11% ($p = 0,54$). Необходимо отметить, что данная динамика параметров отслеживалась при практическом отсутствии терапии прямыми гепатопротекторами.

Таким образом, применение Кокарнита в комплексной терапии больных ХСН с гипотонией способствует предупреждению её прогрессирования, создавая условия для назначения нейрогуморальных модуляторов в терапевтических дозах. Сказанное также сопровождалось улучшением отдельных биохимических показателей в краткосрочном периоде.

166 ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ О СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ

Марцевич С. Ю., Селиванова Г. Б. *, Хелия Т. Г., Дроздова Л. Ю., Лукина Ю. В., Воронина В. П.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздравсоцразвития России, Москва; Кафедра общей терапии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России*, Москва, Россия

Цель: изучить информированность врачей первичного звена здравоохранения о современных клинических рекомендациях (КР), а также их мнение о проблемах несоблюдения КР в реальной клинической практике.

Материал и методы. В течение 2010 г в г. Москве проведено добровольное анонимное анкетирование в режиме интерактивного голосования врачей терапевтических специальностей 18 поликлиник (8 ведомственных и 10 городских). В опросе принял участие 281 врач: 59%-терапевты, 12%-кардиологи, 29%-врачи других специальностей. Отклик составил около 70% от запланированного. По стажу работы подавляющее большинство участников опроса были врачи со стажем работы более 15 лет.

Разработанные опросники состояли из 10 вопросов с 5–6 вариантами ответов и включали следующие разделы:

1. Характеристику трудовой деятельности (стаж работы, специализация);
2. Ознакомительные вопросы на мнение врачей по поводу доступности лекарственных препаратов, основных проблем в лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и назначении конкретных групп препаратов;
3. Вопросы на знание клинических рекомендаций.

Результаты. Значительная доля врачей (78%) признались в том, что знают разницу между оригинальным пре-

паратом и их дженериком. При выборе конкретного оригинального препарата среди предложенных дженериков: на оригинальный симвастатин — Зокор — смогли указать 63,6%.

43,6% врачей считают необходимым назначение гиполипидемической терапии пациенту в следующей клинической ситуации: Мужчина, 55 лет, АД=160/90 мм.рт.ст., ОХ=5,5 ммоль/л, ЛПНП=3,5 ммоль/л, ТГ=2,2 ммоль/л, с сопутствующим сахарным диабетом тип 2, стадия компенсации (без признаков ИБС). Остальные 56,4% первоначально предпочли заняться изменением образа жизни и только при неэффективности решить вопрос о назначении гиполипидемической терапии.

Большинство врачей (42%) главным препятствием в назначении статинов считают высокую стоимость препаратов, 24% — боязнь пациентов побочных эффектов, 24% врачей предполагают, что пациенты недостаточно осведомлены о необходимости приема этих препаратов, 7% врачей не верят в возможности статинов улучшать прогноз, 3% не ответили на заданный вопрос.

Правильно смогли указать целевой уровень АД у пациентов с сахарным диабетом только 56,7% врачей.

Выводы: в результате опроса в интерактивном режиме голосования были выявлены недостаточные знания врачей о современных клинических рекомендациях.

167 ИССЛЕДОВАНИЕ УМЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НАЗНАЧАТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В СООТВЕТСТВИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Марцевич С. Ю., Селиванова Г. Б. *, Хелия Т. Г., Дроздова Л. Ю., Лукина Ю. В., Воронина В. П.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздравсоцразвития России, Москва; Кафедра общей терапии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России*, Москва, Россия

Цель: изучить умение врачей первичного звена здравоохранения определять сердечно-сосудистый риск (ССР), а также назначать лекарственные препараты в соответствии с ССР.

Материал и методы. В течение 2010 г проведено добровольное анонимное анкетирование в режиме интерактивного голосования врачей терапевтических специальностей ведомственных и городских поликлиник г. Москвы. В опросе принял участие 281 врач: 59%-терапевты, 12%-кардиологи, 29%-врачи других специальностей. Отклик составил около 70% от запланированного. По стажу работы подавляющее большинство участников опроса были врачи со стажем работы более 15 лет.

Результаты. Значительная доля врачей (72,5%) указали критерии, влияющие на ССР (гиперхолестеринемия, курение, возраст, артериальная гипертензия) в соответствии с современными клиническими рекомендациями (КР). 55,7% опрошенных врачей определили высокий суммарный сердечно-сосудистый риск на примере описания конкретного пациента: Мужчина, 60 лет, курит 15 сигарет в день, АД=145/80 мм.рт.ст., ОХС=5,0 ммоль/л, абдоминальное ожирение). 43,6% врачей начинают лечение с гиполипидемической терапии пациента с высоким ССР: Мужчина, 55 лет, АД=160/90 мм.рт.ст., ОХС=5,5 ммоль/л, ЛПНП=3,5 ммоль/л, ТГ=2,2 ммоль/л, с сопутствующим СД-2, стадия компенсации (без признаков ИБС). Тогда как, в соответствии с КР, в данной клинической ситуации назначение гиполипидемической терапии обязательно. 56,4% первоначально предпочли изменить образ жизни.

Главным препятствием в назначении статинов большинство врачей (42%) считают высокую стоимость препаратов.

Выводы. Опрос в интерактивном режиме голосования выявил, что неудовлетворительные знания врачами клиниче-

ских рекомендаций не позволяют принять правильное решение в конкретных клинических ситуациях.

168 ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПОВОДУ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Марцевич С. Ю., Селиванова Г. Б. *, Хелия Т. Г., Дроздова Л. Ю., Лукина Ю. В., Воронина В. П.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздравсоцразвития России, Москва; Кафедра общей терапии ФУВ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России*, Москва, Россия

Цель: изучить мнение врачей первичного звена здравоохранения по поводу доступности лекарственных препаратов, основных проблем в лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материал и методы. В течение 2010 г проведено добровольное анкетирование с помощью интерактивной системы голосования среди врачей терапевтических специальностей ведомственных и городских поликлиник г. Москвы. В опросе принял участие 281 врач: 59%-терапевты, 12%-кардиологи, 29%-врачи других специальностей (неврологи, офтальмологи, эндокринологи). Отклик составил около 70% от запланированного. Подавляющее большинство участников опроса были врачи со стажем работы более 15 лет.

Результаты. На вопрос: «Считаете ли Вы, что в ближайшее время изменятся принципы лечения артериальной гипертензии (АГ)?» значительная доля врачей (62%) считают, что принципы лечения АГ останутся неизменными.

При выборе главного препятствия в назначении современной комплексной медикаментозной терапии, мнения врачей разделились: 66,5% считают нежелание пациентов одновременно принимать большое количество лекарственных препаратов и боязнь неблагоприятных побочных реакций, 14,8% врачей не ответили на поставленный вопрос, 7% — высокую стоимость препаратов, для 7% врачей ее сложно назначать в реальной клинической практике, 4% думают, что ревааскуляризация решит все проблемы, 0,7% врачей не верят в ее эффективность.

Основной причиной недостаточного применения именно статинов в клинической практике большинство врачей считают высокую стоимость этих препаратов — 41,9%

На вопрос: «Как Вы думаете, может ли грамотно назначенная лекарственная терапия быть эффективнее, чем коронароангиопластика со стентированием при лечении пациентов с хронической ИБС?» только 40% участников верят в способность изменить ситуацию в лучшую сторону с помощью грамотного назначения лекарственной терапии пациентам с ССЗ.

Вывод. Опрос в интерактивном режиме голосования позволил оперативно изучить мнения врачей об основных проблемах, связанных с назначением современной медикаментозной терапии.

169 ОЦЕНКА УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА, КОРТИЗОЛА, ПАРАМЕТРОВ КОАГУЛОГРАММЫ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ

Масленникова О. М., Фирсакова В. Ю., Соловьева Н. В., Резниченко Т. А., Мегерян С. Д.

ФГБУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, Москва

Проблема внезапной сердечной смерти у спортсменов остается актуальной и недостаточно изученной. Ведутся многочисленные исследования с целью разработки системы скрининга для выявления скрытой сердечно-сосудистой патологии.

В связи с этим одной из немаловажных проблем становится определение предикторов развития сердечной недостаточности и тромбообразования при стрессе, во время выполнения физической нагрузки.

Цель: изучить влияние физической нагрузки у спортсменов на уровень предшественника мозгового натрийуретического пептида (proBNP) в крови, кортизола, показатели коагулограммы.

Материал и методы. Обследован 51 спортсмен в возрасте от 18 до 24 лет (средний возраст $20,5 \pm 1,3$ года), из них — 27 мужчин и 24 женщины. Проводили нагрузочную пробу (тредмил-тест) до субмаксимальной частоты сердечных сокращений. Исследовали уровень proBNP, кортизола, магния, параметры коагулограммы исходно (до нагрузочной пробы) и сразу после выполнения тредмил-теста.

Результаты. Значения proBNP у всех спортсменов как исходно, так и после физической нагрузки не выходили за пределы нормальных значений. В то же время динамика показателя была различной. У большинства спортсменов proBNP после нагрузки снижался либо оставался на прежнем уровне. Однако у 10 человек (19,6%) наблюдалось достоверное увеличение уровня proBNP в среднем на 20,4%. Более выраженное увеличение pro-BNP после выполнения тредмил-теста наблюдалось у женщин — на 23,9% (у мужчин — на 14,8%). У всех обследуемых после проведения тредмил-теста отмечалось увеличение уровней Д-димера. Причем у лиц с повышением pro-BNP данные показатели увеличивались в большей степени. Остальные показатели коагулограммы оставались без изменений. Уровень кортизола исходно и после тредмил-теста у всех спортсменов не выходил за пределы нормальных значений (в среднем исходно $12,3 \pm 1,1$ мг/дл, после нагрузки — $10,7 \pm 0,8$ мг/дл). Однако динамика показателя различалась в зависимости от уровня pro-BNP. У 60% спортсменов, имевших увеличение показателя pro-BNP после нагрузки, уровень гормона, участвующего в развитии стрессовых реакций (кортизола), имел тенденцию к увеличению. Напротив, у спортсменов со снижением pro-BNP после тредмил-теста уровень кортизола снизился (в среднем с $12,6 \pm 1,2$ мг/дл до $10,4 \pm 0,9$ мг/дл).

Заключение. На основании полученных результатов можно сделать заключение, что физическая нагрузка оказывает влияние на уровень pro-BNP в крови, Д-димера и кортизола. Выявлен различный характер динамики данных показателей при нагрузочном тестировании у спортсменов. Показана однонаправленная динамика показателей pro-BNP, Д-димера и кортизола при физической нагрузке.

170 НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева Т. А., Говорин А. В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить уровень метаболитов оксида азота в крови у больных гипотиреозом.

Материал и методы: в исследование были включены 25 пациентов с первичным гипотиреозом (средний возраст 39 лет) и 26 пациентов с эутиреозом (средний возраст 36 лет). В контрольную группу были включены 20 здоровых лиц сопоставимые по возрасту. Нитроксидпродуцирующую функцию эндотелия определяли по методу Голикова (2000 г).

Результаты: у больных первичным гипотиреозом уровень нитритов составил $2,48 [1,83; 4,10]$ мкмоль/л.; нитратов $9,39 [8,17; 12,2]$ мкмоль/л.; суммарных метаболитов оксида азота $11,88 [10,47; 15,83]$ мкмоль/л, что статистически значительно различалось от показателей группы контроля ($4,45 [3,63; 5,44]$ мкмоль/л.; $13,33 [9,7; 16,2]$ мкмоль/л.; $17,79 [12,94; 21,72]$ мкмоль/л; $p=0,01$; $p=0,01$; $p=0,05$ соответственно) и медикаментозного эутиреоза ($p=0,001$; $p=0,007$; $p=0,004$). Различий по содержанию метаболитов оксида азота во 2-й группе и контролем не выявлено ($4,65 [4,02; 5,48]$; $14,84 [11,94; 16,68]$; $19,83 [15,94; 22,27]$ мкмоль/л).

На фоне лечения показатели нитроксидпродуцирующей функции у больных декомпенсированным гипотиреозом

повысились до уровня эутиреоза, различий между ними не установлено. По сравнению со здоровыми лицами у пациентов 2-й группы уровень метаболитов оксида азота не менялся. При гипотиреозе установлено достоверное повышение всех трех исследуемых показателей ($p=0,001$) по сравнению с группой контроля.

Выводы. У больных первичным гипотиреозом установлено значительное ослабление нитроксидпродуцирующей функции эндотелия, на фоне проведения заместительной гормонотерапии отмечается тенденция к улучшению эндотелиальной функции в виде повышения содержания нитратов, нитритов и суммарных метаболитов оксида азота.

171 СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева Т. А., Говорин А. В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить концентрацию фактора Виллебранда (vWF) в плазме крови больных субклиническим гипотиреозом (СГ).

Материал и методы: 1-ю группу исследуемых составили 15 пациентов с гипотиреозом (средний возраст $37 \pm 4,3$ года); 2-ю группу — 12 больных в стадию медикаментозного эутиреоза (средний возраст $38 \pm 5,6$ год). В контрольную группу были включены 10 здоровых лиц, сопоставимые по возрасту. Определение активности фактора фон Виллебранда (vWF) осуществляли с помощью наборов Technozym® vWF: Ag ELISA производства Technoclone GmbH (Austria), Ref 5450201, Lot RA73A00, кат. № 545—0201. Материалом для анализа служила цитратная плазма, полученная при центрифугировании венозной крови, смешанной с цитратом натрия (0,11 ммоль/л) в соотношении 9:1, в течение 15 минут при 2500 g. Образцы незамедлительно замораживались при -20°C и хранились до тестирования в течение не более, чем 6 месяцев. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ BIOSTAT. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни (Z), различия считали значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде: Me — медиана, ДИ — интерквартильный (процентильный) интервал (указан в скобках).

Результаты: у больных с субклинической формой гипотиреоза уровень фактора Виллебранда в крови составил 1,12 [1,17; 1,26] ЕД/мл, что статистически значимо не отличалось от контрольной группы 1,29 [1,12; 1,38] ЕД/мл, $Z=0,864$, $p=0,234$ и пациентов группы эутиреоза 1,36 [1,04; 1,5] ЕД/мл, $Z=0,599$, $p=0,549$. На фоне лечения у больных 1-й и 2-й групп концентрации vWF не имели статистически значимых различий (0,84 [0,7; 0,97] vs 0,86 [0,72; 0,96] ЕД/мл; $Z=0,599$, $p=0,321$ и соответственно, значимо не различались с уровнем vWF в контрольной группе (0,81 [0,6; 0,93] ЕД/мл; $p < 0,05$).

Выводы. В ходе исследования установлено отсутствие различий пациентов с СГ с сопоставимой группой эутиреоза и контроля по концентрации vWF в плазме крови; отсутствие изменений данного показателя на фоне заместительной терапии СГ, что позволяет сделать вывод об отсутствии грубого морфологического повреждения эндотелия на фоне СГ и при достижении эутиреоидного статуса.

172 СОДЕРЖАНИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК (ЦЭК) У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева Т. А., Говорин А. В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить содержание ЦЭК в крови как показателя дисфункции эндотелия у больных гипотиреозом.

Материал и методы: обследовано 2 группы пациентов: 1-ую составили пациенты с субклинической формой гипотиреоза, 2-ую — с медикаментозным эутиреозом. Средний возраст

больных 38 лет, средний стаж заболевания 5 лет. Контрольную группу составили 10 здоровых человек, сопоставимые по возрасту. В плазме крови больных определялось количество ЦЭК по методу Hladovcs. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ BIOSTAT. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни (Z), различия считали значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде: Me — медиана, ДИ — интерквартильный (процентильный) интервал (указан в скобках).

Результаты: у больных субклинической формой гипотиреоза и у пациентов 2-й группы количество ЦЭК не отличалось между собой и составило 1,45 [1,01; 1,67] $\times 10^4$ /мл ($p=0,931$), что статистически значимо не отличалось от показателя контрольной группы ($p=0,714$); у пациентов 2 группы по сравнению с контролем не было выявлено статистически значимого изменения уровня ЦЭК (1,31 [0,78; 1,46] мл vs 1,39 [0,84; 1,6] $\times 10^4$ /мл ($p=0,642$)).

На фоне проведения заместительной гормонотерапии также не было выявлено статистически значимого изменения уровня ЦЭК ни в одной из групп пациентов ($p=0,621$).

Выводы: Таким образом, в ходе данного исследования не было выявлено увеличения количества ЦЭК у больных с СГ, а также значимого влияния заместительной терапии СГ на уровень ЦЭК, что позволяет сделать вывод об отсутствии грубого морфологического повреждения эндотелия на фоне СГ.

173 СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В КРОВИ БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева Т. А., Говорин А. В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить концентрацию эндотелина-1 в плазме крови больных субклиническим гипотиреозом.

Материал и методы: в исследование были включены 2 группы больных. Первую группу составили 18 пациентов (средний возраст $39 \pm 4,3$ года) с субклиническим гипотиреозом. Вторая группа была представлена 20 больными (средний возраст $38 \pm 5,6$ год) с медикаментозным эутиреозом. В контрольную группу были включены 20 здоровых лиц, сопоставимые по возрасту. Содержание эндотелина-1 в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием стандартного набора реактивов фирмы Biomedica Medizinprodukte GmbH & Co KG (Austria), Ref BI-20052, кат. № 442—0052.

Результаты. В группе пациентов с СГ исходный уровень эндотелина-1 составил 0,51 [0,4; 0,62] fmol/ml, что было статистически значимо больше, чем в контрольной группе ($p=0,0001$) и значительно превышало медиану, определенную производителем тест-систем для здоровой популяции (0,26 fmol/ml). Статистически значимых различий по уровню эндотелина-1 между группами контроля и медикаментозного эутиреоза выявлено не было (соответственно 0,21 [0,2; 0,3] vs 0,24 [0,14; 0,26] fmol/ml, $p=0,32$).

На фоне заместительной гормонотерапии (через 5 месяцев от начала исследования) было отмечено статистически значимое уменьшение уровня эндотелина-1 во 2-й группе сравнения ($p < 0,001$). В то же время у пациентов с субклиническим гипотиреозом за время исследования не было отмечено значимого изменения уровня эндотелина-1 ($p=0,65$), и различия этой группы пациентов с группой контроля по уровню эндотелина-1 оставались статистически значимыми на всех этапах обследования.

Выводы. У больных субклиническим гипотиреозом отмечается значительное повышение содержания эндотелина-1 крови, более выраженное, чем у пациентов с медикаментозным эутиреозом и здоровыми лицами.

Увеличение концентрации эндотелина-1 у больных СГ, вероятно, связано, с активацией эндотелиальных клеток ИЛ-1, секретируемыми макрофагами и Т-хелперами 1 типа, инфильтрировавшими щитовидную железу.

174 ТРОМБОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АТОРВАСТАТИН

Медведев И. Н., Скорятин И. А.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Цель: оценить влияние ингибитора гидроксид-метилглутарил коэнзим А-редуктазы — аторвастатина на тромбоцитарный гемостаз у больных артериальной гипертонией (АГ) с дислипидемией.

Материал и методы. Под наблюдением находились 33 больных АГ 1–2 степени с дислипидемией IIb типа, риск 3 (критерии ДАГЗ (2008), среднего возраста. Группу контроля составили 26 здоровых людей аналогичного возраста.

Внутритромбоцитарное ПОЛ определяли по концентрации малонового диальдегида в отмытых и ресуспендированных эритроцитах по Кубатиеву А. А., Андрееву С. В. (1979) и содержанию ацилгидроперексидов (АГП) (Гаврилов В. Б., Мишкорудная М. И., 1983). Агрегацию тромбоцитов (АТ) определяли с АДФ, коллагеном, тромбином, ристомиином, АДФ+коллаген, АДФ+тромбин по Шитиковой А. С. (1999). Всем больным проводилась гиполлипидемическая терапия проводилась на фоне постоянного приема больными эналаприла 10 мг 2 раза в сутки. Оценка учитываемых показателей проводилась в начале лечения, через 4, 16 и 52 недели терапии. Статистическая обработка полученных результатов велась t-критерием Стьюдента.

Результаты. Под влиянием аторвастатина исходно высокая активность внутритромбоцитарного ПОЛ понизилась, достигнув к 16 неделям терапии уровня собственного группы контроля, сохраняясь до конца наблюдения.

Так, 16 недельное применение аторвастатина у больных АГ с дислипидемией вызвало значительную положительную динамику учитываемых показателей тромбоцитарного гемостаза на фоне нормального количества кровяных пластинок.

Так, за 4 месяца лечения зарегистрировано снижение активности АТ со всеми испытанными индукторами и их сочетаниями под воздействием коллагена — $33,5 \pm 0,13$ с. Несколько медленнее АТ возникла с АДФ ($41,5 \pm 0,10$ с), ристомиином ($45,3 \pm 0,15$ с), H_2O_2 ($47,4 \pm 0,10$ с) и тромбином ($55,4 \pm 0,14$ с). Наиболее длительное время АТ выявлено при воздействии адреналина ($93,5 \pm 0,15$ с). Оценка АТ при сочетанном применении индукторов также показала положительное воздействие аторвастатина на агрегационную активность тромбоцитов в условиях приближенных к внутрисосудистым. Так, АТ с АДФ+коллаген развивалось за $26,7 \pm 0,14$ с, адреналин+коллаген за $29,0 \pm 0,12$ с, АДФ+адреналин за $35,0 \pm 0,06$ с, сравнявшись с контрольными значениями и сохраняясь на достигнутом уровне до конца наблюдения.

Таким образом, применение аторвастатина у больных АГ с дислипидемией уже в течение 16 недель способно нормализовать уровень ПОЛ в тромбоцитах и агрегационную активность кровяных пластинок.

175 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СВЯЗИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Мелкозёров К. В., Калашников В. Ю., Терёхин С. А., Бондаренко О. Н.

ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: изучить тяжесть ишемической болезни сердца (ИБС) у больных сахарным диабетом (СД) и критической ишемией нижней конечности (КИНК).

Материал и методы. В период с октября 2009 г. по декабрь 2011 г. в ФГБУ Эндокринологический научный центр

Минздравсоцразвития РФ было обследовано 118 пациентов с СД госпитализированных в связи с КИНК (65 женщин, возраст — $67,5 [59;73]$ лет). Всем пациентам для уточнения тяжести ИБС проведено клиническое обследование: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ. Части больным проведена стресс-ЭхоКГ с добутамином, коронароангиография (КАГ).

Результаты. При поступлении у 10 (8,4%) пациентов диагностирован острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST. Стенокардия III–IV функционального класса была выявлена у 17 (14,4%) пациентов, недавно перенесённый (до 4 недель) инфаркт миокарда (ИМ) у 1 (0,8%) пациентов. Этим больным до реваскуляризации конечности (РК) проведена КАГ. 6 пациентам со стенокардией I–II ФК, ИМ давностью более 6 мес., значимыми желудочковыми нарушениями ритма и/или сердечной недостаточностью, после РК, проведена стресс-ЭхоКГ с добутамином: тяжёлая стресс-индуцированная ишемия миокарда выявлена у 4 (3,3%) больных. Всего КАГ проведена 32 пациентам: одностосудистое поражение коронарных артерий выявлено у 5 пациентов (15,6%), двухсосудистое — у 11 (34,3%), трёхсосудистое — у 15 (46,8%), в том числе у 12 пациентов (37,5%) выявлено поражение ствола левой КА. 1 пациент (3,1%) не имел гемодинамически значимых стенозов КА.

Заключение. Больные с СД госпитализированные в связи с КИНК часто страдают тяжёлой ИБС, необходимость в проведении КАГ возникает почти у 30% больных этой категории, при этом большинстве случаев до проведения РК.

176 ДИНАМИКА ЛЁГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ СУЛЬФАТОМ МАГНИЯ

Мельник М. Г., Морозов В. Е.

Краснодар, Россия

Цель: изучить динамику лёгочной гипертензии (ЛГ) у больных с сочетанной кардиологической и пульмонологической патологией на фоне комбинированной небулайзерной терапии сульфатом магния для оптимизации её лечения.

Материал и методы. Мы наблюдали 45 больных (мужчин 37–82,2%) с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, хронической сердечной недостаточностью в сочетании с хронической обструктивной болезнью лёгких, проходивших лечение в январе — июле 2011 г. Возраст обследуемых больных колебался от 67 до 92 лет ($81,5 \pm 0,9$ лет). У всех больных имела место ЛГ, верифицируемая клиническим и ультразвуковым (трансторакальная эхокардиография) методами: в 6 (13,3%) случаях — мягкая, 13 (28,9%) — умеренная, 26 (57,8%) — тяжёлая. 4 (8,9%) больных имели I функциональный класс (ФК) ЛГ, 14 (31,1%) — II ФК ЛГ, 21 (46,7%) — III ФК ЛГ, 6 (13,3%) — IV ФК ЛГ. Наблюдаемых больных с сочетанной кардиологической и пульмонологической патологией случайным образом распределили на две группы для оценки динамики ЛГ на фоне жизненнонеобходимой бронхолитической терапии. 1-я группа — основная ($n = 25$): больные получали комбинированную небулайзерную терапию сульфатом магния 25% — 3,0 мл и одного из препаратов: Атровента 0,025% — 0,25 мл или Беротека 0,1% — 0,25 мл, или Беродуала 0,25 мл в течение 5 минут 3 раза в сутки (решение о выдаче патента РФ от 29.03.2012 г. по заявке № 2011113517/15 (020033). 2-я группа — контрольная ($n = 20$): больные получали небулайзерную монотерапию Атровентом 0,025% — 0,5 мл или Беротеком 0,1% — 1,0 мл, или Беродуалом 0,5 мл на растворе NaCl 0,9% — 3,0 мл в течение 6–8 минут 4 раза в сутки. Выбор конкретного препарата (Атровента, Беротека, Беродуала) в основной и контрольной группах осуществлялся индивидуально с учётом ответа больного на лечение.

Пациенты обеих групп для коррекции кардиологической патологии получали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (при их непереносимости — антагонисты рецепторов к ангиотензину-II), при наличии стабильной стенокардии и признаков правожелудочковой недостаточности — нитраты. Это позволило исключить известное влияние данных препаратов на уровень ЛГ. Исследование продолжалось 12 недель. Оценку клинического состояния пациентов осуществляли регулярно в ходе наблюдения, уровень систолического давления в лёгочной артерии (СДЛА) определяли исходно и по завершении исследования.

Результаты. Через 12 недель наблюдения выраженную одышку, акроцианоз, отёки нижних конечностей отмечали достоверно реже ($p < 0,05$) в основной группе по сравнению с контрольной группой: у 6 (24,0%) и 11 (55,0%) больных соответственно. У пациентов основной группы достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у пациентов контрольной группы (22 (88,0%) и 12 (60,0%) соответственно) фиксировали повышение ФК ЛГ на 1 ступень и увеличение показателей теста с 6-минутной ходьбой на 10%. Кроме того, в основной группе уровень СДЛА уменьшился на 14,4%, в то время, как в контрольной группе, он оставался без динамики ($p < 0,05$).

Выводы. Комбинированная небулайзерная терапия сульфатом магния у больных с сочетанной кардиологической и пульмонологической патологией достоверно уменьшает выраженность ЛГ.

177 КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА И ТЯЖЕСТЬ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Мензоров М. В.¹, Шутков А. М.¹, Климова Т. В.², Шарафутдинова А. Ф.²

Ульяновский государственный университет¹, Ульяновск; Центральная городская клиническая больница², Ульяновск, Россия

Ожирение является фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф, в то же время, основным фактором уменьшения продолжительности жизни больных ХСН является снижение тощей массы тела (преимущественно за счет мышечной массы). Общая вода тела является интегральным показателем отражающим изменение мышечной и жировой ткани. Связь компонентного состава тела с тяжестью острой сердечной недостаточности (ОСН), госпитальной летальностью у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) изучена недостаточно.

Цель: уточнение связи между антропометрическими параметрами, компонентным составом тела и тяжестью острой сердечной недостаточности, госпитальной летальностью у больных ОИМ с подъемом сегмента ST (ОИМпST), которым выполнялась тромболитическая терапия (ТЛТ).

Материал и методы. В 2008–11 году в отделении неотложной кардиологии Центральной городской клинической больницы г. Ульяновска 163 больным была выполнена ТЛТ стрептокиназой (мужчин — 130, женщин — 33, возраст $56,8 \pm 10,90$ лет). Диагностику ОИМпST, наличие показаний и противопоказаний для проведения ТЛТ, оценку ее эффективности осуществляли согласно Рекомендаций ВНОК (2007 г). Тяжесть ОСН оценивали по Killip T. (1967 г). Измеряли рост, массу тела, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Оценку компонентного состава тела проводили, используя формулу Watson. Определяли общую воду тела (ОВТ), определяли процент содержания ОВТ (%ОВТ) от общей массы тела.

Результаты. ТЛТ была эффективна у 116 (71%) больных. ИМТ составил $28,4 \pm 4,97$ кг/м². У 124 (76%) больных выявлен избыточный вес или ожирение. ОВТ составила $41,9 \pm 6,84$ кг, среднее значение %ОВТ — $51,2 \pm 4,73\%$ от общей массы тела больных. Только у 13 (8%) пациентов тяжесть ОСН соответствовала 3, 4 классу по Killip. Не выявлено разницы в уровне ИМТ у больных с ОСН и без нее ($27,7 \pm 5,18$ и $29,2 \pm 4,61$ см, соотв., $p = 0,07$). В то же время в группе пациентов с ОСН,

отмечался достоверно более низкий %ОВТ ($49,8 \pm 4,97$ и $52,3 \pm 4,97$ см, соотв., $p = 0,007$), по сравнению с больными без ОСН. Логистический регрессионный анализ продемонстрировал, что низкий %ОВТ независимо от времени с момента возникновения характерной клинической картины до госпитализации ассоциирован с внутригоспитальной летальностью (относительный риск 1,13; 95% ДИ 1,02–1,25; $p = 0,015$). В период госпитализации умерло 9 (5%) больных. Не выявлено разницы в уровне ИМТ между выжившими и умершими больными ($28,3 \pm 5,09$ и $28,9 \pm 1,96$ см, соотв., $p = 0,52$). В то же время, у умерших пациентов отмечался достоверно меньший %ОВТ ($47,6 \pm 3,37$ и $51,4 \pm 4,73$ см, соотв., $p = 0,04$) по сравнению с выжившими пациентами.

Выводы. Более чем 2/3 больных ОИМпST, которым выполнялась ТЛТ, имели избыточный вес или ожирение. Обнаружено, что тяжесть ОСН, госпитальная летальность ассоциированы со снижением содержания общей воды тела (мышечной массы тела).

178 ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мехтиев С. Х.¹, Мустафаев И. И.¹, Мехтиев Т. В.¹, Мамедова А. М.¹, Мамедов М. Н.²

Кафедра терапии Аз.ГИУВ им. А. Алиева, Баку, Азербайджан¹; ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздравсоцразвития², Москва, Россия

Цель: оценка гликемического статуса и эффективности лечения у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2 Т).

Материал и методы. Обследование прошли 302 больных в возрасте 40–69 лет с СД 2 Т, проживающих в различных регионах Азербайджана. Были использованы стандартные опросники больных, где заполнялся раздел, посвященный эндокринной системе. В опроснике отражены данные о типе диабета, продолжительности болезни и принимаемой терапии.

Для определения гликемии натощак кровь брали из локтевой вены, после 8–12 часового голодания, и уровень глюкозы ≥ 7 ммоль/л расценивался как гипергликемия. Уровень гликогемоглобина (HbA1c) определялся экспресс методом на аппарате CLOVER A1c (Корея). Уровень HbA1c $< 6,8\%$ считался нормальным показателем.

Микроальбуминурия (МАУ) в ранней утренней моче определялась с помощью тест полосок (Венгрия). Уровень МАУ характеризовался как негативный, 30 мг/дл и 100 мг/дл. Протеинурия считалась при МАУ ≥ 500 мг/дл.

Результаты. Продолжительность болезни у обследованных больных варьировала от 2-х месяцев до 28-ти лет. У 90,8% больных СД2 Т уровень гликемии натощак был выше нормы. Средний уровень гликемии у мужчин составлял 9,6 (86,8%), а у женщин 10,8 ммоль/л (94,8%).

У больных принимавших лечение, уровень HbA1c в среднем составил 8,9% (у мужчин — 7,9%, женщин — 9,9%). 5 больных не принимали гипогликемическую терапию, средний уровень HbA1c у которых составлял 8,3%.

МАУ была положительной у 29 (9,6%) больных СД2 Т, среди которых 30 мг/дл обнаружен у 15 больных (средний возраст больных 46 лет, средняя продолжительность болезни 6 лет), 100 мг/дл у 9 больных (соответственно, 52 и 8 лет) и ≥ 500 мг/дл у 5 больных (соответственно, 60 и 9 лет).

Средний уровень гликемии при монотерапии пероральными препаратами (36%) был 7,9 ммоль/л, HbA1c — 7,8%, гликемия натощак в венозной крови на фоне 2-х препаратов (29,8%) составляла 8,9 ммоль/л, а HbA1c — 8,5%, на фоне пероральных гипогликемических препаратов с инсулинотерапией (21,8%) 9,2 ммоль/л и 8,4%, а у больных только на инсулинотерапии (10,5%) гликемия была 9,6 ммоль/л, а HbA1c — 8,7%.

Заключение. Уровень гликемии и HbA1c у женщин с СД2 Т в сравнении с мужчинами был несколько выше. Значения МАУ увеличивались пропорционально продолжительности заболевания и возраста больных. У больных, при-

нимавших как монотерапию, так и комбинацию гипогликемических препаратов не было достигнуто адекватной компенсации уровня глюкозы.

179 ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Мехтиева С. Х.¹, Аббасов В. Г.¹, Мамедов М. Н.²

Кафедра терапии АзГИУВ им. А. Алиева, Баку, Азербайджан¹; ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздравсоцразвития², Москва, Россия

Цель: выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и оценка эффективности лечения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2 Т).

Материал и методы. В исследование были включены 302 мужчин и женщин в возрасте 40–69 лет. Все пациенты были анкетированы по опроснику ВОЗ с целью оценки социально-демографических, поведенческих факторов риска. Проводилось измерение массы тела, роста и расчет индекса массы тела (ИМТ). Артериальное давление (АД) измерялось дважды с интервалом 5 минут с точностью 2 мм рт.ст. в положении сидя. В крови определяли уровни липидов (общий холестерин, триглицериды и холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП)) и сахара натощак.

Результаты. У женщин с СД2 Т ИМТ был $34,7 \pm 0,4$ кг/м², а у мужчин $29,8 \pm 0,5$ кг/м², разница носит достоверный характер ($p < 0,01$). Всего у 13% женщин масса тела оказалась нормальной, у мужчин этот показатель составил 10%. У каждой четвертой (24%) женщины отмечалась избыточная масса тела (у мужчин в 54% случаев, $p < 0,01$), тогда как I степень ожирения выявлен в 56% случаев (у мужчин в 32% случаев, $p < 0,01$). Среди женщин ожирение II и III ст. диагностировано менее, чем в 10% случаев (у мужчин 4%, $p > 0,05$).

Артериальная гипертензия оказалась наиболее часто встречаемым фактором риска, так как диагностирована у 84,3% больных с СД2 Т (у 79,6% мужчин и у 89% женщин). 22,3% больных принимали постоянную гипотензивную терапию, 1,3% курсовую терапию, тогда как 76,4% больных лечились от случая к случаю. Из них 20,3% пациентов принимали монотерапию, а 35,2% комбинированное лечение. Ингибиторы АПФ принимали 72% больных, антагонисты кальция 32,3%, бета-адреноблокаторы 31,8%, антагонисты рецепторов ангиотензина II 4,2%, тиазиды и тиазидоподобные диуретики 29,8% больных, тогда как 17,8% пациентов принимали препаратов, не входящие в группы первой и второй линии. Несмотря на проводимое лечение, средний уровень АД составил 159/95 мм рт.ст.

В целом, у 60,6% мужчин и у 55,7% женщин определялась гиперлипидемия. У 40,5% пациентов уровень общего холестерина, у 43,6% пациентов концентрация триглицеридов оказалась выше нормы, а у 47,6% уровень ХС ЛПВП оказался ниже нормы. Только 10,2% больных регулярно принимали статины (16% мужчин и 5,6% женщин, $p < 0,01$). Среди больных принимавших статинотерапию, целевой уровень липидов не был достигнут.

Выводы. В когорте пациентов с СД2 Т в Азербайджане отмечается высокая распространенность нескольких сердечно-сосудистых факторов риска. С целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний необходимо проведение адекватной коррекции ожирения, артериальной гипертензии и дислипидемии.

180 ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ И ЭРИКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ СРЕДИ МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мехтиева Т. В.

Кафедра терапии Аз.ГИУВ им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Цель: выявление гипогонадизма, его связи с эректильной дисфункцией (ЭД) и основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди лиц с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В клинко-эпидемиологическое исследование были включены 300 мужчин с СД 2 типа в возрасте 30–59 лет. Критериями исключения являлись СД 1 типа, первичный гипогонадизм, лекарственно-обусловленное и врожденные заболевания, сопровождающейся гипогонадизмом, онкологические и ССЗ. Всем пациентам проводили клинический осмотр, анкетирование инструментальные исследования, лабораторные анализы, включая половые гормоны.

Результаты. Согласно полученным результатам у 131 мужчин с СД 2 типа (43,7%) выявлен гипогонадизм по всем трем признакам, тогда как по результатам опроса по AMS, возрастной гипогонадизм оказался больше на 10% и составил 54% ($n=162$). Очевидно, что у пациентов с СД2 типа, также как в общей популяции мужчин с возрастом частота гипогонадизма увеличивается. Так, если в возрасте 30–39 лет только 17,5% имели гипогонадизм, то в возрасте 40–49 лет и 50–59 лет гипогонадизм встречается в три раза чаще. У пациентов с гипогонадизмом и СД 2 типа суммарный показатель МИЭФ составил $14,2 \pm 0,5$ баллов, а в группе без гипогонадизма $19,0 \pm 0,9$ баллов ($p < 0,001$). У 48 (28,4%) из 169 мужчин с СД 2 типа без гипогонадизма не выявлена ЭД, тогда как все пациенты с гипогонадизмом имеют ЭД. По частоте курения и малоподвижного образа жизни группы пациентов с СД 2 типа с гипогонадизмом и без не различаются, так как в обеих группах около 70% имеются эти нарушения. Эта тенденция отмечается и по показателям окружности талии и концентрации триглицеридов в крови. Тогда как уровни АД, массы тела, ИМТ, общего ХС и ХС ЛНП оказались достоверно выше в группе пациентов с гипогонадизмом.

Заключение. Таким образом, результаты исследования продемонстрировали, что почти каждый второй мужчина с СД 2 типа имеет возрастной гипогонадизм, и с возрастом ее частота увеличивается. Наличие СД 2 типа увеличивает вероятность развития ЭД. Однако андроген-дефицитное состояние увеличивает частоту и степень ЭД. При сочетании СД 2 типа и гипогонадизма выраженность основных факторов риска также увеличивается, что негативно влияет на развитие осложнений и прогноза пациентов.

181 СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МИОКАРДЕ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХРОМА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА

Митрофанова И. С., Саликова С. П.

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава, Оренбург, Россия

В настоящее время на организм человека воздействует большое количество микроэлементов. Особенно это имеет значение для людей, занятых работой на промышленных предприятиях. В литературе достаточно данных о воздействии хрома на многие органы, однако сведения о влиянии его на сердечно – сосудистую систему, в частности миокард, немногочисленны.

Цель: установить изменения в миокарде крыс при воздействии хрома в условиях эксперимента.

Материал и методы. Исследование проводилось на 20 белых беспородных лабораторных крысах-самцах массой 180–200 г. 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, 90 и 135 день опыта. Миокард левого желудочка экспериментальных животных был подвергнут однотипной гистологической обработке на светооптическом уровне.

Результаты. Установлено, что в миокарде крыс при воздействии хрома наблюдались значительные структурные измене-

ния как в кардиомиоцитах, так и в окружающей их соединительной ткани. На поздних сроках эксперимента отмечалось увеличение количества соединительной ткани и уменьшение мышечного субстрата, что подтверждается при морфометрическом анализе. Было выявлено, что на 45 день опыта отношение мышечной и немusечной ткани составило 13,62, в то время как на 90 день - этот показатель снизился до 6,1, достигнув значения 3,31 ($p \leq 0,01$) к окончанию наблюдения.

Выводы. Результаты нашего исследования показывают, что под воздействием хрома происходят значительные изменения как в кардиомиоцитах, так и в соединительно-тканном матриксе. Отмечается активизация процессов синтеза коллагена, что является одним из значимых звеньев ремоделирования сердца и развития хронической сердечной недостаточности.

182 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Моргунов Л. Ю.

Городская клиническая больница N 20, Москва, Россия

Цель: оценить приверженности к лечению артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Обследованы 228 пациентов (87 мужчин и 141 женщина), страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД), не получающих инсулин, с артериальной гипертензией. Средний возраст исследуемых составил $55,7 \pm 7,4$ года. Длительность СД $11,4 \pm 3,2$ года, уровень гликированного гемоглобина — $8,9 \pm 1,1\%$. Длительность АГ — $7,7 \pm 2,1$ года. Гипотензивная терапия назначалась в стационаре, в дальнейшем пациенты наблюдались в окружном эндокринологическом отделении и терапевтов и кардиологов поликлиники. В рекомендованную гипотензивную терапию входили агонисты I_1 -имидазолиновых рецепторов, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, бета-блокаторы, антагонисты кальция, диуретики.

Результаты: лишь 68,4% пациентов четко соблюдают рекомендованную гипотензивную терапию, при этом сахароснижающую — 89,6%. 13,2% пациентов самостоятельно отказались от рекомендованной гипотензивной терапии, 37,4% произвольно изменили дозу гипотензивных препаратов. Проведенный анализ показал, что причиной полного отказа от рекомендованной терапии в 68,3% была невнимательность к рекомендациям, изложенным в выписке, 18,4-отсутствие, по мнению пациента, эффекта, в 13,3% случаев — побочные эффекты терапии. Произвольное изменение дозы объяснялась достаточным, по мнению пациента, ее эффектом в 100% случаев. В четверти случаев пациенты не наблюдались у терапевта и кардиолога, а приобретали препараты самостоятельно или с помощью родственников, при этом в обязательном порядке после выписки из стационара посещали эндокринолога. 14,7% пациентов причиной полного или частичного отказа от рекомендованной терапии отмечали финансовые причины. В 8,1% случаев причиной смены терапии послужили рекомендации независимых специалистов, не работающих в учреждениях амбулаторного звена, к которым были прикреплены исследуемые. Полная или частичная отмена гипотензивной терапии привела к повторной госпитализации в 16,9% случаев в течение года, у пациентов, полностью соблюдающих режим предписанной терапии — в 4,7% случаев.

Выводы: у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа отмечается достаточно низкая приверженность к гипотензивной терапии при сохранении высокой — к сахароснижающей. Необходима организация звена «стационар-поликлиника» для неуклонного выполнения рекомендаций в отношении коррекции артериального давления у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, что позволит уменьшить число повторных госпитализаций и повысить у них качество жизни.

183 ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Моргунов Л. Ю.

Городская клиническая больница N 20, Москва, Россия

Цель: оценка эффективности агониста I_1 -имидазолиновых рецепторов моксонидина в лечении артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы: в течение 48 недель обследовано 47 пациентов (29 мужчин и 18 женщин, средний возраст $61,8 \pm 6,3$ года), страдающих артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа и хронической обструктивной болезнью легких. Длительность сахарного диабета 2 типа составила $11,8 \pm 2,8$ года, артериальной гипертензии — $8,4 \pm 3,7$ года хронической обструктивной болезни легких — $10,4 \pm 1,7$ года. Исходно уровень систолического АД (САД) составил $159,4 \pm 8,5$ мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) — $94,5 \pm 4,5$ мм рт.ст. Суточное мониторирование АД осуществлялось прибором ТМ — 2421 с измерением АД в дневное время с интервалом 15 минут, в ночное — 30 минут. Для оценки степени бронхиальной обструкции использовали показатели ОФВ1 (объем форсированного выдоха за 1 секунду) и ОФВ1/ФЖЕЛ (соотношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких). Всем исследуемым была отменена предшествующая гипотензивная терапия, не приведшая к стойкому снижению артериального давления (критерий включения) и назначен моксонидин в первоначальной дозе 0,2 мг в сутки с последующим ее увеличением до 0,6 мг в сутки при необходимости. В качестве бронхолитической терапии пациенты получали системные глюкокортикостероиды, ингаляционные стероиды, бета-агонисты или антихолинергические препараты. Терапия сахарного диабета осуществлялась сахароснижающими препаратами, за исключением бигуанидов.

Результаты: на фоне проведенной терапии среднесуточный уровень САД снизился на 14,1% ($p < 0,001$), ДАД — на 9,3% ($p < 0,005$). Функция внешнего дыхания и степень компенсации сахарного диабета достоверно не изменились ($p > 0,05$).

Выводы: применение моксонидина в качестве монотерапии у пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа и хронической обструктивной болезнью легких является эффективным, безопасным и патогенетически оправданным.

184 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЛМЕСАРТАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Мордovina А. Г.^{1,2}, Татарченко И. П.¹, Позднякова Н. В.^{1,2}, Морозова О. И.¹

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России¹, Пенза; ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА России², Заречный, Россия

Цель: оценить динамику структурно-функциональных показателей левого желудочка (ЛЖ) у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2) и артериальной гипертензией (АГ) I–II степени на фоне терапии блокатором ангиотензиновых рецепторов олесмесартаном.

Материал и методы: 48 больных (25 мужчины и 23 женщины), средний возраст — $58,3 \pm 4,5$ лет, с фракцией выброса (ФВ) ЛЖ $58 \pm 4,5\%$ и диастолической дисфункцией ЛЖ по I типу. Комплекс обследования: общеклиническое и лабораторное исследования, ЭКГ в 12 отведениях, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиография (ЭхоКГ). В качестве гипотензивного средства использовали олесмесартана медоксомил (Кардосал®). Длительность наблюдения — 30 недель.

Результаты: по данным СМАД патологический профиль АД выявлен у 73% больных. Отмечено повышение среднесуточных САД и ДАД при выраженном индексе времени гипертензии: соответственно, $79,4 \pm 5,1\%$ и $67,1 \pm 3,4\%$. Анализ данных ОТС и ИММ ЛЖ позволил определить наличие эксцентрического ремоделирования ЛЖ у 6 (12,5%) больных, концентрического ремоделирования ЛЖ у 14 (29,16%), концентрической гипертрофии ЛЖ — у 26 (54,17%) больных. Получена корреляционная связь IVRT с индексом времени гипертензии по ДАД за 24 часа ($R=0,63$, $p<0,002$), с суточным индексом ($R=0,52$, $p<0,001$), ИММЛЖ ($R=0,65$, $p<0,02$); соотношения Е/А с индексом времени гипертензии по ДАД за 24 часа ($R=0,58$, $p<0,02$), ИММЛЖ ($R=0,47$, $p<0,04$); ОТС ($R=0,51$, $p<0,03$). Через 30 недель на фоне терапии олдесартаном отметили значимое снижение среднесуточных САД и ДАД, индекса времени гипертензии за 24 часа, уменьшение вариабельности САД и ДАД за сутки. Лечение олдесартаном сопровождалось положительной динамикой показателей, характеризующих ремоделирование левого желудочка: уменьшение КДО и КСО, соответственно, на 8,7% и 9,8%, увеличение ФВ ЛЖ на 7,8%, снижение ММЛЖ на 7,3%. Фракция систолического укорочения передне-заднего размера ЛЖ возросла на 10,5%. При оценке диастолической функции исходно и через 30 недель терапии олдесартаном изменилось соотношение Е/А от $0,79 \pm 0,2$ до $1,16 \pm 0,08$, $p<0,01$, IVRT возросло на 24,7%. Наблюдаемый эффект в улучшении ДФ ЛЖ связываем со сложными механизмами регуляции циркадной вариабельности АД, снижением АД и уменьшением постнагрузки на ЛЖ.

Таким образом, особенностью поражения миокарда у больных СД2 и АГ наряду с гипертрофией левого желудочка является диастолическая дисфункция левого желудочка. Курсовая терапия олдесартаном (Кардосал®) через 30 недель обеспечивает, помимо эффективного контроля САД и ДАД с нормализацией суточного профиля в 85,7% наблюдений от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом, положительную динамику структурно-геометрических показателей левых отделов сердца (снижение индекса массы миокарда ЛЖ, относительной толщины стенки ЛЖ, КДО ЛЖ, КСО ЛЖ, передне-заднего размера левого предсердия), улучшение показателей диастолической функции ЛЖ, не угнетая сократительную способность миокарда.

185 СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНОГО КЛАПАННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Муратов Р. М.

НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

В настоящее время инфекционный эндокардит (ИЭ) по заболеваемости занимает четвертое место среди угрожающих жизни инфекционных заболеваний после уросепсиса, пневмонии и абдоминального сепсиса. Ежегодно в России заболевает более 10000 человек, из них более 2000—2500 нуждаются в хирургическом лечении. В последнее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости ИЭ в результате снижения иммунного статуса населения, резкого увеличения частоты использования инвазивных методов диагностики, неправильного и неоправданного назначения антибиотиков, что приводит к появлению устойчивых к антибиотикам микроорганизмов, а также отрицательно влияет на иммунитет. Стало чаще встречаться поражение правых отделов сердца, а именно трикуспидального клапана (ТК), что связано с иммунодефицитными состояниями, злоупотреблением внутривенными вливаниями и наркоманией.

В настоящее время также разработана и используется классификация ИЭ по степени активности. Признаки ИЭ включают в себя персистирующую лихорадку, обычно неправильной формы и неспецифические изменения крови.

Средняя частота первичного поражения АК составляет 36—45%, МК — 30—36%, МК и АК одновременно — 10—15%, ТК — 6%, клапана ЛА — 2—3%, прочей локализации — 10—15%.

Нередко развивается миокардит, фибринозный перикардит. Поражение почек протекает по типу очагового или диффузного гломерулонефрита, у части больных возникают тромбоэмболические инфаркты. Поражение ЦНС или периферической нервной системы встречается у 20—40% больных.

Показаниями к хирургическому вмешательству являются сердечная недостаточность, вегетации на клапанах сердца с эпизодами повторных т/э, деструкция створок с перивальвулярным распространением.

К началу 2012 года мы прооперировали около 1 тыс. пациентов с активным ИЭ. Госпитальная летальность составила 5% и зависела от исходного состояния больных и сроков выполнения операции. Исследования показали, что в госпитальной и отдаленной летальности при активном и неактивном ИЭ достоверных различий не выявлено, что является аргументом в пользу агрессивной хирургической тактики при активном ИЭ. В то же время промедление с операцией приводит к развитию сердечной, полиорганной недостаточности, неврологического дефицита и повышению летальности.

Ранняя операция при ИЭ митрального и трикуспидального клапанов позволяет повысить долю успешной реконструкции и снизить количество протезозависимых осложнений. В нашем Центре создан банк криосохраненных клапанных аллографтов, использование которых при ИЭ АК позволило вдвое повысить выживаемость при абсцессах фиброзного кольца. Накоплен опыт почти 200 операций с использованием этих трансплантатов.

Таким образом, накопленный опыт свидетельствует о необходимости ранних вмешательств при активном клапанном инфекционном эндокардите не дожидаясь полного эффекта антибиотикотерапии. Появление первых признаков сердечной недостаточности, почечной недостаточности, несмотря на признаки сепсиса и bacteriemia должны служить показаниями к неотложному хирургическому вмешательству.

186 ТЕХНОЛОГИИ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Мухарьямов Ф. Ю.¹, Разумов А. Н.¹, Иванова Е. С.²

ГБУ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента Здравоохранения г. Москвы»¹, Москва; Московский областной центр медицинской профилактики ГАОУЗМО КЦВМИР², Москва, Россия

При создании индивидуальных реабилитационных программ (РП) мы руководствуемся такими факторами, как нозологическая форма и стадия заболевания, возраст и пол пациента, наличие сопутствующей патологии, индивидуальная переносимость лечения, прием базисной медикаментозной терапии. Применяемые нами РП состоят из следующих компонентов: диагностический мониторинг, физическая реабилитация (ФР), методы общего воздействия, методы локального воздействия, биорезонансная терапия, диет- и психотерапия. В качестве мониторинга мы применяем современные технологии, позволяющие максимально информативно оценить состояние кардиореспираторной системы до и после курса медицинской реабилитации. Такими методами являются спироэргометрия, компьютерная система измерения параметров центральной и периферической гемодинамики осцилляционным методом, системы компьютерных диагностик, позволяющие оценить уровень центральной и вегетативной регуляции и адаптации. Применяются методы ФР: ЛФК по классическим методикам, кардиотренировки на циклических и силовых тренажерах в режиме дозированных ступенчатых нарастающих физических нагрузок с мониторингом состояния кардиореспираторной системы во время занятия, занятия в лечебном бассейне (гидрокинезитерапия) с мониторингом пульса и коэффициента потребления кислорода. Наиболее эффективными методами общего воздействия в кардиологии мы считаем внутривенную лазеротерапию или внутривенную

озонотерапию, интервальные гипоксические тренировки, галотерапию, бальнеотерапию (скипидарные и углекислые ванны, вихревые двух- и четырех камерные ванны, «сухие» углекислые ванны, минеральные ванны), аэроиотерапию, фитароматерапию, иглорефлексотерапию. Из методов локального воздействия нами используется классический массаж и массаж в электростатическом поле, низкочастотная магнитотерапия, низкоинтенсивная лазеротерапия, трансцеребральная транквилизация, магнито-лазерная акупунктура. Перспективным направлением является применение различных методик биорезонансной и биомагнитноэнергорегуляционной терапии. В РП включаются 1–2 метода ФР, 2–3 метода общего воздействия, 1–2 метода локального воздействия, дополняя программу биорезонансными методами, по показаниям широко используем психотерапевтические методики. Продолжительность курса восстановительного лечения составляет 10 лечебных дней, однако многие пациенты продолжают заниматься ФР до 3–6 месяцев.

Таким образом, включение РП в терапевтический комплекс позволяет оптимизировать социальную и психологическую адаптацию, существенно улучшить качество жизни. Мы рекомендуем проводить курсы восстановительного лечения с периодичностью 2 раза в год на протяжении длительного времени.

187 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мухарьямов Ф. Ю.¹, Разумов А. Н.¹, Иванова Е. С.²

ГБУ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента Здравоохранения г. Москвы»¹, Москва; Московский областной центр медицинской профилактики ГБУЗ МО КЦВМИР², Москва, Россия

В настоящее время все большую актуальность приобретают современные новые технологии физиотерапии (ФТ) в восстановительном лечении (ВЛ) и медицинской реабилитации (МР) больных кардиологического и пульмонологического профиля. Также необходимым компонентом оценки эффективности ВЛ и МР является применение высоких технологий диагностического мониторинга.

Цель: изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Материал и методы: в данной работе были использованы следующие диагностические методы: объемная компрессионная осциллометрия (ОКО), дисперсионное картирование сердца (ДКС), исследование вариабельности ритма сердца (ИВРС) с последующей оценкой вегетативного статуса, спирометрия (СЭМ) в качестве пробы с физической нагрузкой, спирография (СГ), исследование газов крови транскутанным методом (ГКТК), биорезонансная технология — МОРА-диагностика. В исследование включено 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ИБС: ПИКС (152 мужчины и 91 женщина, средний возраст $62 \pm 4,3$ года) и 245 больных АГ (127 мужчин и 118 женщин, средний возраст — $48 \pm 5,6$ лет), а также 63 больных с респираторной патологией — бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести течения, дыхательной недостаточностью 0 — I степени (29 мужчин, 34 женщины, средний возраст $49 \pm 2,6$ лет). Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корригирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ), больные группы сравнения получали низкоинтенсивную накожную лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез, больные контрольной группы получали медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения. У больных БА применялись методы биоэнергетической резонансной терапии — БЕМЕР

или ПЕРТ-терапия (основная группа), группа контроля получала МТ, сравнимую с основной группой.

Результаты: полученные результаты показали различные аспекты саногенетического воздействия методов ФТ на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ — более высокую эффективность ВОТ у больных ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у больных АГ. Применение классических методов ФТ также не утратило своей актуальности и в совокупном применении методик оказывало выраженный положительный эффект на исследованные показатели. Использование методов биоэнергетической резонансной терапии у больных БА выявило достоверно значимые положительные изменения по показателям спирограммы, парциального напряжения кислорода крови и толерантности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС, АГ и БА нарушениями позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

Выводы: современные технологии диагностического мониторинга (СЭМ, ДКС, ИВРС, ОКО, СГ, ГКТК, МОРА-диагностика) являются методами точной оценки эффективности программ ВЛ и МР у больных кардиологического и пульмонологического профиля и могут быть рекомендованы для широкого применения в восстановительной медицине. Программы ФТ, включающие ВЛОК, ВОТ и ИГТ у больных ПИКС и АГ, высокие технологии биоэнергетической резонансной терапии у больных БА являются высокоэффективными немедикаментозными корригирующими технологиями при кардиореспираторных нарушениях.

188 ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Мухиддинов Б. И., Уразметова М. Д., Миркамалова Л. И.,¹ Абдуллаев Т. А.²

Центральный военный клинический госпиталь МО РУЗ¹; Республиканский специализированный центр кардиологии², Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить состояние иммунного статуса пациентов с ПМК при наличии признаков дисплазии соединительной ткани и без таковых.

Материал и методы. Комплексное клинико-лабораторное обследование проведено у 50 лиц мужского пола в возрасте от 18 до 38 лет ($24,9 \pm 1,18$) с ПМК, из них 22 человек с наличием вегетативной дисплазией соединительной ткани — 1 группа (ПМК+ДСТ) и 28 пациентов только с пролапсом митрального клапана — 2 группа (ПМК). В качестве контроля обследованы 10 практически здоровых лиц (доноров). Исследования показателей иммунного статуса проводились согласно унифицированным тестам Института иммунологии АН Р УЗ и Института иммунологии РФ (2004).

Результаты. По сравнению с контрольной группой у больных ПМК отмечались снижение показателей Т-клеточного иммунитета, которые выражались в достоверном уменьшении количества Т-лимфоцитов, CD^{4+} клеток, снижении активности по CD^{25+} клетками с увеличением процесса апоптоза. Нарушение естественных факторов защиты по состоянию ФАН и НК с повышением концентрации ЦИК среднего и мелкого размера, а также повышение процента АСЛ и А-РОЛ свидетельствуют о значительном изменении иммунного статуса при ПМК.

Вместе с тем полученные нами результаты по изучению иммунного статуса у пациентов с ПМК показали, что обнаруженные при этом различия имеют свои особенности по степени (средняя, высокая и слабая) и направленности выявленных нарушений, что возможно связано с этиологией ПМК (врожденные или приобретенные). В связи с этим было проведено сравнение иммунного статуса двух подгрупп больных (ПМК+ДСТ и ПМК).

Оказалось, что для больных ПМК с наличием признаков ДСТ характерно достоверно более низкое абсолютное количество Т-лимфоцитов (767 ± 34 кл/мкл против 1313 ± 51 кл/мкл, $P < 0,05$) и В-лимфоцитов (311 ± 14 кл/мкл против 475 ± 19 кл/мкл, $P < 0,05$). В подгруппе ПМК+ДСТ выявлено достоверное повышение количества АСЛ до $6,9 \pm 1,2\%$ против $3,8 \pm 0,43\%$ ($P < 0,05$). Различия между остальными показателями оказались недостоверными. Спектр патологии при ДСТ затрагивает многие органы и системы, что возможно проявляется в более выраженных изменениях иммунного статуса.

Таким образом, согласно теории первичного дефекта развития соединительнотканного аппарата митрального клапана, ПМК может быть неполной формой наследственной болезни, которая выражается комплексом изменений, составляющих синдром дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Однако для детализации различий между этими подгруппами больных ПМК, необходимо дальнейшее иммуногенетическое исследование с помощью HLA-системы.

189 КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ЭТАПАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ СУЩЕСТВОВАНИЯ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ

Навджуванов И. М., Элтаназаров М. Д., Самадов Ш. Х., Латипов Ш. Л.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Полная АВ–блокада (ПАВБ) нередко осложняет течение ИБС, являясь тяжелым и неблагоприятным по прогнозу нарушением проведения сердечного импульса. Полная АВ–блокада приводит к нарушениям систоло-диастолической функции сердца, и, как следствие, к приводит к сердечной недостаточности (СН). Однако на каком этапе существования блокады изменяется функция сердца в систолу и диастолу, и есть ли корреляция между показателями гемодинамики и продолжительностью блокады, только предстоит уточнить, что является актуальной задачей кардиологии.

Цель: сопоставление эхокардиографических показателей, характеризующих систолическую и диастолическую функции сердца у больных ИБС, в зависимости от давности существования ПАВБ.

Материал и методы. Обследовано 104 больных, страдающих ИБС (61 женщина, 43 мужчины) в возрасте от 46 до 92 лет (в среднем, $75,4 \pm 1,2$ г.). 21 больной в анамнезе перенес инфаркт миокарда, у 32 больных имела место стенокардия напряжения II–III функционального класса, у 51 больного был диагностирован атеросклеротический кардиосклероз. У 26 больных имела проксимальная ПАВБ ($QRS \leq 0,10 \pm 0,02$ мс), у 78 больных – дистальная ($QRS \geq 0,12 \pm 0,03$ мс). Давность блокады колебалась от одного месяца до трех лет.

Оценивали функциональное состояние больных ИБС с ПАВБ в соответствии с Нью-йоркской (NYHA) классификацией СН. Состояние гемодинамики изучали посредством эхокардиографии в одномерном, двухмерном и импульсном доплеровском режимах. Оценивали конечно-систолический (КСО), конечно-диастолический (КДО) и ударный объемы (УО), фракцию выброса (ФВ), скорости кровотока в фазе быстрого наполнения (VE) и в фазе систолы предсердий (VA), а также соотношение пиковых скоростей (VE/VA).

Результаты. У 98 больных имелись клинические проявления СН: у 7 больных – I функционального класса (ф. кл.); у 69 – II ф. кл., у 22 больных – III ф. кл. по NYHA. Результаты изучения гемодинамики представлены в таблице. Выявлены достоверные различия между объемами ЛЖ, показателями VE и VA в прямой зависимости от ф. кл. СН. Наименее существенно менялась ФВ, и то при наиболее высоком ф. кл. СН.

Показатель	Функциональный класс СН (NYHA)			p
	I ф. кл. (n=7)	II ф. кл. (n=69)	III ф. кл. (n=22)	
КСО (мл)	$35,0 \pm 6,5$	$40,0 \pm 3,0$	$56,0 \pm 6,9$	0,001
КДО (мл)	$106,1 \pm 10,9$	$133,9 \pm 4,6$	$159,2 \pm 8,8$	0,001
УО (мл)	$76,4 \pm 8,4$	$86,0 \pm 7,1$	$104,1 \pm 2,3$	0,001
ФВ (%)	$70,5 \pm 1,3$	$67,4 \pm 3,9$	$60,3 \pm 3,1$	0,05
Ve (см/с)	$97,3 \pm 7,4$	$88,4 \pm 3,3$	$64,6 \pm 4,1$	0,001
Va (см/с)	$77,8 \pm 5,7$	$83,7 \pm 4,4$	$77,0 \pm 6,2$	-
Ve/Va (ед)	$1,4 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,1$	0,001

Выводы. У больных ИБС выраженность показателей конечно-систолического и конечно-диастолического объемов ЛЖ тесно коррелируется с давностью существования ПАВБ. Диастолическая дисфункция левого желудочка обусловлена псевдонормальным типом кровенаполнения левого желудочка с дальнейшим переходом к типу замедленной релаксации.

190 ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Наумова Е. А., Строчкова Е. В., Шварц Ю. Г.

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

Цель: выявить особенности личности лечащего врача, влияющие на приверженность к длительному лечению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы: практикующим врачам терапевтам и кардиологам предлагалось заполнить ряд опросников для определения типа темперамента, наличия и выраженности синдрома эмоционального выгорания и способности к эмпатии. В последующем, для каждого врача набиралась группа пациентов, с которыми осуществлялся телефонный контакт через год после их выписки из стационара. В ходе телефонного разговора пациентов спрашивали о продолжении ими терапии, назначенной в стационаре, о регулярности приема препаратов, о частоте пропусков, и об оценке пациентом своего лечащего врача.

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 года. 74,3% (25 человек) врачей имеют стаж работы в стационаре более 5 лет. Связаться через год после выписки из стационара удалось со 147 пациентами, из которых полностью прекратили лечение рекомендованными препаратами 18,4% (27) пациентов. С помощью пошаговой логистической регрессии удалось выявить группу факторов, влияющих ($p = 0,004$) на продолжение рекомендованной терапии в течение года: наличие инфаркта миокарда в анамнезе у пациента (ОШ 0,35 при ДИ 95% 0,13–0,94; $p = 0,03$), оценка пациентом своего лечащего врача (ОШ 2,1 при ДИ 95% 1–4,2; $p = 0,04$), а также наличие детей у лечащего врача (ОШ 3,8 при ДИ 95% 0,94–15,2; $p = 0,05$) и пол пациента (ОШ 0,4 при ДИ 95% 0,13–1; $p = 0,06$). На регулярность терапии, оказывала влияние ($p = 0,05$) следующая группа факторов: перенесенный инфаркт миокарда (ОШ 0,45 при ДИ 95% 0,26–0,96; $p = 0,04$) и оценка лечащего врача (ОШ 1,9 при ДИ 95% 0,9–4,17; $p = 0,08$). В свою очередь, личностные характеристики лечащего врача, с вероятностью $p = 0,03$, влияющие на оценку его пациентом, это эмоциональное истощение (ОШ 1,1 при ДИ 95% 1–1,2; $p = 0,04$); деперсонализация (ОШ 0,8 при ДИ 95% 0,7–1; $p = 0,05$); редукция личностных достижений (ОШ 0,9 при ДИ 95% 0,81–0,98; $p = 0,02$).

Выводы: оценка пациентом своего лечащего врача, достоверно и значимо влияет как на приверженность к длительному лечению, так и на его регулярность. На формирование этой оценки наибольшее влияние оказывают восприятие пациентом своего врача, а также степень выраженности у врача ком-

понентов синдрома эмоционального выгорания: высокая деперсонализация (цинизм), редукция личностных достижений и низкий уровень эмоционального истощения.

191 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИВАБРАДИНА И БИСОПРОЛОЛА НА ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Недоруба Е. А., Багмет А. Д., Анисимова Е. А., Ким Т. К.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Нагрузочные ЭКГ тесты занимают лидирующее место среди всех методов диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) по своей практической значимости, изученности и широте применения, а также потому, что могут быть использованы не только для диагностики, но и прогнозирования исходов ИБС.

Цель: оценить эффективность влияния ивабрадина, по сравнению с бета-блокатором на толерантность к физической нагрузке.

Материал и методы. В исследование было включено 64 пациента со стабильной стенокардией I–III функционального класса, с обязательным наличием устойчивого синусового ритма, в возрасте от 45 до 74 лет. Все больные были разделены на 2 равные группы. Первая группа получала стандартную терапию ИБС, включающую применение дезагрегантов, нитратов короткого действия, статинов, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, с добавлением β -адреноблокатора (бисопролола) в дозе 5–10 мг/сутки; во второй группе дополнительно к основному лечению добавляли If-ингибитор (ивабрадин), в дозе 5–7,5 мг 2 раза сутки. Нагрузочный ЭКГ-тест проводили на тредмиле «Stress-Test ST-2001» (Нидерланды) с использованием модифицированного протокола Брюса.

Результаты. После лечения в группе бисопролола прирост максимально достигнутой нагрузки составил 26,1%, объем выполненной внешней работы возрос на 24,6%, что привело к выраженному удлинению общей продолжительности нагрузки на 7,1%, продолжительность восстановительного периода снизилась на 15,2%. В группе ивабрадина после лечения прирост максимально достигнутой нагрузки составил 59,4%, объем выполненной внешней работы возрос на 41,8%, что привело к выраженному удлинению общей продолжительности нагрузки на 26,5%, продолжительность восстановительного периода снизилась на 36,6%.

Заключение. Установленная динамика показателей характеризовала повышение адаптации пациентов к физической нагрузке одновременно в двух группах.

192 ВЗАИМОСВЯЗЬ СКОРОСТИ АКТИВАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ФОРМАХ ИБС И ГИПОТИРЕОЗА У ЖЕНЩИН.

Неучева Е. А.¹, Левашов С. Ю.²

Городская больница № 3, Миасс¹; Челябинская государственная медицинская академия², Челябинск, Россия

Известно, что гипотиреоз сопровождается многообразными нарушениями со стороны миокарда, приводящими к нарушениям электрической активности сердца. При этом ухудшение коронарного кровотока на фоне атеросклероза усугубляет эти нарушения и ранними маркерами этих нарушений является изменения скоростных характеристик электрической активности сердца

Цель: изучить взаимосвязь скоростных показателей электрической активности сердца со степенью коронарного атеросклероза при сочетанных и изолированных формах гипотиреоза (ГЗ) и ИБС у женщин.

Материал и методы. Сравнительное когортное исследование среди лиц женского пола в возрасте 50–64 года (средний возраст $56,1 \pm 5,1$). Не включались пациенты: перенесшие ОИМ, имеющие АГ высокой степени, мерцательную аритмию, декомпенсированную сердечную недостаточность, страдающие сахарным диабетом. Пациенты были разделены на 3 группы: 1 – с ИБС ($n=57$), 2 – с ГЗ ($n=53$), 3 – с ИБС и ГЗ ($n=45$). Всем проведено клиническое обследование, ЭКГ с первой производной с расчетом величины скорости активации желудочков (САЖ) сердца, по показаниям – коронароангиография. В зависимости от степени стенозирования коронарных артерий (КА) пациенты разделены на подгруппы: 1 – неизменные КА или стеноз до 50%, 2 – стенозы 51–75%, 3 – более 76%. Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS, версия 17,0. Данные представлены в виде $M \pm m$. Оценка взаимосвязи проводилась с помощью корреляционного анализа. Достоверность различий определялась при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что в группе ИБС частота значимых стенозов была выше – 50% ($n=27$), чем у лиц с сочетанием ГЗ и ИБС – 41,8% ($n=18$), $p > 0,05$. При этом в группе с сочетанием ИБС и ГЗ не выявлено ни одного случая с окклюзией коронарных артерий. По показателю САЖ в зависимости от степени стеноза в КА среди пациентов с ИБС и сочетания ИБС и ГЗ достоверных различий не выявлено. Однако в группе ИБС значимая разница показателей САЖ была между больными 1 и 3 подгрупп ($p=0,000$), 2 и 3 подгруппами ($p=0,006$). В группе сочетания ИБС с ГЗ достоверные различия величины САЖ были только между лицами с неизменными/малоизменными КА и со стенозом более 76% ($p=0,004$). Между 1 и 2 подгруппами, как у лиц с изолированной ИБС, так и при сочетании ИБС и ГЗ, различий по величине САЖ не установлено. Между величиной САЖ и степенью стенозирования КА выявлена обратная зависимость – чем больше степень стеноза, тем меньше показатели САЖ: в группе изолированной ИБС $r = -0,849$, $p = 0,0001$, в группе сочетания ИБС и ГЗ $r = -0,559$, $p = 0,001$.

Выводы.

1. Сочетание ИБС и гипотиреоза не ассоциируется с увеличением степени тяжести стеноза коронарных артерий.

2. Увеличение степени стеноза коронарных артерий во всех группах больных ИБС ассоциируется со снижением скоростных характеристик электрической активности сердца, которые могут служить ранним неинвазивным диагностическим маркером степени атеросклеротического стенозирования КА.

193 СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРЕПАРАТАМИ АКТИЛИЗЕ И МЕТАЛИЗЕ

Николов М. М., Соседков А. Б.

Городская станция скорой медицинской помощи, Березники, Россия

Цель: клинически сравнить эффективность тромболитической терапии (ТЛТ) препаратами компании «Boehringer Ingelheim» Актилизе и Метализе у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом ST.

Материал и методы. В группу, получивших ТЛТ препаратом Актилизе вошло 111 человек, из которых 86 мужчин (77%) и 25 женщин (23%). Средний возраст пациентов составил 55 лет. В группу, получивших ТЛТ препаратом Метализе вошло 138 человек, из которых 90 мужчин (65%) и 48 женщин (35%). Средний возраст составил 61 год. Среднее время от начала болевого приступа до проведения ТЛТ в группе Актилизе составило 137 минут, в группе Метализе – 128 минут. Препараты вводились в соответствии с инструкцией по медицинскому применению. Оценка эффективности проводилась в течение 60–90 минут по результатам ЭКГ (снижение ST на 50% и более) и объективных данных пациента.

Результаты. При применении Актилизе эффективность ТЛТ отмечалась в 74% случаев, в группе Метализе – в 77% случаев. В зависимости от промежутка «боль-игла», эффективность ТЛТ

в группе Актилизе составила: до 1 часа — 28 из 34, до 2-х часов — 30 из 37, до 3-х часов — 10 из 12, до 4-х часов — 6 из 10, до 5 часов — 4 из 8, до 6 часов — 1 из 4, и свыше 6 часов — 3 из 6 случаев. В группе Метализе: до 1 часа — 29 из 38, до 2-х часов — 43 из 52, до 3-х часов — 15 из 16, до 4-х часов — 7 из 9, до 5 часов — 8 из 8, до 6 часов — 3 из 8, и свыше 6 часов — 1 из 4 случаев. Эффективность при Killip III–IV в группе Актилизе составила 10 из 14 случаев (71%), в группе Метализе из 9 из 16 случаев (56%). Общая летальность больных составила по 7,2% в обеих группах. Соответственно, в группах Актилизе и Метализе смерть при бригаде наступила в 1 случае (12,5%) и 5 (50%), смерть в течение суток в 3 случаях (37,5%) и 1 (10%), в сроке более суток в 4 случаях (50%) и 4 (40%). Ранние осложнения ТЛТ в группе Актилизе и Метализе, соответственно, составили: желудочковая экстрасистолия 13% и 6%, эктопический ритм 3% и 5%, фибрилляция предсердий 5% и 3%, фибрилляция желудочков по 1%, «малые» кровотечения 3% и 2%, и желудочковая тахикардия 1% в группе Актилизе. Поздние осложнения наблюдались только после применения Актилизе: один случай геморрагического инсульта через 12 часов после ТЛТ и один случай желудочно-кишечного кровотечения через 2 суток. Повторные инфаркты миокарда той же локализации в группе Актилизе отмечены у 4 больных (3,6%): 2 — через месяц и 2 — через 6 месяцев. В группе Метализе повторный инфаркт был у 1 больного (0,7%) через 6 месяцев.

Выводы. Тромболитический эффект, частота ранних осложнений, общая летальность при применении обоих препаратов примерно одинаковы. Эффективность Актилизе была несколько выше в первый час применения и после 6 часов от начала болевого синдрома. Применение Метализе дало меньше поздних осложнений и имело лучшие отдаленные последствия, чем Актилизе.

Заключение. Препаратом выбора для лечения при ОКС с подъемом ST в условиях скорой помощи является Метализе, из-за удобного способа введения. Актилизе может использоваться, как «тромболитик резерва» при ОКС с подъемом ST и препаратом выбора при ТЭЛА. Известный интерес представляет цена одного применения Актилизе, которая ниже стоимости применения Метализе примерно на 30%.

194 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ И СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Нурмухамедов А. И., Аляви А. Л., Абдуллаев А. Х., Туляганова Д. К.

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

Известно, что у женщин в период менопаузы чаще встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы по сравнению с таковыми у мужчин. Эстрогенная недостаточность вызывает повышение артериального давления (АД) и нарушения липидного обмена, что значительно снижает качество жизни. Клинические проявления климактерических расстройств варьируют от ранних вазомоторных и эмоционально-вегетативных симптомов до метаболических проявлений в поздней менопаузе: атеросклероз и сопряженные с ним болезни (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания). Патогенетическую профилактику метаболических нарушений, связанных с эстрогенным дефицитом, можно проводить заместительной гормональной терапией (ЗГТ) эстроген гестагенными препаратами.

С этой целью проведена монотерапия ЗГТ и сочетания ЗГТ с энзимотерапией — препаратом Контаб, у женщин с климактерическим синдромом (КС).

Пациентки с КС в возрасте 45–65 лет и с давностью заболевания от 1 до 10 лет были разделены на 2 группы: основная 50 женщин и контрольная — 45 женщин. Обследуемые обеих групп получали препараты: Климонорм, Прогинова; Фемостон 1/10 и Фемостон 2/10. Пациенткам II-контрольной группы ЗГТ дополнялось добавлением препарата Контаб (по 5 таблеток 3 раза в день по 1 месяцу — каждый квартал (т.е. каждые 3 месяца). Контроль эффективности лечения осуществлялся путем динами-

ческого наблюдения за спектром липопротеидов сыворотки крови, за уровнем половых гормонов (фолликулостимулирующий (ФСГ) и эстрадиол), показателями свертываемости крови и проведением ультразвукового исследования органов репродуктивной системы в процессе 1, 3 и 6 месячного курсов лечения.

До лечения больных беспокоили сердцебиение, кардиалгии, лабильность АД, а бессонница, головные боли, головокружение и приливы жара, слабость, утомляемость, они были также нервными. В процессе лечения больные обеих групп отмечали улучшение общего состояния: большинство жалоб исчезло, и восстановилась трудоспособность, повысилось качество жизни. У больных II — группы, лечение которых ЗГТ дополнялось Контабом значительно раньше (уже в конце 1 го месяца) наблюдалось улучшение состояния, стабилизация и нормализация АД, произошли благоприятные сдвиги в изученных показателях липидного спектра, гормонов и особенно, свертываемости крови. Полученный эффект сохранялся до 2–3 месяцев, что позволяет рекомендовать проведение повторных курсов терапии по 1 месяцу с 3-х месячным интервалом. При этом назначение препаратов системной энзимотерапии не исключает, а напротив, дополняет ЗГТ, помогает устранять его побочные эффекты.

Таким образом, использование препарата Контаб в комплексе с ЗГТ позволяет эффективно лечить клинические проявления КС и предупреждать развитие грозных сердечно-сосудистых осложнений у этой категории больных.

195 МОДЕЛИРОВАНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА МЫШАХ: МЕТОДОЛОГИЯ, МОНИТОРИНГ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Овсепян А. А.⁴, Панченков Д. Н.^{1,3}, Прохорчук Е. Б.¹, Телегин Г. Б.⁴, Жигалова Н. А.¹, Голубев Е. П.², Свиридова Т. Е.⁵, Мацкеллишвили С. Т.², Скрябин К. Г.¹, Бузашвили Ю. И.^{1,2}

Центр «Биоинженерия» РАН¹; Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН²; Московский государственный медико-стоматологический университет³; Филиал Учреждения Российской академии наук Института биорганической химии им. академиков М. М. Шемякина и Ю. А. Овчинникова РАН (ФИБХ)⁴; Дорожная клиническая больница им. Н. А. Семашко ОАО «РЖД»⁵, Москва, Россия

Инфаркт миокарда — одно из тяжелых и распространенных заболеваний в мире. Впервые в России разработан минимально инвазивный метод моделирования инфаркта миокарда у мышей с помощью лигирования коронарной артерии сердца или контролируемой электрокоагуляции. Налажен комплекс анестезиологических, микрохирургических и реанимационных мероприятий, достигнуто снижение послеоперационной летальности животных с 94,6 до 13,6%. Регистрация электрокардиограммы позволила диагностировать развитие крупноочагового или поверхностного инфаркта миокарда. В результате гистологических исследований очаги некроза выявлены в сердечной мышце 87,5% мышей. Диагностические данные позволяют говорить о возможности создания адекватной модели инфаркта миокарда на лабораторных мышах. Дальнейшая отработка и стандартизация экспериментального инфаркта миокарда позволит применять данную модель к геномодифицированным линиям мышей, что важно для поиска эффективных способов лечения.

196 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АССОЦИИРОВАННЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Оконечникова Н. С., Болотнова Т. В.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Цель: оценить систолическую и диастолическую функции левого желудочка (ЛЖ) у больных пожилого возраста при артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни

сердца (ИБС), ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) или сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материал и методы. Допплер-эхокардиографическое исследование проведено 40 больным ИБС ($65,4 \pm 0,5$ лет), 60 больным АГ и ИБС ($64,7 \pm 0,6$ лет), 60 больным АГ и ИБС в ассоциации с ХОБЛ ($65,9 \pm 0,5$ лет) и 34 больным АГ и ИБС в ассоциации с СД 2 ($70,9 \pm 1,9$ лет). Больные с изолированной систолической и вторичными АГ, а также с острыми формами ИБС в исследование не включались. Глобальную систолическую функцию ЛЖ оценивали с помощью фракции выброса (ФВ), а диастолическую функцию – с помощью показателей трансмитрального кровотока (ТМК).

Результаты. У больных АГ в ассоциации с ХОБЛ выявлены выраженные процессы ремоделирования обоих желудочков сердца. Достоверно низкий ударный объем ЛЖ был установлен в группе больных АГ и ИБС в ассоциации с ХОБЛ ($65,7 \pm 2,6$ мл, $p < 0,05$) и в группе больных АГ и ИБС ($67,2 \pm 3,0$ мл, $p < 0,05$) по отношению к лицам контрольной группы пожилого возраста ($76,6 \pm 3,4$ мл). У больных АГ+ИБС+ХОБЛ выявлялась достоверно низкая ФВ ($42,7 \pm 0,7\%$) в сравнении с больными изолированной ИБС ($51,4 \pm 2,3\%$, $p < 0,001$) и группой контроля ($55,3 \pm 2,9\%$, $p < 0,001$). ФВ у больных АГ+ИБС составила $45,5 \pm 2,1\%$, что было достоверно ниже, чем в контрольной группе ($55,3 \pm 2,9\%$, $p < 0,01$). При проведении корреляционного анализа в группе больных ассоциированной патологией обнаружена обратная взаимосвязь ФВ с величиной систолического давления в легочной артерии ($r = -0,727 \pm 0,06$, $p < 0,001$). При изучении диастолической функции ЛЖ было установлено, что присоединение ХОБЛ не оказывает существенного достоверного влияния на ТМК.

У всех больных АГ и ИБС в ассоциации с СД 2 также выявлено ремоделирование ЛЖ, при этом достоверно часто встречалась концентрическая ($32,4\%$) и эксцентрическая гипертрофия в сравнении с больными АГ и ИБС ($p < 0,05$). Существенного влияния СД 2 на систолическую функцию ЛЖ установлено не было. Диастолическая дисфункция ЛЖ отмечена у 100% обследованных больных. Выраженность диастолических расстройств увеличивалась при присоединении СД 2, что выражалось в появлении пациентов с ригидным типом дисфункции.

Выводы. Присоединение ХОБЛ к сердечно-сосудистой патологии у больных пожилого возраста обуславливает развитие выраженного ремоделирования обоих желудочков сердца и снижение глобальной систолической функции ЛЖ, обратно коррелирующее с уровнем систолического давления в легочной артерии. В отличие от этого присоединение СД 2 типа приводит к более выраженным нарушениям диастолической функции ЛЖ без значительного влияния на его сократительную функцию. Данные особенности необходимо учитывать при назначении лекарственной терапии пациентам пожилого возраста с ассоциированными формами артериальной гипертензии.

197 ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЖИЗНЕОПАСНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Олимов Н. Х., Азимов С. Х., Мавлонов Б. Н.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучение жизнеопасных нарушений ритма у больных со стабильной стенокардией с безболевым синдромом ишемии миокарда, в зависимости от дисбаланса вегетативной нервной системы.

Материал и методы. Одним из экспресс-методов оценки в современных компьютерных медицинских технологиях

является определение соотношения между спектральной мощностью вариаций кардиоинтервала на частотах волн Маера $0,04-0,15$ Гц и дыхательных волн $0,15-0,4$ Гц.

Обследовано 104 больных со стабильной стенокардией, средний возраст 66 ± 6 , из них 64 мужчин и 40 женщин. Длительность регистрации вариаций кардиоинтервала в каждом наблюдении составляла 10 минут.

Результаты. Больные в зависимости от вегетативной регуляции были разделены на 3 группы. Первая группа – с преобладанием симпатической регуляции сердечной деятельности ($44,4\%$), вторая группа – нормотонической регуляции ($17,6\%$) и третья группа парасимпатической (38%). В 1 группе в 4,5 раза чаще, чем в 3-ей, отмечались такие нарушения ритма, как частая экстрасистолия, политопная желудочковая экстрасистолия, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. Нарушения АВ проводимости, наоборот, в 1,8 раза чаще развивались в 3 группе, по сравнению с 1 группой. Группа с преобладанием нормотонической регуляции занимала промежуточное положение по частоте развития нарушений ритма и проводимости, и ни в одном случае не зафиксированы жизнеугрожающие аритмии.

При сопоставлении величин сдвигов вегетативного баланса и выраженности аритмии был отмечен ряд закономерностей. Во-первых, снижение индекса вегетативного баланса в сравнении с нормой, отражающее парасимпатическую направленность вегетативной регуляции, что однозначно коррелировало с усилением аритмии. Выраженность аритмии по мере усиления указанного дисбаланса достоверно (в 2–4 раза) превышала значения возрастной нормы. Выявлено, что снижение индекса вегетативного баланса (<1) указывает на парасимпатическую активацию, и дальнейшее усиление в сторону критического значения ($<0,3$) может рассматриваться ($n=14$) как фактор риска развития нарушений сердечного ритма и в том числе, жизнеопасных аритмий ($13,4\%$). Во-вторых, длительное или резкое превышение верхней границы неравенства (>5 , $n=10$, $9,6\%$ случаев) характеризует критический режим вегетативного дисбаланса и создает предпосылки развития жизнеопасных нарушений ритма.

Выводы. Таким образом, оперативный контроль вегетативного баланса позволяет выявлять пациентов, относящихся к одной из двух групп риска и, в зависимости от направленности гиперактивации вегетативного тонуса, своевременно выбирать адекватную терапию, и предупреждать развитие жизнеугрожающих аритмий.

198 ЦЕНТРАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Олимов Н. Х., Азимов С. Х., Мавлонов Б. Н.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить степень нарушений центральной регуляции сердечного ритма и выявить связь с внезапной смертью у больных стабильной стенокардией с безболевым синдромом ишемии миокарда.

Материал и методы. Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме I или 2 стандартного отведения. Выделение последовательности R-R и последующую обработку данных проводили цифровым методом on line по специальной методике.

Спектральная оценка (β) флюктуаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне $4,0 \times 10^3 \dots 4,0 \times 10^4$ Гц (ультранизкие частоты). Спектр мощности исследуемого процесса на этих частотах описывает зависимость вида $1/f^{\beta}$, где f – частота флюктуаций, β -спектральная оценка, характеризующая степень интеграции системных связей формирующих экстракар-

диальную регуляцию (ЭКР) со стороны центральных отделов нервной системы. Снижение β -характеризует потерю устойчивости системы и является мерой дезинтеграции системных связей ЭКР. В норме $\beta=0,95\pm0,12$ отн. ед. (динамический диапазон 0,7...1,3). Помимо показателя β , вычисляли среднее значение R-R интервала, его стандартное отклонение δRR – вариабельность сердечного ритма. В исследовании включали пациентов со стабильной стенокардией с безболевым формой ишемии миокарда ($n=120$). Средний возраст 64 ± 7 , из них 70 мужчин и 50 женщин.

Результаты. Обработка полученных данных показала, что структура УНЧ флюктуации кардиоинтервала у пациентов стабильной стенокардией с безболевым формой ишемии миокарда ($\beta=0,48\pm0,13$, $\delta=18\pm6$ мс) существенно отличаются от контроля. В ходе лечения, в течение месяца вышеизложенные параметры постепенно у большинства больных возвращались ближе к норме: $\beta=0,72\pm0,11$ и $\delta=26\pm6$ мс. Анализ показателей больных с летальным исходом ($n=15$ или 12,5%) показал, что для этих больных характерна выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению обоих параметров к низкому значению за несколько дней до развития внезапной смерти, или инфаркта миокарда ($\beta=0,18\pm0,06$, $\delta=9\pm5$ мс). Сравнительный анализ показал, что у умерших больных со стабильной стенокардией с безболевым формой ишемии миокарда в отличие от выживших, наблюдается снижение показателей системных связей формирующих ЭКР со стороны ЦНС и вариабельности сердечного ритма (β и σ) к нулевым значениям.

Выводы. Контроль за этими показателями у больных стабильной стенокардией с безболевым формой ишемии миокарда может позволить превентивно диагностировать снижение устойчивости ЭКР за несколько дней до ухудшения состояния и выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития внезапной смерти или инфаркта миокарда.

199 ЗНАЧЕНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Олимов Н. Х., Азимов С. Д., Мавлонов Б. Н., Мусоев И. И.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить степень изменений показателей калликреин-кининовой системы (ККС) крови у больных с различными формами ИБС.

Материал и методы. Фактическим материалом исследования послужило обследование 81 больного ишемической болезнью сердца, проходивших стационарное лечение в кардиологическом центре г. Душанбе.

Состояние ККС крови оценивали по содержанию калликреина, прекалликреина, А1-антитрипсина, А-2 макроглобулина биологическим методом (Суруикина М. С., 2005). Исследование показателей ККС проводилось в динамике стационарного лечения (при поступлении на 1–3 сутки; и на 15 сутки пребывания в стационаре). Больным со стенокардией исследования проводились в межприступный период.

Результаты исследований свидетельствуют, что задолго до развития инфаркта миокарда у больных со стенокардией регистрируется повышение активности калликреин-кининовой системы. Это выражается в увеличении КК, снижении кининообразующего компонента – прекалликреина и снижении ингибиторной емкости КК. Это обстоятельство позволяет отнести калликреин-кининовую систему крови к системе «быстрого реагирования» на патологические изменения в организме человека, причем степень изменения баланса кининов зависит от глубины поражения, степени ишемии миокарда и наличия осложнений. По результатам наших исследований и литературных сведений практического врача должно настораживать состояние массивного кининогенеза, значительное снижение ингибиторной активности КК с первых дней заболевания инфаркта миокарда, поскольку это является прогностически неблагоприятным признаком,

и впоследствии приводит к развитию стойкой гипотензии, шока и других осложнений.

Выводы. Сложная организация кининовой системы крови, позволяющая быстро реагировать и контролировать метаболизм может быть использована в практической деятельности. Изменения компонентов ККС крови (быстрое и массивное их образование, а также быстрое их исчезновение) в биохимической регуляции может быть фактором-предиктором инфаркта миокарда. В каждодневной практической деятельности врача кардиолога исследования ККС крови является весьма трудоёмким и дорогостоящим анализом, но вполне оправдывающим себя в тактике ведения пациентов с длительными и хроническими формами стенокардии, с целью доклинической диагностики инфаркта миокарда, его осложнений и профилактики.

200 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЕ АЛЬФА ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Олимов Н. Х., Мавлонов Б. Н., Азимов С. Х.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Как известно, у больных сахарным диабетом (СД) с тяжелой вегетативной нейропатией скрытая ишемия выявляется в 90% случаев. Прогноз пациентов, перенесших инфаркт миокарда, ассоциированный с СД 2 типа, характеризуется высоким риском развития аритмий и внезапной сердечной смерти.

Цель: изучить эффективность влияния препарата альфа-липоевой кислоты у больных перенесенным инфарктом миокарда с безболевым формой ишемией миокарда и сахарным диабетом.

Материал и методы. Проведено суточное мониторирование ЭКГ, где выявлена депрессия интервала ST у обследованных больных ($n=120$) с перенесенным инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа (средний возраст 64 ± 8 , из них 68 мужчин и 52 женщины, давность СД – $6,2\pm1,4$ года). Больные распределены на две группы по 60 человек: первая группа на фоне основной терапии (антиагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины, сахароснижающих препаратов) дополнительно получала препарат альфа-липоевой кислоты – по 600 мг внутривенно в сутки, в течение 10 дней, далее внутрь по 50–100 мг в течение 3 месяцев. Вторая группа получала только основную терапию без альфа-липоевой кислоты.

Результаты. Анализ больных первой группы показал, что на фоне терапии альфа-липоевой кислоты у 49 больных (81,6%) при повторном суточном мониторировании ЭКГ, имевшая место ишемия в виде депрессии ST не была зафиксирована. А также на этом фоне не были зафиксированы сложные аритмии, проявление недостаточности кровообращения, улучшилось качество жизни, переносимость физических нагрузок, и не были случаи развития повторного инфаркта миокарда или внезапной смерти. У остальных 11 пациентов первой группы (18,4%) эффективность альфа-липоевой кислоты была незначительна и депрессия интервала ST составила не более 1,5 мм, что возможно связано с многосудистым поражением коронарных артерий на фоне СД.

Анализ больных второй группы показал, что у 9 пациентов (15%) развился повторный инфаркт миокарда, из них 4 случая с летальным исходом. В 3 случаях (5%) зафиксирована внезапная смерть в амбулаторных условиях. У 51% больных ($n=31$) имели место различные нарушения ритма и проводимости, в том числе экстрасистолы высоких градаций по Лауну Вольфу у 11 больных (18%). Выяснилось, что почти у всех больных второй группы имело место снижение переносимости физических нагрузок, качество жизни и проявление недостаточности кровообращения.

Выводы. Применение альфа-липоевой кислоты в комплексном лечении больных постинфарктным кардиосклерозом с безболевым синдромом ишемии миокарда на фоне СД не только устраняет ишемию миокарда, но и снижает риск развития аритмий, внезапной смерти и повторного инфаркта миокарда у этих пациентов.

201 МЕТОД КАРДИОСИНХРОНИЗИРОВАННОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ АНТЕГРАДНОЙ ПНЕВМОКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Орлова М. А.¹, Зудин А. М.^{1,2}, Сударев А. М.³

НУЗ ЦКБ № 2 им. Н. А. Семашко ОАО «РЖД»¹; ФГБОУ ВПО РУДН²; ИРЭ им. В. А. Котельникова РАН³, Москва, Россия

Цель: оценить непосредственную эффективность и безопасность кардиосинхронизированной последовательной антеградной пневмокомпрессии (КПАПК) в лечении больных с ишемической болезнью сердца и хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК).

Материал и методы. В исследование были включены 10 больных мужского пола, средний возраст пациентов составил $56,9 \pm 7,5$ года. 5 (50%) пациентов со II ФК стенокардии, и 5 (50%) с III ФК стенокардии (классификация стенокардии канадской ассоциации кардиологов). 4 (40%) пациентов со IIa стадией, а 6 (60%) пациентов с IIb стадией ишемии нижних конечностей (классификация А. В. Покровского, 1976 г.). Протокол исследования состоял из 30 процедур по 60 мин в день и был реализован на базе комплекса для наружной контрпульсации «Кардиопульсар» (ООО «КОНСТЭЛ», Россия). В кардиосинхронизированном ангиорежиме подавалось давление в манжеты до 280 мм.рт.ст. в антеградном направлении (от бедер к голеням) в соответствии с фазами сердечного цикла под контролем ЭКГ, АД, плетизмограммы. Эффективность процедур КПАПК оценивалась по изменению показателей ЭхоКГ, теста 6-ти минутной ходьбы, дистанции безболевой ходьбы, изменению лодыжечно-плечевой индекса (ЛПИ), с помощью оценки индекса активности DASI, Эдинбургского опросника перемежающейся хромоты.

Результаты. Регресс клинических симптомов отмечен у всех пациентов, прошедших курс КПАПК в кардиосинхронизированном ангиорежиме: отмечено увеличение толерантности к физической нагрузке, прирост дистанции безболевой ходьбы составил в среднем $106,5 \pm 26,5\%$ ($p < 0,05$); снизился средний ФК стенокардии с $2,5 \pm 0,5$ до $2,0 \pm 1$. Фракция выброса левого желудочка достоверно повысилась по сравнению с исходной с $49,2 \pm 11,5$ до $52,2 \pm 11,5$. ЛПИ вырос на $0,1 \pm 0,05$ ($p < 0,05$) при исходных значениях от 0,7 до 0,8. Уже после первой процедуры у всех больных наблюдалось субъективное улучшение: увеличилась физическая активность, уменьшился дискомфорт в конечности, ощущение похолодания и зябкости в ногах.

Выводы. Применение КПАПК у больных с ХОЗАНК приводит к уменьшению выраженности степени ишемии нижних конечностей и улучшению показателей качества жизни, а положительное влияние на коронарный кровоток позволяет применять этот метод у пациентов с коронарной патологией. КПАПК является новым перспективным неинвазивным методом лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, позволяющим достичь эффективного увеличения кровотока в дистальных отделах кровеносного русла.

202 ДОКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Павлова Я. Р., Барабанова Н. Г., Константинов В. О.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Распространенность метаболического синдрома (МС) в мире неуклонно растет. Абдоминальное ожирение (АО) является главным его компонентом, приводящим к инсулинорезистентности, другим клинико-биохимическим проявлениям и преждевременному атеросклерозу.

Цель: оценить частоту и выраженность доклинического атеросклероза среди лиц с МС; разработать рациональные пути первичной профилактики заболевания у этого контингента обследуемых.

Материал и методы. Обследовано 100 мужчин 28 до 58 лет (средний возраст 46,8 лет) с АО без клинических проявлений ИБС либо атеросклероза других локализаций. Помимо антропометрических, клинических, лабораторных исследований, оценивали толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) ультразвуковым методом. В основной группе применяли специально разработанную гиполипидемическую и низкокалорийную диету и систематические физические тренировки (ежедневная ходьба в быстром темпе в течение 40 минут). Пациентам контрольной группы давали общепринятые рекомендации. При необходимости пациентам обеих групп назначали гипотензивные либо гиполипидемические лекарственные средства. Проспективное наблюдение за пациентами длилось 3 года.

Результаты. Установлено, что 82% лиц с АО имеют гипертриглицеридемию, 44% — гипоальфахолестеринемию. У 23% пациентов был выявлен СД II типа, в 43% случаев диагностирована нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ). У 56% обследованных выявлена артериальная гипертензия I и II ст. У половины обследованных с АО выявлено увеличение ТКИМ ОСА более 0,9 мм; у 24% — величина ТКИМ была более 1,3 мм. Риск по шкале SCORE у обследованных нами пациентов (за исключением больных СД) не превышал 5%, в связи с чем мы имели возможность применить немедикаментозные способы лечения.

На фоне диеты и систематических физических тренировок было найдено достоверное снижение индекса массы тела и окружности талии. Это привело к нормализации АД, улучшению толерантности к глюкозе и значимому снижению показателей липидного спектра крови. Через 3 года проспективного наблюдения найдено уменьшение ТКИМ ОСА в среднем на 22%. Ни у кого из обследованных основной группы не отмечено увеличения ТКИМ. У лиц контрольной группы было также найдено снижение уровня триглицеридов и глюкозы в крови, при этом не было отмечено значимого снижения массы тела. В этой группе показатель ТКИМ не менялся либо немного нарастал.

Выводы. Снижение массы тела и систематические физические тренировки — один из наиболее важных компонентов при первичной профилактике атеросклероза у лиц с метаболическим синдромом.

203 МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННИХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Панина А. В., Довгалецкий Я. П., Пучиньян Н. Ф., Фурман Н. В.

ФГБУ Саратовский НИИ кардиологии Минздрава России, Саратов, Россия

Цель: изучить возможные факторы риска развития ранних тромботических осложнений у больных, перенесших острый коронарный синдром.

Материал и методы. В исследование были включены 70 пациентов (56 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 34 до 88 лет (средний возраст $62,4 \pm 11,1$ лет), находившиеся на стационарном лечении с диагнозом острый коронарный синдром. У 15 пациентов — нестабильная стенокардия, у 15 пациентов — не Q инфаркт миокарда, у 40 пациентов — Q инфаркт миокарда. У 17 пациентов (24,28%) в анамнезе отмечался перенесенный инфаркт миокарда. У ряда пациентов выявлены клинические состояния, которые можно расценивать как факторы риска сердечно-сосудистых осложнений. 28 пациентов (40%) являлись на момент включения в исследование курильщиками, у 42 (60%) — была диагностирована артериальная гипертензия, у 23 (32,85%) — гиперхолестеринемия, у 7 (10%) — сахарный диабет.

Всем пациентам, включаемым в исследование, проводилось стандартное клиническое обследование: электрокардиография, биохимическое исследование крови (включавшее анализ уровня тропонина I, КФК и КФК-МВ, D-димер, глюкозы, креатинина), общий анализ крови, доплерЭхоКГ.

Период наблюдения за пациентами составил 12 месяцев. Через 1, 6, 12 месяцев с момента заболевания проводились телефонные контакты с пациентами.

Анализировались случаи возникновения тромботических осложнений: эпизоды нестабильной стенокардии, инфаркт миокарда, инсульт, сердечно-сосудистая смерть.

Результаты. За период наблюдения было зафиксировано 12 (17%) тромботических осложнений, что отвечает предполагаемой частоте осложнений в течение года у пациентов после перенесенного ОКС. У 3 пациентов течение инфаркта миокарда осложнилось рецидивирующим течением ИМ, у 9 пациентов зафиксирована повторная госпитализация по поводу НС.

Проведено исследование корреляционной взаимосвязи между возможными факторами риска и развитием тромботических осложнений. Наибольшая корреляция с развитием тромботических осложнений наблюдается с уровнем триглицеридов, ЛПНП, длительностью ангинозного приступа, в тоже время эта взаимосвязь недостоверна (что может быть обусловлено малым объемом выборки и низкой частотой событий). Достоверная корреляция наблюдается только с наличием в анамнезе у больного перенесенного ИМ ($r=0,22$, $p=0,04$).

Выполнен дискриминантный анализ и составлена матрица, включавшая в себя наличие лейкоцитоза, перенесенного инфаркта миокарда, уровень триглицеридов, ЛПНП, D-димера, глюкозы.

Выводы. Выявлено, что при использовании выбранных факторов риска, можно с 100% достоверностью выявить пациентов у которых не будет наблюдаться тромботических событий, и с вероятностью в 71% выявить пациентов с высоким риском тромботических событий.

204 НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Паскарь Н. А., Парижская Е. Н.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценка качества оказания медицинской помощи (КМП) больным, с ведущим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний — артериальной гипертензией (АГ) при использовании информационно-технологий — автоматизированной информационно-аналитической системы на основе Интернет-технологий (Регистр АГ). Для Регистра АГ разработана компьютерная программа, на которую получено Свидетельство Роспатента № 2005611088. Принцип построения Регистра АГ основан на анализе лечебно-профилактической помощи больным, страдающим артериальной гипертензией, качество которой оценивается путем сравнения реальных действий врача с Рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, утвер-

жденными приказом Минздрава России от 24.01.2003 г. № 4 и Российскими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии» (2004 г.), разработанными Комитетом экспертов всероссийского научного общества кардиологов. Данная технология позволяет обеспечить сбор, хранение и анализ формализованных медицинских данных и оказание медицинской помощи больным АГ. Полученные в результате сравнения клинические оценки выполнения указанных Рекомендаций. Медицинским документом для ввода в компьютерную программу Регистра АГ данных о больных АГ является амбулаторная карта № 025/у-04. Регистрация пациента в системе «Регистр АГ» осуществляется в режиме online при заполнении и автоматическом сохранении экранных форм таких как: общие сведения, данные осмотра с регистрацией уровня артериального давления (АД) дважды, анамнез отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям у кровных родственников, исследования — данные ЭКГ, ЭХОКГ, лабораторные тесты (липидный спектр крови, уровень глюкозы, креатинина крови), образ жизни, лекарственные средства, поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированные клинические состояния (АКС). Персональный риск 10-летнего развития фатальных сердечно-сосудистых заболеваний по европейской системе SCORE рассчитывается автоматически.

Результаты. Мониторинг включил в себя 1162 пациента с повышенным АД. При оценке качества выявления АГ среди лиц с повышенным АД оказалось, что среди 1162 лиц выявление АГ наблюдалось только у 839 (72%) пациентов в соответствии с Национальными рекомендациями, из них у 303 лиц обращало на себя внимание несоответствие интервалов между визитами, выявление АКС наблюдалось у 730 (87%) пациентов. При анализе причин неоптимального выявления ПОМ и АКС среди лиц с АГ имело место отсутствие данных о гипертонии левого желудочка у 103 человек, протеинурии — у 108 человек; осмотра окулиста не было у 104 чел. Приведенный опыт использования информационно-аналитической системы «Регистр АГ» дает возможность широкого внедрения Регистра АГ в лечебно-профилактические учреждения здравоохранения не только с точки зрения оценки состояния КМП, но и мониторинга с целью оптимизации результатов медицинской помощи больным артериальной гипертензией.

205 ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Паскарь Н. А., Парижская Е. Н., Симонова О. Н.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

В новых социально-экономических условиях проблема технологии и качества диспансеризации населения является одной из самых актуальных. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ 47 от 22 марта 2006 г. № 188 «О порядке проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» в Санкт-Петербурге в 2006–2008 гг. проводилась дополнительная диспансеризация работающего населения. За 2006 год осмотрено 139767 чел., что составило 84,8% от годового плана. Определены группы состояния здоровья лиц для определения потребности и вида оказания медицинской помощи, в том числе, и высокотехнологичной (ВТМП). План на 2007 год — 265822 человек, на 2008 год — 139620 человек. В 2008 г. осмотрено 140820 чел. (100,9%). Из них: здоровые — 25880 чел. (18,4%); в 2006 г. — 13,9%; нуждались в профилактической коррекции образа жизни — 14205 чел. (10,1%); в 2006 г. — 22,0% соответственно; нуждались в амбулаторном дообследовании и лечении — 98418 чел. (69,9%); в 2006 г. — 61,0%; нуждались

в стационарном дообследовании и лечении 1317 чел. (0,9%); в 2006 г. — 2,6%; нуждались в оказании ВТМП — 974 чел. (0,7%); в 2006 г. — 0,5%. Научными сотрудниками научно-исследовательской лаборатории — организации медицинской помощи ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» было осуществлено организационно-методическое обеспечение дополнительной диспансеризации населения среди сотрудников детских садов и учителей школ Колпинского и Ломоносовского районов, в 2008 году — работников жилищно-коммунального управления Приморского района при использовании комплекса для автоматизированной интегральной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы «Кардиометр-МТ» ЗАО «МИКАРД-ЛАНА» в отделениях профилактики, включающих в себя кабинеты профилактики артериальной гипертензии (АГ). Эффективность диспансеризации оценивалась по следующим показателям: процент охвата диспансеризацией населения, отсутствие впервые выявленных (через 3 мес. после завершения диспансеризации) заболеваний в поздних стадиях, в том числе инфаркта миокарда, инсульта, онкологических заболеваний, туберкулеза, тяжелых форм сахарного диабета и других заболеваний, ведущих к утрате трудоспособности. Таким образом, совершенствование диспансеризации населения по обеспечению высокого качества и эффективности комплекса профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и социальных мероприятий, масштабность охвата диспансеризацией, а также формирования банка данных медицинского осмотра и динамического наблюдения в сформированных группах без внедрения компьютерных технологий трудно представить. Конечным результатом является укрепление здоровья людей, увеличение продолжительности жизни, повышение творческой активности и производительности их труда.

206 ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Пелипецкая Е. Ю., Головенкин С. Е., Шульман В. А.

Красноярский Государственный медицинский университет, Красноярск, Россия

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) нередко осложняется тяжелыми желудочковыми аритмиями (ЖА) — желудочковой тахикардией (ЖТ) и фибрилляцией желудочков (ФЖ). По данным различных авторов, частота возникновения ЖА при ОИМ составляет от 2% до 5,7%. На возникновение ЖА оказывают влияние глубина и локализация инфаркта миокарда, наличие сопутствующей патологии, пол, возраст пациента, электролитные нарушения в крови при поступлении в клинику. Важнейшим фактором, препятствующим возникновению ЖА, является адекватная лекарственная терапия заболевания. Лекарственная терапия ОИМ за последние 20 лет претерпела серьезные изменения.

Цель: проанализировать частоту возникновения ФЖ и ЖТ в остром периоде инфаркта миокарда за двадцатилетний период по материалам кардиологического центра городской клинической больницы № 20 (ГКБ № 20) г. Красноярск.

Материал и методы. Для достижения цели исследования были проанализированы истории болезни пациентов ОИМ, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГКБ № 20 г. Красноярск в 1989, 1993, 1998, 2003, 2008 гг. Всего 2835 больных ОИМ. ЖТ была выявлена у 52 (1,8%) пациентов из 2835 больных ИМ. В 1989 году ЖТ была зарегистрирована у 9 пациентов (2,0%), в 1993 году — у 9 пациентов (1,9%), в 1998 году — у 13 пациентов (1,9%), в 2003 году — 9 пациента (1,6%), в 2008 году — 12 пациентов (1,6%). ФЖ зарегистрирована у 126 (4,4%) из 2835 больных ИМ. В 1989 году ФЖ была зарегистрирована у 32 пациентов (7,2%), в 1993 году — у 31 пациента (6,5%), в 1998 году — у 25 пациентов (3,8%), в 2003 году — у 21 пациента (3,9%), в 2008 году — у 20 пациентов (2,7%). Как видно из представленных данных за анализируемый период времени частота ФЖ достоверно снизилась с 7,2% в 1989 г. до 2,7% в 2008 г ($P < 0,01$). В то же

время частота возникновения ЖТ за этот же период времени практически не изменилась.

Результаты. Полученные нами данные совпадают с результатами одного из последних исследований по данной теме, проведенного Alvaro Avezum et al. в 2010 г. Согласно результатам, полученных этими авторами, частота возникновения желудочковых аритмий последовательно снижалась в течение времени (8,0% в 1999 году, 7,0% в 2002 году, 5,8% в 2005 г.). Это было связано в первую очередь со снижением фибрилляции желудочков (с 6,4% в 1999 г. до 4,4% в 2005 г.), в то время как показатели желудочковой тахикардии оставались относительно неизменными (1,6% и 1,5%, соответственно).

Уменьшение частоты ФЖ в 2008 году по сравнению с предыдущим периодом времени можно связать с более частым назначением в 2008 году β -адреноблокаторов и ТЛТ. Так частота назначения β -адреноблокаторов увеличилась с 49,2% в 1989 г. до 86,0% в 2008 г. ($P < 0,001$), причем частота назначения такого липофильного β -адреноблокатора как метопролол увеличилась в остром периоде заболевания с 0% в 1989 году до 43,02% в остром и до 62,4% в подостром периоде соответственно. Аналогичная ситуация наблюдалась с ТЛТ. Частота ТЛТ в 1989 году — 0,0%, в 2008 году — 26,9% ($P < 0,001$).

Заключение. За исследуемый период времени (1989–2008 гг.) частота возникновения ЖА достоверно снизилась. Это связано с достоверным снижением частоты возникновения ФЖ, в то время как частота ЖТ за эти годы практически не изменилась. Уменьшение частоты ФЖ на наш взгляд связано с ежегодным ростом частоты назначения липофильных β -адреноблокаторов и тромболитической терапии.

207 АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ УСТРОЙСТВАМИ. ЧТО НАДО ЗНАТЬ ПАЦИЕНТУ И О ПАЦИЕНТЕ

Первова Е. В., Самойленко И. В.

28 отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции ГКБ № 4, Москва, Россия

Цель: провести анализ работы отделения за период-январь 1999–2009 гг, оценить изменения структурно-штатных мероприятий Московского Городского Центра Электрокардиостимуляции (МГЦК)

Материал и методы: анализ документов Департамента Здравоохранения (ДЗ) Москвы, годовых отчетов отделения, статистических показателей работы отделения и амбулаторной службы.

Результаты. С 1999 в состав МГЦК вошли кардиохирургическое (КХ) отделение № 28 (28 КХО) ГКБ № 4, отделение сосудистой хирургии ГКБ № 81, Отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции института Хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, Консультативно-диагностический кабинет Городского кардиодиспансера № 1. 2008–2010 гг реорганизация: последние два подразделения вышли из состава МГЦК. 28 КХО рассчитано на 60 КХ коек, на 912 больных в год. С 1999–2009 гг увеличение числа пролеченных пациентов с 1241 до 1860; выполнение плана койко/дня (%) — с 90 до 104,9; оборот койки — с 20,7 до 31 человека. Снижение пребывания больного на койке с 15,2 дня до 11,8; процента осложнений с 2,9 до 1,9; госпитальной летальности с 1,9 до 0,3%; послеоперационной летальности — с 1,7 до 0,8%. На 2009 г среди осложнений преобладают дислокации желудочкового/предсердного электродов (12/12), повышение порога стимуляции— 6, пенетрация—3, пневмоторакс —7, гнойные осложнения—5. Хирургическая активность в течение последних четырех лет превышает 95%. 6 из 9 кардиохирургов выполняют в год более 200 имплантаций кардиостимуляторов (ЭКС). На учете в Амбулаторной службе отделения находится 6869 больных с имплантированным импортным ЭКС, 3296 больных с отечественным ЭКС, 45 пациентов с имплан-

тированным кардиовертером — дефибриллятором (ИКД), 10 пациентов с системами ресинхронизирующей терапии (СРТ). Первичный контроль проводится в стационаре непосредственно после имплантации ЭКС и/или перед выпиской больного. В дальнейшем пациенту рекомендуется обращаться в службу Амбулаторного наблюдения первично через 3–4 месяца. При нормальном функционировании системы ЭКС, до появления признаков начального разряда батареи, контрольные проверки рекомендуются проводить 1 раз в 1,5–2 года. При появлении признаков разряда батареи ЭКС сроки между проверками укорачиваются до 1 р/год (что может продолжаться несколько лет подряд), затем до 1 р/в 6 месяцев и т.д.. Индивидуальный порядок (если имеются какие-либо проблемы ЭКС, не требующие повторного хирургического вмешательства: при индивидуальном подборе некоторых лечебных функций ЭКС; при срабатывании ИКД; при подборе параметров СРТ)

Вывод. МГЦК — подразделение, обеспечивающее всеобщую помощь москвичам согласно программе ДЗ Москвы по оказанию высокотехнологической медицинской помощи населению. Уровень и качество оказания аритмологической помощи, хирургическая активность отделения могут быть отнесены к разряду «высокой».

208 ВНИМАНИЕ К ПАЦИЕНТУ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДВУХКАМЕРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Первова Е. В., Свиридова А. А., Самойленко В. И., Самойленко И. В., Котов К. В.

28 отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции ГКБ № 4, Москва, Россия

Цель: определение причины развития декомпенсации сердечной недостаточности (СН) у пациента с 2-х камерным электрокардиостимулятором (ЭКС), низкой фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) на фоне адекватной терапии при отсутствии объективных причин декомпенсации и «видимых» проблем по рентгенограмме, Follow-up рутинных тестам.

Материал и методы: анализ поверхностной ЭКГ и внутрисердечных электрограмм (ВСЭ) при определении порога стимуляции предсердного канала (СПК) с оценкой клиники переносимости изолированной желудочковой стимуляции (ИЖС).

Результаты. Пациент Е., 66 лет. В1987, 2008 — трансмуральные инфаркты миокарда с последующим хирургическим лечением ИБС. К 2009 частая госпитализация, дилатация полостей сердца, снижение ФВ ЛЖ до 26%, потеря сознания на желудочковой тахикардии (ЖТ) до 150/мин. В феврале 2009 имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (ИКД) в режиме DDDR, 60 имп/мин. Комплексная медикаментозная терапия стабилизировала состояние пациента, уменьшилась клиника СН, ЖТ купировались АнтиТахикардической Терапией ИКД. С осени 2010—декомпенсация СН, в декабре 2010—стационарное лечение с незначительным эффектом. Ретроспективно на ЭКГ подозрение на неэффективность СПК. Повторная госпитализация в апреле 2011. На рентгенограмме — недостаточность дуги предсердного электрода. По данным ИКД с декабря 2010 снижение доли СПК до 30% при ранее 100%, снижение амплитуды Р-волн до 0,2 мВ и ниже. Сопротивление по СПК 500 Ом. Анализ ЭКГ на предмет эффективности СПК при DDDR затруднен из-за низких зубцов Р. На ВСЭ-эпизоды маркировки AP-VP-AR, вместо AS-VP/AP-VP, типичной для DDD. Это означает, что собственное Р-сокращение распознается в рефрактерном периоде ИЖС (м.б. при заблокированных предсердных экстрасистолах, при неэффективности СПК). Провокационные тесты Follow-up выявили колебание порога СПК от 1 В до 6 В при ДИ в 1,5 мс. Причем на ИЖС пациент

имел клинику «пейсмейкерного синдрома». АД снижалось с 110/76 до 80/50 мм рт.ст. При регистрации на ВСЭ признаков неэффективной СПК доплерография выявила резкое снижение Систолического выброса ЛЖ с 20 л/мин до 9 л/мин. И после маркера AP (на ВСЭ) на доплерограмме не регистрировался предсердный кровоток (подтверждает неэффективность СПК).

Выполнена ревизия системы ИКД с заменой предсердного электрода. При осмотре удаленного электрода на расстоянии 35 мс от корпуса — имбиция старой кровью внутренней жилы электрода и миллиметровый дефект изоляции.

Контроль через месяц, через полгода после операции — стабильный порог СПК, увеличение амплитуды Р-волн до 4,5–5 мВ, уменьшение симптомов СН, увеличение толерантности к ФН, улучшение качества жизни.

Вывод. Наличие 2-х камерной физиологической системы стимуляции не избавляет пациента от основных заболеваний. Причиной декомпенсации СН с клиникой «пейсмейкерного синдрома» на DDDR может быть транзиторная неэффективная СПК с реализацией ИЖС в течение полугода.

209 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Пешева О. В.^{1,2}, Полтавская М. Г.¹, Сыркин А. Л.¹, Гиверц И. Ю.¹, Якубовская Е. В.¹

ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И. М. Сеченова Росздрава¹, Москва; ГБУЗ Городская поликлиника № 14 ДЗ². Москва, Россия

Цель: изучить возможности дифференциальной диагностики хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с жалобами на одышку в условиях городской поликлиники г. Москвы.

Материал и методы: в исследование включали пациентов с жалобами на одышку длительностью более 1 месяца и сердечно-сосудистой патологией в анамнезе, направленных на прием к кардиологу поликлиники за период 12 мес. На первом визите дифференциальный диагноз проводили на основании анамнеза, осмотра и данных предшествовавшего обследования. При неясности диагноза проводили дополнительное лабораторно-инструментальное обследование на базе поликлиники и окружного диагностического клинического центра. Объективными критериями диагноза ХСН считали ФВЛЖ α 45%, диастолическую дисфункцию рестриктивного типа, постоянную форму фибрилляции предсердий, гемодинамически значимые пороки сердца, рентгенологические признаки застоя в легких. Исключали альтернативные причины одышки: ХОБЛ (ОФВ1 α 70%), гипо/гипертиреоз, анемию (Hb α 90 г/л), ожирение (ИМТ $\geq$ 35 кг/м²), преходящую ишемию миокарда, нарушения ритма сердца, имеющие связь с одышкой по данным холтеровского мониторирования ЭКГ. При необходимости проводили дополнительные исследования в клинике кардиологии ПМГМУ им. И. М. Сеченова (ЭхоКГ с тканевой доплерографией, эргоспирометрию, МНУП и др.).

Результаты. Из 1247 пациентов, обратившихся к кардиологу, отобрано 240, из них завершили обследование 168 (64 мужчин, 104 женщин). На первом визите диагноз ХСН поставлен 72 пациентам (38 мужчин, 34 женщины), у 25 (9 мужчин, 16 женщин) имелись альтернативные причины одышки и других жалоб. 71 пациенту (42%) потребовалось дополнительное обследование, из них у 59 причина симптомов установлена на амбулаторном этапе, и лишь у 12 из 168 (7%) потребовалось обследование на базе ПМГМУ. В целом в результате обследования диагноз ХСН был поставлен 53% пациентам (72% муж., 42% жен.). У 47% больных (28% муж, 58% жен.) имелись иные основные причины одышки: ХОБЛ — у 11% (15,5% муж., 10% жен.), гипо/гипертиреоз — у 9,5% (1,5% муж., 14% жен.), преходящая ишемия миокарда — у 8% (8% муж., 8% жен.), ожире-

ние — 8% (3% мужчин, 10% женщин), психогенные — 5% (8% женщин), анемия — 3,5% (5,5% женщин), аритмии — 1% (2% женщин), гипертрофическая кардиомиопатия — 1% (0,5% женщин).

Выводы: у амбулаторных больных с хронической одышкой и сердечно-сосудистым анамнезом диагноз ХСН установлен в 53% случаев, преимущественно у мужчин. У 47% больных, в том числе — у 58% женщин, выявлены альтернативные причины одышки и других симптомов: наиболее часто — ХОБЛ, а также гипо/гипертиреоз, преходящая ишемия миокарда, ожирение, анемия, аритмии и психогенные факторы. В подавляющем большинстве случаев диагноз установлен на амбулаторном этапе, и лишь у 7% пациентов потребовалось дополнительное обследование в специализированном кардиологическом учреждении.

210 ЗНАЧЕНИЕ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Плешева И. М.

Городская Клиническая Больница № 4, Москва, Россия

В настоящее время существует большое количество показателей, которые используют для оценки эластических свойств сосудов, однако в клинической практике все более распространенным становится оценка жесткости сосудов с помощью показателей скорости пульсовой волны (СПВ) и индекса аугментации (ИА).

Цель: оценить динамику индекса аугментации и скорости пульсовой волны у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда и ее связь с частотой развития сердечно — сосудистых событий на период лечения в стационаре.

Материал и методы. Исследование одноцентровое, открытое проспективное, пилотное. СПВ и ИА измерялись с помощью апplanationной тонометрии, с использованием артериографа TensioClinic. Критерии включения: мужчины и женщины до 65 лет с диагнозом острого инфаркта миокарда.

При проведении апplanationной тонометрии у пациентов ИА составил: $(-17,8 \pm (-3,4)\%)$, СПВ $9,9 \pm 1,2$ м/с (норма: ИА равен значениям меньше -20% , СПВ $7,5$ м/с). В ходе исследования был проведен дополнительный анализ показателей, что позволило выделить 2 подгруппы пациентов: подгруппа 1 ($n=59$) — пациенты с повышенным уровнем ИА ($-4,3 \pm (-0,4)\%$) и СПВ $11,4 \pm 1,4$ м/с и подгруппа 2 ($n=41$) — с нормальными значениями ИА ($-50,0 \pm (-2,4)\%$) и СПВ $7,2 \pm 0,9$ м/с.

Для оценки зависимости количества сердечно-сосудистых событий от уровня ИА и СПВ, значения ИА и СПВ были разделены на терцили: к 1-й терцили относились пациенты, у которых значения СПВ соответствовали норме и варьировали от 6 до 7,5 м/с, ИА от -50 до -25% , ко 2-й терцили — пациенты с повышенными значениями: СПВ от 7,5 до 10,5 м/с и ИА от -25 до 0% , к третьей — пациенты со СПВ от 10,5 м/с и выше, ИА от 0 до 10% .

В ходе исследования, было выявлено, что с ростом значений ИА и СПВ увеличивается количество сердечно — сосудистых событий, в том числе и количество серьезных сердечно — сосудистых событий. Так у пациентов третьей терцили были выявлены следующие сердечно — сосудистые события: рецидив инфаркта миокарда у 9% пациентов, летальный исход у 8% пациентов, боли в области сердца (31%) и одышка (13%).

У пациентов первой терцили сердечно-сосудистые события не были выявлены, но были выявлены: боль в области сердца у 13% пациентов, которое не потребовало перевода в блок кардиореанимации, симптомы дорсопатии у 29% пациентов, общая слабость — у 25% пациентов, одышка у 4% пациентов, головная боль — у 16% пациентов.

Таким образом, было выявлено, что у пациентов с повышенными значениями индекса аугментации и скорости пульсовой волны в остром периоде инфаркта миокарда течение заболевания протекает тяжелее, а количество сер-

дечно — сосудистых событий выше, чем у пациентов с нормальными значениями ИА, СПВ.

211 ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Позднякова Н. В.^{1,2}, Татарченко И. П.¹, Мордовина А. Г.^{1,2}, Петрушин И. А.^{1,2}

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздравсоцразвития России¹, Пенза; ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА России², Заречный, Россия

Цель: оценить значимость нарушения диастолической функции левого желудочка при формировании электрической нестабильности миокарда у больных ИБС и сахарным диабетом 2-го типа (СД2).

Материал и методы: 80 больных СД2 и стабильной стенокардией напряжения, с клиническими проявлениями ХСН I—III ФК при сохраненной систолической функции левого желудочка, средний возраст — $57,6 \pm 4,5$ лет. Комплекс обследования включал электрокардиографию в 12 отведениях, мониторинг ЭКГ, эхокардиографию, регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ вариабельности ритма сердца (ВРС), оценку временной реполяризации желудочков. По типам нарушения диастолической функции левого желудочка (ДФ ЛЖ) выделены группы: I ($n=35$) — больные с аномальной релаксацией ЛЖ, II группа ($n=26$) — с псевдонормальным типом диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ, III группа ($n=19$) — с рестриктивным типом ДД ЛЖ.

Результаты: анализ структурно-геометрических показателей сердца показал, что в III группе в сравнении с I группой имело место нарастание дилатации полостей левого желудочка и левого предсердия, увеличение массы миокарда ЛЖ, снижение сократительной функции (фракция выброса в III группе — более 45%, но менее 50%, в I — более 55%). Установлена корреляционная связь степени тяжести ДД ЛЖ с показателем изменения объема левого предсердия — $R = -0,43$ ($p=0,032$), с ФВ ЛЖ — $R = -0,48$ ($p<0,04$), с индексом конечного диастолического объема — $R = 0,51$ ($p<0,02$), с индексом массы миокарда левого желудочка — $R = 0,45$ ($p=0,034$). У больных с перенесенным ИМ получена зависимость степени выраженности ДД с индексом сократимости $WMSI$ — $R = 0,91$ ($p<0,01$). Отмечена положительная связь рестриктивного типа ДД ЛЖ с Q-инфарктом миокарда $R = 0,638$ ($p<0,001$), в III группе Q-инфаркт — в 78,9% случаях, в I группе — 40%, $p<0,01$. Анализ показателей электрического и структурного ремоделирования позволил установить закономерность: с увеличением степени нарушения диастолической функции чаще регистрировались ППЖ — у 11,4% больных с аномальной релаксацией ЛЖ, у 19,2% с псевдонормальным типом, у 36,8% больных III группы. При прогрессировании ДД ЛЖ нарастали проявления вегетативного дисбаланса с повышением симпатической активности: в I группе — у 54,3%, во II — у 77,9%, в III — у 100% пациентов. У больных СД2 и ИБС при рестриктивном типе ДД ЛЖ чаще выявлялись ППЖ ($\chi^2 = 4,1$, $p<0,05$), выше была частота визуализации зон аномальной сократимости — в 78,9%; желудочковая экстрасистолия регистрировалась в 100% случаях, из них ЖЭ IV—V градаций — в 47,4%, величины QTc и QTd превосходили свой пороговый уровень, соответственно $450,2 \pm 5,4$ и $64,2 \pm 3,1$ мс.

Таким образом, диастолическую дисфункцию ЛЖ можно рассматривать и как начальный этап и как патофизиологическое звено в «порочном круге» недостаточности кровообращения, отрицательно влияющей на прогноз у больных ИБС с нарушением углеводного обмена. При увеличении степени нарушения ДФ чаще регистрировались ППЖ, желудочковые аритмии высоких градаций, отмечено усиление негомогенности процессов реполяризации.

212 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Поликутина О. М., Слепынина Ю. С., Кацюба М. В., Каретникова В. Н.

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

Цель: изучить частоту выявления хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, выявить отличия в течение ОКС с подъемом сегмента ST в зависимости от наличия ХОБЛ.

Материал и методы. В исследование включено 529 пациентов поступивших в клинику НИИ КПССЗ СО РАМН в течение 2008 года с ОКС с подъемом сегмента ST. Средний возраст составил $63,4 \pm 11,8$ лет, мужчин — 343 (64,8%), женщин — 186 (35,2%). Всем пациентам проведено обследование согласно принятым стандартам при ОКС. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Statistica 6,0. Результаты представлены в виде среднего $\pm$ стандартного отклонения ($M \pm m$). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли пациенты без ХОБЛ — 464 человека (87,7%), во 2 — пациенты с диагностированной ранее ХОБЛ — 65 человек (12,3%). Диагноз ХОБЛ верифицирован на основании медицинской амбулаторной документации.

Группы были сопоставимы по клинико-anamnestическим характеристикам, гендерных различий также не выявлено: 1-ую группу составили 63,4% мужчин и 36,6% женщин, 2-ую группу — 75,4% мужчин и 24,6% женщин ($p = 0,05727$).

На момент поступления в стационар у пациентов с сопутствующей ХОБЛ чаще, чем боль в грудной клетке, регистрировались одышка и слабость ($p = 0,04368$).

По классу острой сердечной недостаточности группы значимо не различались ($p = 0,21074$), однако у пациентов с ХОБЛ чаще встречался II–IV класс Killip.

Частота развития ранней постинфарктной стенокардии (РПС) в группах достоверно не различалась: в 1-й группе РПС регистрировалась в 13,6% случаев, во 2-й — в 15,4% ($p = 0,69240$).

В стационаре зафиксирован один случай острого нарушения мозгового кровообращения у пациента с сопутствующей ХОБЛ ($p = 0,00755$).

У 38 больных (7%) зарегистрирован рецидив инфаркта миокарда (ИМ). В группе без ХОБЛ рецидив произошел у 5,6% пациентов, в группе с сопутствующей ХОБЛ — у 18,5% ($p = 0,00017$).

В течение госпитального периода зарегистрировано 58 летальных исходов (10,9%), из них 43 случая в группе без ХОБЛ (9,3%) и 15 — в группе с сопутствующей ХОБЛ (23,1%), ($p = 0,031$).

Вывод: 12,3% пациентов госпитализированных с острым коронарным синдромом имеют ХОБЛ. ОКС у пациентов с ХОБЛ ассоциируется с более высоким классом сердечной недостаточности, преобладанием осложнений на стационарном этапе и большей госпитальной летальностью.

213 ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Полтавцева О. В., Конради А. О., Баранцевич Е. Р.

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Возникновению осложнений при артериальной гипертензии (АГ) способствует поражение органов-мишеней.

Известно, что увеличение толщины интима-медиа (ТИМ) сонных артерий повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе и инсульта. Поэтому одна из первых задач лечения АГ — предотвращение поражения органов-мишеней и уменьшение степени их повреждения.

Цель: изучение влияния комбинированной антигипертензивной терапии на ТИМ сонных артерий у пациентов с перенесенной транзиторной ишемической атакой (ТИА).

Материал и методы. Обследовано 38 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), 20 (52,6%) мужчин и 18 (47,4%) женщин, в возрасте от 40 до 70 лет. Средний возраст составил 57,84 года (95% доверительный интервал (ДИ) 55,17–60,51 лет). В течение 2–3 мес. до включения в исследование все пациенты перенесли ТИА. Из исследования исключались пациенты со стенокардией напряжения высоких функциональных классов (ФК), перенесенным инфарктом миокарда, хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом. Только 15,8% больных страдали ишемической болезнью сердца, стенокардией в пределах ФК II. Кроме общеклинического обследования, всем пациентам выполнялась ультразвуковая доплерография с дуплексным сканированием брахиоцефальных артерий. Признаками утолщения стенки артерий считали ТИМ $> 0,9$ мм. В качестве антигипертензивной терапии все больные, входящие в исследование, получали ингибитор АПФ зофеноприл (зокардис «Берлин-Хеми», Германия) в дозе от 15 до 30 мг/сут и тиазидоподобный диуретик индапамид-ретард в дозе 1,5 мг/сут в течение 12 месяцев. Статистический анализ проводили с помощью программы «STATISTICA for Windows».

Результаты. Исходно у 34 (89,47%) пациентов с АГ и ТИА выявлялись признаки утолщения стенки сонных артерий: минимальное значение ТИМ — 1,0 мм, максимальное — 1,5 мм. Среднее значение ТИМ до лечения составило 1,16 мм (95% ДИ 1,10–1,21 мм). Через 12 месяцев от начала комбинированной антигипертензивной терапии всем больным проведено повторное ультразвуковое исследование сонных артерий. Установлено, что ТИМ уменьшилась по сравнению с исходным значением и составила в среднем 1,12 мм, (95% ДИ 1,07–1,16), $p = 0,042$. Максимальное значение ТИМ не превышало 1,4 мм.

Выводы. У 89,47% больных с АГ и перенесенной транзиторной ишемической атакой выявлены ультразвуковые признаки утолщения стенки сонных артерий. В результате 12-месячной комбинированной антигипертензивной терапии зофеноприлом и индапамидом произошло статистически значимое уменьшение ТИМ сонных артерий.

214 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ AL — АМИЛОИДОЗЕ

Полякова А. А., Семернин Е. Н., Гудкова А. Я., Шляхто Е. В.

СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова; ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Поражение респираторной системы при системных формах амилоидоза встречается достаточно часто, клинические проявления многообразны, что затрудняет своевременную постановку диагноза. Отдельного внимания заслуживает диффузно-интерстициальная форма, поскольку именно она сочетается с кардиопатическим вариантом течения первичного амилоидоза и часто не диагностируется, так как ее клинко-рентгенологическая картина принимается за проявления застойной сердечной недостаточности.

Цель: оценить вовлечение дыхательной системы в патологический процесс при первичном AL — амилоидозе у пациентов с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. Обследовано 19 пациентов с первичным AL амилоидозом с преимущественным поражением сердца и легких в возрасте от 37 до 75 лет. Инструментальное исследование дыхательной системы включало: рентгенографию органов грудной клетки, сцинтиграфию, ФВД, КТ орга-

нов грудной клетки, а также морфологическое исследование аутопсийного и биопсийного материалов с применением окраски конго — рот с последующим исследованием препаратов в поляризованном свете.

Результаты. У 3 пациентов имела место гипердиагностика ХОБЛ, при этом в анамнезе отсутствовали указания на курение и хроническую бронхолегочную патологию. Исследование функции внешнего дыхания выявляет преимущественно рестриктивный тип изменений биомеханики дыхания. Отмечено возникновение на фоне хронической сердечной недостаточности вторичных обструктивных изменений.

У всех пациентов выявлен пневмофиброз, расширение корней легких по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки, расширение и перегрузку правых отделов сердца по данным ЭХО — КГ. У 6 обследованных пациентов выявлена скитинграфическая картина ТЭЛА мелких ветвей.

Выводы. У больных с системными формами заболевания проявления трахеобронхиального и диффузно-альвеолярного легочного амилоидоза зачастую приводят к гипердиагностике хронической обструктивной болезни легких. Также клинические проявления диффузного альвеолярного септального легочного амилоидоза принимаются за проявления застоя в малом круге кровообращения при диагностированном первичном амилоидозе с преимущественным поражением сердца.

Характерным является возникновение ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии при системных формах амилоидоза, что может быть связано с повреждением эндомиокарда, дисфункцией эндотелия вследствие отложения амилоида и гиперкоагуляцией.

215 ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Пономарева С. Ю.

ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздравсоцразвития России, Челябинск; МБУЗ ОКБ № 3, Челябинск, Россия

Цель: изучить особенности течения и исходов инфаркта миокарда (ИМ) у больных сахарным диабетом (СД) в сравнении с больными без СД по данным Челябинского центра неотложной кардиологии.

Материал и методы. Методом ретроспективного анализа изучено 4437 случаев ИМ (сплошная выборка за 5 лет). Сравнительный анализ особенностей клинического течения, инструментальных и лабораторных данных проведен у больных ИМ на фоне СД и без СД.

Результаты. Среди больных ИМ заболевание развилось на фоне СД у 540 пациентов (12,2%): из них у 207 мужчин (7,4%) и 333 женщин (20,5%).

Общая летальность составила 10,7% человек, из них 9,0% — среди мужчин и 13,8% — среди женщин. При этом досуточная летальность составила 31,7% человек: 34,9% мужчин и 28,1% женщин. Летальность больных ИМ с СД превысила таковую без СД (85 и 391 больных — 15,7% и 10,0%, $p < 0,00008$), как среди мужчин 33 и 219 (15,9% и 8,4%, $p = 0,0004$), так и женщин — 52 и 172 (15,6% и 13,3%, $p = 0,32$). При анализе данных было обнаружено, что при ИМ в сочетании с СД достоверно выше летальность при поздней госпитализации (более 1 суток от начала заболевания) (14,5% vs 8,3%, $p < 0,05$). Общая летальность при атипичном дебюте составила 19,3% (56 из 234 больных), отмечена тенденция к повышению летальности у больных с атипичным дебютом острого ИМ на фоне СД (25,4% и 17,7%, $p = 0,1$). При типичном дебюте острого инфаркта миокарда летальность достоверно выше у больных с СД, чем без такового (14,6% и 9,5%, $p = 0,0006$).

Ведущими причинами смерти в структуре общей летальности при ИМ без СД (по данным аутопсий) являются: кардиогенный шок — 31,2%, отек легких — 25,5%, гемоторакс полости перикарда — 19,5%, прогрессирующая сердечная недостаточность — 9,9%; при ИМ на фоне СД: отек легких — 27,7%, кардиогенный шок — 24,6%, прогрессирующая сердеч-

ная недостаточность — 13,8%. Аутопсии проведены у 76,5% больных ИМ и СД и 85,4% — без СД.

Летальность при проведении СТЛ (системного тромболизиса стрептокиназой) была достоверно выше у больных с СД (17,9% vs 6,3%, $p = 0,038$).

При анализе летальности в зависимости от типа СД найдено, что у больных СД 1 типа (3 человека) на аутопсии выявлено: прогрессирующая сердечная недостаточность — 33,3%, нарушения ритма сердца — 33,3%, не распознанный ИМ с формированием пристеночного тромбоза в области аневризмы и множественными инфарктами почек, селезенки, головного мозга — 33,3%, в то время как у больных СД 2 типа: кардиогенный шок — 25,8%, отек легких — 29,0%, прогрессирующая сердечная недостаточность — 12,9%, гемоторакс сердца — 11,3%, отек легких и головного мозга — 9,7%, ТЭЛА — 8,1%, в 1 случае (1,6%) течение ИМ осложнилось развитием тромбозомии сосудов кишечника с развитием разлитого перитонита. При впервые выявленном СД 2 типа зарегистрировано 2 летальных исхода (6,7%).

Выводы. В Челябинском регионе летальность больных инфарктом миокарда при одном и то же объеме поражения миокарда на фоне сахарного диабета достоверно выше по сравнению с больными инфарктом миокарда без диабета. Полученные впервые в Челябинском регионе данные об особенностях исхода острого инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом, основываясь на принципы доказательной медицины, еще раз подтверждают необходимость своевременной профилактики и диагностики макрососудистых осложнений сахарного диабета врачами как первичного звена здравоохранения, так и врачами этапа специализированной медицинской помощи.

216 ТРОМБОЛИЗИС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА УРОВНЕ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ. ПЕРВЫЕ ШАГИ

Пончев Ю. Р., Коробков И. А.

ГБУЗ «Городищенская ЦРБ», Пензенская область, Городище, Россия

Тактика лечения острого инфаркта миокарда за последние несколько лет претерпела множество изменений. Наиболее опасной при инфаркте миокарда является самая ранняя фаза, когда больной испытывает боль и высок риск остановки сердца. Основной целью при лечении инфаркта миокарда является ограничение зоны некроза и восстановление проходимости коронарной артерии. Реализация данной цели возможна при тромболитической терапии и при оперативных вмешательствах на сосудах сердца.

В Пензенской области введены алгоритмы оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС).

Специалистами Городищенской ЦРБ впервые, согласно алгоритмам, проведена успешная тромболитическая терапия при ОКС на догоспитальном этапе.

Пациент Н., 53 года из села обратился за медицинской помощью к врачу общей практики с жалобами на сильные боли за грудиной после физической нагрузки, тошноту, однократную рвоту. До обращения за медицинской помощью боль беспокоила около 1,5 часов. После сбора анамнеза и общепервичного осмотра врач общей практики сняла электрокардиограмму (ЭКГ):

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный, патологический Q II, III, AVF, подъем ST на 3 мм. выше изолинии с положительным зубцом T II, III, AVF:

Установлен диагноз: ОКС, заподозрен острый инфаркт миокарда.

Начата медикаментозная терапия: проведено обезболивание, нитроглицерин под язык 3 таблетки, анаприлин 20 мг, аспирин 0,325.

Вызван реаниматолог на себя.

На данные процедуры ушло около 25–30 минут. По приезде к пациенту реанимационная бригада провела тест на тро-

понин с положительным результатом. По телефону передали дежурному врачу о данном пациенте с ОКС. Установлен острый инфаркт миокарда давностью 2,5–3 часа. Решено провести тромболитическую терапию пурапазой при стабильной гемодинамике.

После обезболивания морфином введена пурапаза по схеме, а именно: 2000000 МЕ в/в болюсно, остальные 4000000 МЕ в/в капельно под сопровождением аспирина 0,325 и гепарина 5 ТЕ в/в.

Проведена повторная ЭКГ после тромболиза (ритм синусовый, правильный, уменьшение глубины зубца Q II, III, AVF, снижение сегмента ST до изолинии, зубец T (+-) двухфазный).

При стабильных показателях гемодинамики и в/в продолжающейся инфузии нитроглицерина транспортирован в ЦРБ в реанимационное отделение. ЭКГ через сутки после тромболиза: ритм синусовый, правильный, зубец Q II, III, AVF шириной 2 мм., ST на изолинии, отрицательный зубец T II, III, AVF, V5-V6.

В реанимационном отделении пациент находился в течение 5 суток, с последующим переводом в терапевтическое отделение и выпиской на 16 сутки в санаторий им. В.В. Володарского для проведения реабилитационного лечения.

Вывод. При наличии соответствующего оборудования, медикаментов и тренированного медицинского персонала возможно догоспитальное введение тромболитика.

217 ЧАСТОТА ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ЖЕНЩИН В СООТВЕТСТВИИ С ВОЗРАСТОМ И СТЕПЕНЬЮ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Попович В. В., Сутько А. П., Максимович Н. Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Инсульт — одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем, часто ведущая к высокой инвалидизации и смертности пациентов.

Цель: изучение частоты заболеваемости ишемическим инсультом (ИИ) у женщин в зависимости от возраста и значений артериального давления (АД).

Материал и методы. Обработана медицинская документация (истории болезней) 415 женщин с диагнозом ишемический инсульт (ИИ), находящихся на лечении в УЗ «Гродненская городская клиническая больница № 1 за 2011 г. Осуществили анализ влияния возраста и степени повышения АД на частоту возникновения ИИ.

Результаты. Из 415 обследованных с диагнозом ИИ женщины до 45 лет составили 1%, после 45 лет — 99% человек. У женщин старше 45 лет основная часть случаев ИИ (69%) приходилась на возраст от 65 до 85 лет. До 65 лет инсульты наблюдались у 26% женщин, в возрасте старше 85 лет — всего у 5% пациенток.

На фоне нормального АД ишемический инсульт диагностирован у 21% женщин, из них у 2% женщин в возрасте до 45 лет и у 88% — старше 45 лет. У 79% обследованных отмечено повышенное систолическое артериальное давление (АД_{сис.}), из них у 99% — после 45 лет. Повышение диастолического АД (АД_{диаст.}), > 89 мм рт.ст., наблюдалось у 62% пациенток.

Артериальная гипертензия I степени с повышением АД_{сис.} отмечалась у 46% женщин с инсультом, с повышением АД_{диаст.} — у 50% пациентов. Причем у женщин старше 45 лет АГ I степени с повышением как АД_{сис.} так и АД_{диаст.} выявлена у 99% обследованных. АГ II степени наблюдалась у 27% обследованных женщин с АГ, преимущественно у женщин старше 45 лет: с повышением АД_{сис.} — у 35%, с повышением АД_{диаст.} — у 43% пациенток. АГ III степени выявлена только у лиц старше 45 лет: у 18% женщин — с повышением АД_{сис.}, у 7% — с повышением АД_{диаст.}. Среди пациенток до 45 лет случаев ИИ с АГ III степени не выявлено.

Выводы:

1. Ишемический инсульт встречается преимущественно у женщин старше 45 лет (99%), что указывает на эту возрастную группу в качестве значимого фактора риска данной патологии.

2. Наиболее уязвимой возрастной группой женщин по возникновению ишемического инсульта является группа от 65 до 85 лет, на долю которой приходится 69% случаев ИИ в группе женщин старше 45 лет.

3. Важным фактором риска возникновения ИИ у женщин старше 45 лет явилось повышение АД. Ишемический инсульт у женщин данной возрастной группы встречался в 79% случаев. Только у 21% женщин возникновение инсульта не было связано с повышением АД.

4. Степень повышения АД не оказывала существенного влияния на частоту ишемического инсульта, что свидетельствует об отсутствии взаимосвязи между возникновением изучаемой патологии и степенью повышения АД.

5. Профилактика возникновения ИИ у женщин старше 45 лет должна включать коррекцию повышенного уровня АД.

218 ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ И КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Поповкина О. Е., Каплан М. А., Козлова Е. М., Круглова О. В., Конопляников А. Г., Цыб А. Ф.

ФГБУ МРНЦ Минздравсоцразвития России, Обнинск, Россия

Цель: исследование влияния комбинированного воздействия низкоинтенсивной лазерной и клеточной терапии аутологичными кардиомиобластами, полученными из мезенхимальных стволовых клеток костного мозга, на перфузию и сократительную функцию миокарда.

Материал и методы. Лечение проведено 73 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. 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 16%, $p < 0,025$ (уменьшилось количество гипоперфузируемых сегментов), Увеличился процент накопления РПП на 14%, $p < 0,01$, улучшилась сократительная функция миокарда (повышение ФВ на 22%, $p < 0,025$). Отмечено улучшение коронарного кровообращения миокарда левого желудочка 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 4%. Через 24 месяца после курса лечения значимого ухудшения этих показателей не отмечено. 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. 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. Комбинированное воздействие низкоинтенсивной лазерной и клеточной терапии показало хорошую переносимость и эффективность данной методики в виде усиления сократимости и перфузии миокарда в течение 2 лет наблюдения у больных с ХСН.

219 ТЯЖЁЛОЕ СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ КАРОТИДНОГО И КОРОНАРНОГО БАССЕЙНОВ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Попов Р. Ю., Исаева И. В., Арабаджян И. С., Барац Л. С., Киряев А. А., Колединский А. Г.

ГБУЗ «НПЦ Кардиоангиологии ДЗ города Москвы», Москва, Россия

По данным литературы от 8 до 14% пациентов с ИБС имеют значимое атеросклеротическое поражение сонных артерий, у 50% пациентов направляемых на операцию каротидной эндартерэктомии выявляют соответствующую коронарную патологию. От 7 до 15% этих больных имеют наиболее тяжёлое сочетанное поражение сонных и коронарных артерий.

Цель: выработать оптимальную тактику хирургического лечения наиболее тяжёлых сочетаний каротидного и коронарного бассейнов.

Материал и методы. Центр Кардиоангиологии располагает опытом более 700 КЭАЭ и 1200 АКШ. Летальность составляет 0,14% и 1,35%, соответственно. Сочетанные тяжёлые поражения брахиоцефальных и коронарных артерий выявлены у 79 пациентов. Для определения тяжести поражения и тактики лечения проводились: ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ, мониторинг АД, КАГ, ДС БЦА, МСКТ БЦА. По результатам обследования больных разделили на 2 группы:

1-я группа (39 пациентов): первично проведена ЭВП на 1-й или 2-х симптоматических коронарных артериях с последующей КЭАЭ (через 43±20 дней). После ЭВП на симптоматических коронарных артериях в 76% случаев выполняли каротидную эндартерэктомию, в 21% — резекцию ВСА с редрессацией, в 3% — протезирование ВСА. Внутренний шунт применялся в 15% случаев, показанием к нему являлось снижение ретроградного давления ниже 40 мм рт.ст. Среднее время пережатия ВСА составило 34,6±11,2 мин.

2-я группа (40 пациентов): одномоментные операции на БЦА и коронарных артериях. У 36,4% больных СД 2 типа различных степеней тяжести. В 75% случаев имелось 2-х стороннее поражение сонных артерий. Среднее число дистальных анастомозов 2,8±1,2, время пережатия ВСА 28,4±13 мин

Результаты. В 1-й группе серьёзных осложнений не было. Отмечались: отёк мягких тканей в области операции в 9,5%, птоз на стороне операции в 4,5% случаев. Во 2-й группе — 1 летальный исход вследствие острой коронарной недостаточности. У 4% больных в раннем послеоперационном периоде отмечались эпизоды дезориентации в месте и времени, у 5% диастаз мягких тканей, у 10,6% — пароксизмы МА.

Выводы:

1. Пациентам с нестабильной стенокардией, с локальными критическими стенозами коронарных артерий для уменьшения периоперационных кардиальных осложнений желательно перед КЭАЭ выполнять первым этапом ЭВП на коронарных артериях.

2. Тщательная оценка показаний к одномоментной операции на сонных и коронарных позволяет свести к минимуму число осложнений, специфических для каждого сосудистого бассейна.

220 ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Попонина Т. М.¹, Попонина Ю. С.², Капилович Н. А.²

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России¹, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН², Томск, Россия

Цель: изучить влияние нефракционированного гепарина (НФГ) и эноксапарина на клиническое течение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСБПST) и возможности повышения эффективности лечения этой категории больных путем разработки дифференцированного патогенетически обоснованного подхода к их назначению.

Материал и методы: в проспективное, открытое, рандомизированное исследование включены 165 больных с ОКСБПST. Больные I группы (n=101) получали НФГ в/в инфузия; суточную дозу НФГ подбирали по уровню АЧТВ, удлиняя его в 1,5–2,5 раза по сравнению с исходным значением; больные II группы (n=64) — эноксапарин в дозе 1 мг/кг массы 2 раза в день подкожно. Все больные получали анти-тромбоцитарную терапию и антиангинальные препараты в соответствии со стандартной практикой. Анализировали частоту серьёзных коронарных осложнений, состояние плазменного и тромбоцитарного гемостаза в течение 150 дней после рандомизации.

Результаты. При лечении эноксапарином не наблюдалось существенной динамики содержания антитромбина III (АТ III), в то время как у больных, получавших НФГ, было выявлено статистически значимое снижение концентрации АТ III к 8-му дню после рандомизации, что повышает риск развития рецидивов стенокардии как в процессе гепаринотерапии, так и после ее прекращения. У 45,3% пациентов происходило падение активности АТ III в ответ на гепаринотерапию, но исходное значение АТ III у этих больных могло быть и в пределах нормы. Чтобы определить, у каких пациентов можно предполагать такое снижение, был разработан способ расчета риска снижения активности АТ III. Для выявления самых значимых признаков был использован кластерный анализ. Для проведения математической обработки фактического материала использовался пошаговый дискриминантный анализ. Выявлено, что у пациентов, получавших НФГ и имевших падение активности АТ III, частота неблагоприятных коронарных событий (74%) к 150-м суткам была статистически значимо (p<0,01) больше, чем у пациентов с нормальной активностью АТ III (32%). У пациентов, получавших эноксапарин, таких статистически значимых отличий обнаружено не было.

Выводы:

1. Терапия эноксапарином не понижает уровень антиромбина III, в то время как лечение НФГ приводит к достоверному понижению уровня антиромбина III, что может рассматриваться в качестве одного из вероятных механизмов развития синдрома рикошета.

2. При выборе антиромботической терапии следует учитывать рассчитанный риск падения активности АТ III: пациентам, имеющим высокий риск, предпочтительнее назначать эноксапарин, при отсутствии такового — НФГ.

221 ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Попонина Т. М.¹, Попонина Ю. С.², Гундерина К. И.¹, Глушко Т. В.², Марков В. А.¹

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России¹, Томск, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН², Томск, Россия

Цель: изучение эффективности и безопасности назначения Агомелатина (Вальдоксана) у больных с острым инфарктом миокарда, ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы: в открытое, сравнительное, проспективное исследование включены 40 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами. Для выявления симптомов психической дезадаптации и оценки выраженности расстройств пациенты были обследованы психиатром с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы депрессии Бека, Шихана. Когнитивный статус пациентов обследовался с помощью шкалы Mini — Mental State Examination. Средний возраст больных составил 58,4±1,6 лет.

На фоне общепринятой терапии ОИМ пациентам I группы ($n=20$) был назначен агомелатин (Вальдоксан производства компании Сервье) в дозе 25 мг/сут, пациентам II группы ($n=20$) — плацебо. Оценка эффективности лечения больных осуществлялась исходно и через 3 мес. по динамике клинического состояния, качества жизни. Всем пациентам было проведено суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты. По клинко-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 чрескожное коронарное вмешательство: стентирование в области критических стенозов коронарных артерий. Динамика показателей шкалы оценки клинического состояния отражала статистически значимое улучшение клинического состояния только в группе Вальдоксана: через 3 мес на 20% ($p=0.003$), тогда как в группе сравнения этот показатель статистически значимо не изменился. Сумма баллов по шкале тревоги и депрессии у пациентов группы плацебо оставалась практически на том же уровне до конца исследования, а в группе Вальдоксана статистически значимо уменьшалась по сравнению с исходом: с $19,6 \pm 1,2$ балла до $10,9 \pm 1,1$ баллов ($p=0.002$). В группе плацебо этот показатель в динамике практически не изменился. По результатам шкалы Бека исходная сумма баллов составляла $23,1 \pm 1,3$ балла в группе Вальдоксана, в последующем она статистически значимо уменьшилась до $18,8 \pm 1,1$ балла ($p=0.005$), а в группе плацебо показатель остались неизменными. Анализ шкалы самооценки Шихана показал положительную динамику у пациентов, принимающих Вальдоксан. Если до терапии средний балл составил 40,1, через 3 месяца лечения Агомелатином средний балл снизился до 27 ($p=0.002$). В группе плацебо уровень тревоги остался практически не измененным ($37,6-36,2$). Следует отметить отличную переносимость препарата: ни у одного из пациентов, принимавшего Вальдоксан, не было выявлено побочного эффекта.

Выводы. Добавление Вальдоксана к стандартной терапии острого инфаркта миокарда приводит к улучшению клинического состояния, психологического статуса и улучшению оценки качества жизни.

222 ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ПОЛИКЛИНИКАМ ТОМСКА И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Попонина Т. М.¹, Комарова М. Г.²

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России¹, Томск, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН², Томск, Россия

Цель: изучить особенности медикаментозной терапии артериальной гипертензии (АГ) у пациентов амбулаторного звена г. Томска и Томской области.

Материал и методы. Особенности фармакотерапии были изучены по результатам анализа амбулаторных карт пациентов, прикрепленных к поликлиникам г. Томска и Томской области. В ходе исследования было проанализировано 816 амбулаторных карт пациентов с артериальной гипертензией. Среди всех пациентов 349 человек были пациентами города, 467 проживали в сельской местности.

Результаты. Анализ гипотензивной терапии показал, что основу назначений в обеих группах исследования составил класс ингибиторов ангиотензинпревращающего фактора (иАПФ) (32,8% по данным городских поликлиник и 35,7% по данным поликлиник села). На втором месте по частоте назначения были диуретики. Редким явилось назначение современного класса препаратов — блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА): лишь у 0,5% пациентов городских поликлиник и 0,4% — сельских. В группе пациентов села

частота назначения устаревших препаратов класса комбинированных резерпинсодержащих была статистически значимо выше по сравнению с пациентами города (1,4% против 0,2%, $p=0,001$). Основу назначений в классе иАПФ как по данным города, так и села составил эналаприл. Класс антагонистов кальциевых каналов (АКК) был представлен нифедипином, амлодипином и верапамилом. Пациенты обеих групп исследования преимущественно получали препараты нифедипина короткого действия (95,3% по данным города и 93,7% по данным села). В группе бета-адреноблокаторов (БАБ) пациентам, как города, так и села назначался, в первую очередь, метопролол (65,5% и 59,2% соответственно) и бисопролол (29,8% и 14,6%, соответственно). Врачами села в 25,4% применялся атенолол. Доля назначения атенолола врачами города составила 4,8% ($p=0,001$). Класс диуретиков преимущественно был представлен индапамидом. В группе «прочие» основу назначений составили фиксированные комбинации, которые принимали 82,5% пациентов города и 39,6% пациентов села ($p=0,001$). Врачами сельских поликлиник в 18 раз чаще были назначены препараты класса комбинированных резерпинсодержащих (20,8%) и в 3,5 раза чаще клонидин (22,6%), чем врачами городских поликлиник (1,6% и 6,4% соответственно).

Выводы. Анализ назначений гипотензивной терапии показал, что преимущественно применялся класс иАПФ. Редким явилось назначение класса БРА. В группе АКК по данным и городских, и сельских поликлиник подавляющее большинство назначений составили короткодействующие формы нифедипина. В классе БАБ сельскими врачами у 25,4% пациентов применялся нерекондуемый в настоящее время гидрофильный атенолол. Таким образом, особенностями лечения АГ на амбулаторном этапе здравоохранения Томской области является редкое назначение современных препаратов, пролонгированных форм гипотензивных препаратов, применение устаревших классов гипотензивных средств.

223 ХАРАКТЕРИСТИКИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО КУРС НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ

Пристром М. С., Семенов И. И., Байда А. В., Артючик В. В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

Цель: изучить частотные и спектральные показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с АГ различной степени тяжести под влиянием комплексного лечения, включающего курс гипокситерапии.

Материал и методы. Проведено исследование показателей вариабельности сердечного ритма по 5-ти минутным интервалам с помощью программно-аппаратного комплекса «Бриз-М» у 63 пациентов с АГ. АГ II была диагностирована у 31 пациента, АГ III — у 32 больных. 42 пациентам: из них АГ II отмечалась у 21 пациента; АГ III — у 21 больного (основная группа), была назначена комплексная терапия, включавшая курсы нормобаротерапии в сочетании с медикаментозным лечением. 21 пациенту: из них АГ II была выявлена у 10 пациентов; АГ III — у 11 больных (контрольная группа) получали традиционную медикаментозную терапию.

Результаты. В процессе комплексного лечения у больных основной группы с АГ II ст. отмечались достоверные изменения показателей вариабельности сердечного ритма в увеличении SDNN ($31,10 \pm 1,90$ и $39,70 \pm 1,60$, соответственно, $p < 0,05$), увеличении NN50 ($15,10 \pm 3,00$ и $34,00 \pm 3,90$, соответственно, $p < 0,05$), а также нормализации симпато-вагусного индекса LF/HF ($0,70 \pm 0,10$ и $0,56 \pm 0,01$, соответственно, $p < 0,05$). У пациентов контрольной группы статистически достоверные

изменения показателей в процессе лечения выявлено не было.

В процессе комплексного лечения у больных основной группы с АГ III ст. отмечались достоверные изменения показателей variability сердечного ритма в увеличении SDNN ($31,80 \pm 2,10$ и $45,70 \pm 3,70$, соответственно, $p < 0,05$), увеличении NN50 ($16,10 \pm 3,50$ и $41,80 \pm 8,40$, соответственно, $p < 0,05$) увеличении MO ($815,20 \pm 19,10$ и $897,70 \pm 29,70$, соответственно, $p < 0,05$), увеличении парасимпатических влияний HF ($37,60 \pm 1,00$ и $43,80 \pm 0,70$, соответственно, $p < 0,05$), а также нормализации симпато-вагусного индекса LF/HF ($0,73 \pm 0,01$ и $0,58 \pm 0,03$ соответственно, $p < 0,05$). У пациентов контрольной группы статистически достоверные изменения показателей в процессе лечения выражались в нормализации симпато-вагусного индекса LF/HF ($0,59 \pm 0,03$ и $0,50 \pm 0,02$, соответственно $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, в результате комплексного лечения, включающего курс нормобарической гипокситерапии у пациентов основной группы произошло статистически достоверное увеличение парасимпатических влияний и снижение активности симпатической нервной системы, что свидетельствует о нормализации вегетативной регуляции сердечной деятельности.

224 ПРОЦЕССЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО КУРС НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ

Пристром М. С., Байда А. В., Семененков И. И., Артюшок В. В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

Цель: изучить показатели микроциркуляции у пациентов АГ II–III ст. под влиянием комплексного лечения, включающего курс гипокситерапии.

Материал и методы. Проведено исследование показателей микроциркуляции с помощью щелевой лампы у 80 пациентов с АГ. АГ II ст. была диагностирована у 38 пациентов, АГ III ст. — у 42 больных. 56 пациентам: из них АГ II ст. отмечалась у 26 пациентов; АГ III ст. — у 30 больных (основная группа). 24 пациентам: из них АГ II ст. была выявлена у 12 пациентов; АГ III ст. — у 12 больных (контрольная группа).

Результаты. В процессе комплексного лечения у больных основной группы с АГ II ст. отмечались достоверные изменения показателей микроциркуляции в уменьшении периваскулярного отека ($0,60 \pm 0,10$ и $0,10 \pm 0,01$, соответственно, $p < 0,001$), нормализации соотношения диаметров соответствующих артериол и венул ($0,50 \pm 0,03$ и $0,10 \pm 0,02$, соответственно, $p < 0,01$), значительном уменьшении сладж-феномена ($58,80 \pm 1,10$ и $30,70 \pm 2,20$, соответственно, $p < 0,05$) и микротромбозов ($18,50 \pm 0,30$ и $3,80 \pm 0,20$, соответственно, $p < 0,05$). У пациентов контрольной группы в процессе лечения статистически достоверные изменения показателей микроциркуляции отмечались в уменьшении периваскулярного отека ($0,60 \pm 0,02$ и $0,30 \pm 0,01$, соответственно, $p < 0,05$). В процессе комплексного лечения у больных основной группы с АГ III ст. отмечались достоверные изменения показателей микроциркуляции в уменьшении периваскулярного отека ($0,40 \pm 0,03$ и $0,10 \pm 0,01$, соответственно, $p < 0,01$), нормализации соотношения диаметров соответствующих артериол и венул ($0,80 \pm 0,10$ и $0,40 \pm 0,01$, соответственно, $p < 0,05$), значительном уменьшении сладж-феномена ($57,30 \pm 2,00$ и $26,60 \pm 1,20$, соответственно, $p < 0,05$) и микротромбозов ($16,00 \pm 0,60$ и $0,10 \pm 0,01$, соответственно, $p < 0,001$). У пациентов контрольной группы статистически достоверных изменений выявлено не было. Через 2 месяца после прекращения комплексного лечения у больных основной группы с АГ II ст. отмечались достоверные изменения показателей микроциркуляции,

по сравнению с показателями до лечения, в уменьшении периваскулярного отека ($0,60 \pm 0,10$ и $0,20 \pm 0,01$, соответственно, $p < 0,05$), нормализации соотношения диаметров соответствующих артериол и венул ($0,50 \pm 0,10$ и $0,20 \pm 0,01$ соответственно, $p < 0,01$), уменьшении сладж-феномена ($57,30 \pm 2,60$ и $27,50 \pm 0,90$, соответственно, $p < 0,05$) и микротромбозов ($20,10 \pm 1,40$ и $4,10 \pm 0,30$, соответственно, $p < 0,05$). У пациентов контрольной группы статистически достоверных изменений выявлено не было. У больных основной группы с АГ III ст. отмечались достоверные изменения показателей микроциркуляции в уменьшении периваскулярного отека ($0,60 \pm 0,02$ и $0,20 \pm 0,02$, соответственно, $p < 0,05$), уменьшении сладж-феномена ($59,40 \pm 1,20$ и $27,50 \pm 1,30$ соответственно, $p < 0,05$) и микротромбозов ($22,20 \pm 1,40$ и $1,20 \pm 0,10$, соответственно, $p < 0,05$). У пациентов контрольной группы статистически достоверных изменений выявлено не было.

Выводы. Результаты проведенных нами исследований с учетом полученных данных, свидетельствуют о преимуществах применения нормобарической гипокситерапии в комплексном лечении больных АГ по сравнению с традиционной медикаментозной терапией у данной категории больных.

225 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИДАТИВНОГО СТРЕССА С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Пулатов О. Я., Камилова У. К., Рашидова Г. Б., Авезов Д. К.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение показателей окислительного стресса у больных инфарктом миокарда молодого возраста.

Материал и методы. Обследованы 74 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ). В исследование включали больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ давностью не более 6 часов от начала ангинозных болей. 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), диеновые конъюгаты, о состоянии антиокислительной ферментативной системы судили по активности ферментов каталазы и супероксиддисмутазы (СОД). Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц EXCEL 6.0 Windows-95.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что ИМ передней локализации имел место у 43 (41,9%), ИМ задней стенки отмечался у 31 (72,9%) пациентов. У 13 (17,5%) пациентов течение острого периода заболевания осложнилось развитием клинических признаков сердечной недостаточности (Killip, класс II–IV), в том числе II класса — в 7 (53,8%), III класса — в 5 (38,4%), IV класса (кардиогенный шок) — в 1 (7,6%) случаях. У 3 (4%) больных в течение первых 2-х суток ОИМ развилась фибрилляция желудочков (ФЖ). У 24 (32,4%) больных отмечалось раннее возобновление приступов стенокардии (РПИС). Изучение показателей окислительного стресса у больных ОИМ молодого возраста показало увеличение уровня показателя МДА на 32,4% выше по сравнению с показателями группы больных ОИМ в возрасте старше 60 лет, что сопровождалось увеличением уровня ДК на 21,5%. У больных с ОИМ молодого возраста показатели антиоксидантной системы были достоверно ниже по сравнению с показателями группы больных ОИМ в возрасте старше 60 лет: показатель СОД был снижен на 33,5% ($P < 0,001$). Наблюдалось также снижение уровня каталазы на 27,4% ($P < 0,05$) 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 $ONOO^-$. Изучение показателей окислительного стресса выявили зависимость этих

показателей от локализации ИМ. У больных передней локализацией инфаркта миокарда как у пациентов молодого, так пожилого возраста показатель МДА был достоверно выше по сравнению с данными параметрами больных с задней локализацией ИМ на 13,6 и 10,4%, соответственно.

Выводы. Анализ осложнений в раннем постинфарктном периоде среди больных выявил следующее: частота развития таких осложнений как развитие острой сердечной недостаточности, аневризмы ЛЖ и потенциально опасных желудочковых аритмий статистически достоверно связана с исходными высокими показателями МДА.

226 ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СМЕРТИ У МУЖЧИН ГОРОДА ТЮМЕНИ (ПРОСПЕКТИВНОЕ 12-ЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Пушкарев Г. С., Акимов Е. В.

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

Цель: изучение влияния социальных факторов на относительный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин трудоспособного возраста города Тюмени.

Материал и методы. В 1996 году по программе кардиологического скрининга стандартизованными методами было проведено эпидемиологическое исследование репрезентативной выборки мужчин 25–64 лет. Всего было обследовано 795 мужчин. Проспективное наблюдение за смертностью осуществлялось в течение 12 лет. В конечный анализ включались все случаи смерти от ССЗ. Для оценки связи между уровнем образования, профессиональной принадлежностью, брачным статусом и риском смерти от ССЗ использовали многофакторную регрессионную модель Кокса. Относительный риск (ОР) рассчитывали с учетом возраста, систолического и диастолического АД, индекса массы тела, курения, холестерина (ХС), триглицеридов, ХС липопротеидов высокой плотности, наличия диагноза ИБС в начале исследования.

Результаты. За 12-летний период наблюдения среди 795 мужчин было зарегистрировано 85 (10,69%) случаев смерти.

ОР сердечно-сосудистой смерти у мужчин с начальным образованием в многофакторной модели составил 1,92 (95% ДИ 1,14–3,22). У лиц, занятых тяжелым физическим трудом, ОР сердечно-сосудистой смерти после учета всех рассматриваемых факторов риска, составил 2,72 (95% ДИ 1,42–5,23). Прослеживалась отчетливая связь брачного статуса с риском смерти от ССЗ. Так в многофакторной модели, ОР сердечно-сосудистой смерти в группе одиноких мужчин составил 4,08 (95% ДИ 2,12–7,83), в группе мужчин, состоящих в разводе – 3,18 (95% ДИ 1,90–5,34), в группе вдовых мужчин – 3,19 (95% ДИ 1,22–8,34).

Выводы. При оценке риска сердечно-сосудистой смерти в многофакторной модели пропорционального риска Кокса наиболее высокий риск в мужской популяции встречался у лиц с низким социальным статусом: с начальным образованием и в профессиональной группе работников тяжелого физического труда, а так же у одиноких, вдовых и разведенных мужчин.

227 ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Ребров А. П., Поддубный Д. А., Гайдукова И. З.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

Кардиоваскулярная летальность у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) превышает общий популяционный уровень на 20–40%.

Цель: представление собственных данных, посвященных ремоделированию миокарда левого желудочка и изменению вариабельности сердечного ритма у пациентов с АС, и обзор литературных данных, касающихся основных особенностей сердечно-сосудистой патологии у больных АС.

Материал и методы. В исследование включено 102 пациента АС без манифестной сердечно-сосудистой патологии, нарушений ритма, проводимости, пороков сердца, а также сопутствующих заболеваний в стадии обострения (средний возраст $35,4 \pm 7,3$ г.) и 25 сопоставимых по возрасту ($37,4 \pm 4,4$ г.) и полу здоровых добровольцев. У всех пациентов оценивали традиционные факторы сердечно-сосудистого риска, выполняли доплерэхокардиографию (ЭхоКГ), комплекс Acuson 128 XP/10, у 51-го пациента исследовали вариабельность сердечного ритма (BCP), аппарат Волготех 2000. У всех пациентов оценивали активность АС (индекс BASDAI, СОЭ, С-РБ). Проанализировали 1917 цитат (PUBMED, MEDLINE). В окончательный анализ включили 60 статей. Статистический анализ выполняли с применением программ Statistica 6.0 и SPSS.

Результаты. У пациентов с АС установили увеличение частоты встречаемости традиционных фактов риска (дислипидемия, курение, метаболический синдром и др.), повышение острофазовых показателей (СОЭ, СРБ и др.), наличие аортита, периаортита, поражения клапанного аппарата сердца (в 82% случаев), а также ремоделирование миокарда левого желудочка и снижение вариабельности сердечного ритма. Признаки ремоделирования/гипертрофии миокарда ЛЖ были выявлены у 53 (52%) обследованных пациентов, а собственно гипертрофии – у 41 (40,2%). 76,7% больных имели концентрическое ремоделирование или гипертрофию левого желудочка. Основные показатели BCP как во временной (SDNN, RMSSD, коэффициент вариации, вариационный размах), так и частотной (общая мощность спектра – TP, мощность очень низкочастотного компонента – VLF) областях были значимо ниже у больных АС по сравнению с показателями здоровых лиц. Корреляционный анализ показал наличие статистически достоверной обратной взаимосвязи между величиной основных показателей BCP и уровнями острофазовых показателей (СОЭ, С-реактивного белка, фибриногена).

Заключение. У пациентов с анкилозирующим спондилитом установлено увеличение частоты встречаемости традиционных фактов риска (дислипидемия, курение и др.), повышение острофазовых показателей (СОЭ, СРБ и др.), наличие системного воспалительного процесса с развитием аортита, периаортита, поражения клапанного аппарата сердца, а также ремоделирование миокарда левого желудочка и снижение вариабельности сердечного ритма. Выявленные изменения ассоциируются с повышением кардиоваскулярной заболеваемости и смертности пациентов с АС.

228 УПРАВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ – КЛЮЧЕВАЯ СТРАТЕГИЯ В СНИЖЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Редькина М. В., Левашов С. Ю., Ярышева В. Б.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

В превентивной кардиологии вопросы мониторинга ситуации по артериальной гипертензии (АГ) и эффективности ее контроля среди лиц трудоспособного возраста являются важной частью демографической политики государства, что позволяет не только формировать научно-обоснованную базу для определения приоритетов профилактических вмешательств, как на уровне популяции, так и в группах высокого риска, но оценивать эффективность проводимых мероприятий.

Цель: на основе 5-летнего эпидемиологического мониторинга изучить распространенность АГ и провести анализ

ситуации по контролю артериального давления среди лиц с установленным диагнозом АГ в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы. Проведено популяционное исследование распространенности факторов риска, в частности АГ, на репрезентативной выборке населения Челябинской области в возрасте 18–65 лет на основе списков областного фонда обязательного медицинского страхования: в 2002 году – 2543 чел., в 2007 году – 1956 чел. Обследование проводилось в соответствии с международным протоколом программы ВОЗ CINDI.

Результаты. Распространенность артериальной гипертензии в 2002 году составила 32,8%, в 2007 году 37,5%, среди мужчин прирост составил 2,8% (34,1% и 36,9%), а у женщин 6,1% (31,9% и 38,0%), соответственно. В динамике увеличилось число лиц с ранее установленным диагнозом АГ – с 41,9% до 46,5%, среди мужчин увеличение составило с 37,7% до 39,1%, а у женщин с 44,9% до 51,6%. При этом за 5-летний период отмечено снижение среднего уровня систолического артериального давления (САД) у мужчин со 141±19,1 мм рт.ст. до 138,8±15,9 мм рт.ст. ($p<0,08$), у женщин со 140,3±24,9 мм рт.ст. до 138,0±19,6 мм рт.ст. ($p>0,05$). Снижение диастолического АД (ДАД) было статистически значимым и составило у мужчин 89,2±11,7 мм рт.ст. и 86,4±8,7 мм рт.ст. ($p<0,003$), у женщин 87,3±12,7 мм рт.ст. и 85,1±10,6 мм рт.ст. ($p=0,006$) соответственно в 2002 и 2007 гг. При анализе возрастных групп снижение САД установлено во всех группах, но наиболее значимое в группе мужчин 55–64 лет – на 6,9 мм рт.ст. (148,3±16,6 мм рт.ст. и 141,4±13,0 мм рт.ст., $p<0,006$), а диастолическое АД достоверно снизилось в возрастных группах 45–54 и 55–64 лет – на 3,6 мм рт.ст. (91,3±16,7 мм рт.ст. и 87,7±13,0 мм рт.ст., $p<0,05$) и 4,9 мм рт.ст. (92,2±10,8 мм рт.ст. и 87,3 мм рт.ст., $p<0,004$) соответственно. У женщин отмечается аналогичная динамика показателей САД и ДАД, однако достоверность различий установлена только для возрастной группы 55–64 лет: снижение САД на 9,0 мм рт.ст. (153,3±25,5 мм рт.ст. и 144,3±20,0 мм рт.ст., $p<0,001$) и ДАД на 4,9 мм рт.ст. (91,8±12,7 мм рт.ст. и 87,5±9,9 мм рт.ст., $p<0,001$).

Вывод. За 5 лет наблюдения распространенность АГ увеличилась как у мужчин, так и женщин. Установлено снижение среднего уровня САД и ДАД, наиболее значимое в возрастной группе 55–64 лет, как у мужчин, так и женщин. В возрастных группах старше 45 лет независимо от пола средние цифры САД и ДАД выше рекомендуемых, что говорит о недостаточном контроле АД.

229 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Резванова Ю. А., Адамчик А. С., Кузнецова Е. А., Крючкова И. В., Шевченко О. А.
ГБОУ ВПО КубГМУ, Краснодар, Россия

Цель: сравнить антиангинальную и антиишемическую эффективность препарата группы активаторов калиевых каналов никорандил с пролонгированными нитратами (кардикет) у пациентов со стабильной стенокардией напряжения II и III функционального класса при долгосрочном приеме.

Материал и методы: в исследование включено 68 больных, в возрасте 34–68 лет, страдающих ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК II–III). Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 34 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 (кардикет) в дозе 20 мг 2 раза в сутки 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), дневников контроля самочувствия пациентов (частота приступов стенокардии), а также эхокардиографического

исследования (параметры ремоделирования и показатели диастолической функции левого желудочка ЛЖ) до и после 6 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 шесть месяцев на 55,4% ($p<0,05$), частота приступов стенокардии снизилась на 63% ($p<0,05$). Эффективность нитратов была сравнима и статистически не отличалась от эффективности никорандила. Однако при регулярном приеме нитратов в течение 6 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. Длительный прием препаратов в обеих группах приводил к снижению индекса массы и относительной толщины миокарда ЛЖ на 9,1% ($p<0,01$) и 3,5% ($p<0,05$) соответственно. Показатель диастолического кровенаполнения (Е/А) увеличился на фоне лечения Коронелем на 13,5% ($p<0,001$), в группе Кардикета также имел тенденцию к увеличению на 6,3% ($p>0,05$).

Выводы: полученные нами данные свидетельствуют о высокой эффективности никорандила у больных со стабильной стенокардией, об антиангинальной и антиишемической активности, а также о кардиопротективных свойствах препарата. Препарат является перспективным при лечении больных с ишемической болезнью сердца.

230 ВЗАИМОСВЯЗЬ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ГОМЕОСТАЗА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Родичева О. А.¹, Левашов С. Ю.¹, Волкова Э. Г.¹, Бабенкова И. В.², Прачева Т. И.²

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздрава России¹; ГБУЗ Областная клиническая больница № 32, Челябинск, Россия

Цель: оценить взаимосвязь лабораторных показателей фосфорно-кальциевого обмена с функциональным состоянием почек у больных ИБС с аортальным стенозом и без него.

Материал и методы. В исследование включено 147 пациентов с аортальным стенозом (АС) в сочетании с ИБС стабильной стенокардией I–IV ФК в возрасте старше 60 лет: 95 женщин (64,6%) и 52 мужчины (35,4%). Средний возраст пациентов 73,3±6,6 лет. Диагноз стеноза аортального клапана (АК) и оценку его тяжести устанавливали в соответствии с рекомендациями ЕАЕ/АСЕ (2009) по данным ЭхоКГ (аппарат фирмы General Electrics Vivid 7 (США)). Диагноз ИБС стабильной стенокардии выставлялся согласно критериям ВОЗ. Критерии исключения: ревматическая лихорадка в анамнезе, ревматическая болезнь сердца, системные заболевания соединительной ткани, заболевания крови, сахарный диабет и другие эндокринопатии, хроническая почечная недостаточность, онкологическая патология, заболевания печени. Контрольная группа – 41 пациент с ИБС и интактными створками АК: женщин 21 (51,5%), мужчин 20 (48,8%). Средний возраст 68,9±6,2 лет. Исследование крови на кальциевый обмен – ионизированный кальций, общий кальций, щелочная фосфатаза, магний, фосфор и сывороточный креатинин проводили по общепринятым методикам. Паратиреоидный гормон (ПТГ) и кальцитонин определяли методом ИФА. Клиренс креатинина (КК) вычисляли по формуле Кокрофта-Гаулта.

Результаты. При исследовании функции почек средние уровни сывороточного креатинина были в пределах нормы и значимо не различались в группах (83,9±15,2 мкмоль/л и 78,5±15,7 мкмоль/л), $p=0,097$. Однако КК был ниже в основной группе по сравнению с контрольной, хотя не выхо-

дил за рамки нормальных значений — 66,1 (51,03;82,7) и 74,5 (59,2;97,1) мл/мин, $p=0,031$. Причем более низкие значения КК наблюдались у женщин с АС — 60,4 (47,7;74,2) и 67,9 (56,5;95,6) мл/мин, $p=0,069$. В зависимости от степени тяжести стеноза АК, а также при сочетании АС с кальцинозом митрального кольца существенных различий показателей сывороточного креатинина и КК не обнаружено. Сниженная функция почек (КК < 60 мл/мин) чаще наблюдалась у пациентов с АС 39 (39,8%) и 8 (27,6%), $p=0,232$. Достоверных различий в показателях кальциевого гомеостаза у пациентов обеих групп со сниженной функцией почек не найдено. Однако, корреляционный анализ выявил статистически значимое увеличение концентрации ПТГ при снижении уровня КК ($r=-0,552$, $p=0,041$), а также взаимосвязь сывороточного креатинина и щелочной фосфатазы ($r=0,418$, $p=0,066$). Кроме того, получена положительная связь уровня ПТГ со степенью АС ($r=0,532$, $p=0,013$) и градиентом давления на АК ($r=0,666$, $p=0,001$).

Выводы. Среди показателей фосфорно-кальциевого гомеостаза только ПТГ и щелочная фосфатаза наиболее тесно ассоциируются с функциональным состоянием почек. При этом тяжесть стеноза аортального клапана положительно коррелирует с ПТГ и не связана с функцией почек.

231 АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: ОЦЕНКА ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Романчук П. И.¹, Никитин О. Л.¹, Малышев В. К.², Романчук Н. П.³, Крюков Н. Н.³, Волобуев А. Н.³, Кузнецов С. И.⁴, Сиротко И. И.⁴

Самарский областной гериатрический центр¹; Новые пищевые технологии «СОЗВЕЗДИЕ»²; Самарский государственный медицинский университет³; Министерство здравоохранения Самарской области⁴, Самара, Россия

В Самарском областном гериатрическом центре по программе «Активное долголетие» нашли клиническое применение следующие десять методов определения биологического возраста (ОВВ): по анализу крови, по изменениям плотности костной ткани, по импедансметрии, по вариабельности показателей кардиосинхронизированного механизма, по спирографии, по ЭхоКГ, по биоэлектрической активности головного мозга, по физической работоспособности, по умственной работоспособности, по антропометрии.

Материал и методы. Авторы на основании 15-ти летних клинических наблюдений в Центре Артериальной Гипертензии г. Самара (ЦАГИС), а также клинических, физиологических, биохимических и биофизических клинико-экспериментальных исследований в Самарском государственном медицинском университете, Гериатрическом научно-практическом центре Самарской области, а затем и в Самарском областном гериатрическом центре установили, что повышение объективности и информативности способа оценки возрастных изменений сердечно-сосудистой системы человека достигается за счет системного подхода в оценке 50-ти биомаркеров (биомаркеров).

Результаты. Разработан авторский лечебно-диагностический алгоритм, состоящий из 50-ти биомаркеров (биомаркеров), для проведения углубленного патогенетического анализа преждевременного старения сердечно-сосудистой системы во взаимосвязи с возрастными изменениями в других органах и системах организма человека. С его помощью судят о структурно-функциональных и метаболических изменениях в локальных кровеносных сосудах, региональных сосудистых бассейнах, состоянии центральной и периферической гемодинамики, изменении геометрии сердца.

Лечебно-диагностический алгоритм оценки возрастных изменений сердечно-сосудистой системы организма человека имеет достаточно оснований для клинического применения в практическом здравоохранении, широкого внедрения

в алгоритмы профилактических обследований, профосмотров и обследований пациентов медицинских учреждений для системной оценки возрастных изменений сердечно-сосудистой системы человека как надежных, воспроизводимых показателей, позволяющих на доклинической стадии выявить пациентов с гемодинамически значимой патологией артерий нижних конечностей, повышенным риском наличия атеросклеротических поражений в каротидном и коронарном артериальных бассейнах, а также уточнить риски развития сердечно-сосудистых осложнений.

Вывод. Системная оценка при использовании лечебно-диагностического алгоритма позволяет разрабатывать схемы комбинированной терапии и оценивать эффективность проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения во времени с заданным интервалом и под контролем 50-ти биомаркеров (биомаркеров).

232 ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РАЗРЫВОМ МЖП

Рустамов Б. Е., Кокшенева И. В., Алишбаева М. М., Ибрагимов Р. М., Бузашвили Ю. И., Бокерия Л. А.

ФГБУ «Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН», Москва, Россия

Цель: обобщить опыт хирургического лечения больных ИБС с постинфарктным разрывом МЖП и на основании проведенного анализа предложить оптимальные принципы ведения пациентов.

Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 11 больных ИБС с постинфарктным разрывом МЖП, проходивших лечение в клинико-диагностическом отделении и отделении хирургического лечения ИБС НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН с 2001 по 2010 гг. Средний возраст пациентов составил $59,9 \pm 2,1$ лет.

Результаты. В отдаленные сроки после проведенного лечения нами было обследовано 8 пациентов, средний срок наблюдения составил $2,93 \pm 1,18$ лет (максимальный период наблюдения — 8 лет, минимальный — 7 месяцев). Клинический статус 7 пациентов (88%) был удовлетворительным — не было симптомов сердечной недостаточности, не отмечалось приступов стенокардии. У 1 пациента имелись симптомы сердечной недостаточности III ФК (NYHA), обусловленные наличием значимой митральной регургитации (3 ст.) и низкой ФВ ЛЖ. По данным функциональных методов обследования у всех пациентов отсутствовал сброс на уровне МЖП. Наблюдалось значительное улучшение структурных и функциональных параметров: уменьшение объемных и линейных показателей ЛЖ, средние значения КДО составили $159,8 \pm 18,4$ мл, КСО — $97,6 \pm 19,4$ мл, КДР — $6,2 \pm 0,12$ см, КСР — $4,6 \pm 0,17$ см; отсутствовала дилатация правых отделов сердца — ПЖ — $2,65 \pm 0,1$ см, ПП — $3,1 \pm 0,29$ см; отсутствовала значимая регургитация на трикуспидальном клапане; нормализация давления в легочной артерии — $29,0 \pm 0,82$ мм рт.ст. Улучшение глобальной сократительной функции ЛЖ, средняя ФВ ЛЖ составила — $47,9 \pm 2,7\%$. Отсутствовала значимая регургитация на митральном клапане у большинства пациентов, лишь у 1 пациента определялась недостаточность 3 ст, обусловленная дилатацией фиброзного кольца и склерозом папиллярных мышц (до операции имелась недостаточность 2 ст., коррекция которой не проводилась). 3 пациентам выполнена стресс-эхокардиография с физической нагрузкой. У всех пациентов проба была отрицательной, не выявила признаков коронарной недостаточности. У 1 пациента определялся высокий порог толерантности к физической нагрузке, у 2 средний. Таким образом, анализ отдаленных результатов лечения больных с постинфарктным разрывом МЖП показал хорошие клинические и функциональные результаты при хирургическом подходе, направленном на коррекцию всех структурных патологических изменений сердца, развивающихся при данном осложнении инфаркта миокарда. Показал хорошую отдаленную выживаемость — за период наблюдения не было умерших пациентов.

Заключение. Проведенный анализ позволил предложить рациональную тактику ведения больных с постинфарктными разрывами МЖП, включающую следующие положения:

1. При определении сроков выполнения хирургического вмешательства, наряду с клиническими факторами следует ориентироваться на: размер постинфарктного разрыва, объем сброса через дефект, объем некротического поражения миокарда левого и правого желудочков, уровень легочной гипертензии. Выполнение операции в ранние сроки формирования разрыва должно диктоваться тяжелым клиническим и гемодинамическим состоянием пациента с невозможностью стабилизации консервативными мерами, большими размерами постинфарктного дефекта, большим объемом сброса через дефект, тяжелой дисфункцией миокарда. В остальных случаях следует отложить хирургическое лечение до формирования рубцовой ткани. 2. Перед выполнением хирургического вмешательства необходимо проводить предоперационную подготовку, направленную на коррекцию всех основных патофизиологических нарушений: поддержание адекватного сердечного выброса, стабилизацию коронарной недостаточности, коррекцию аритмий, коррекцию метаболических нарушений, органной дисфункции, коррекцию коагулопатии. 3. При определении объема хирургического вмешательства необходимо стремиться выполнить полную коррекцию всех имеющихся структурных нарушений сердца: наряду с закрытием постинфарктного разрыва МЖП выполнение хирургической реконструкции ЛЖ для восстановления его оптимальной геометрической формы, коррекции недостаточности атриовентрикулярных клапанов и реваскуляризации миокарда. 4. При лечении пациентов в послеоперационном периоде следует руководствоваться следующими принципами: а) максимизировать коронарную перфузию; б) оптимизировать функцию левого и правого желудочков с помощью арсенала современных средств интенсивной терапии; в) снижение постнагрузки ПЖ путем уменьшения легочно-сосудистой резистентности.

233 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС С ПОСТИНФАРКТНЫМ РАЗРЫВОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Рустамов Б. Е., Алишба Я. Д., Кокшенева И. В., Голубев Е. П., Ибрагимов Р. М., Мирюльчиев М. М., Бузиашивили Ю. И., Бокерия Л. А.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель: обобщить опыт хирургического лечения больных ИБС с постинфарктным разрывом МЖП и на основании проведенного анализа предложить оптимальные принципы ведения пациентов.

Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 31 больного ИБС (средний возраст $59,9 \pm 2,1$ лет) с постинфарктным ДМЖП, проходивших лечение в НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН с 2001 по 2010 гг.

Результаты. Хирургическое вмешательство выполнялось в среднем через $2,65 \pm 0,95$ месяцев после формирования разрыва МЖП (наиболее ранние сроки — 7 дней, наиболее отдаленные — 9 месяцев). Летальность составила 19%. Послеоперационные осложнения: острая сердечная недостаточность с применением ВАБК имела место у 45% пациентов; мозговые осложнения (отек головного мозга, развитие острого нарушения мозгового кровообращения) у 27%; кровотечения, потребовавшие реторакотомии в 1^е сутки после операции, развилось в 1 случае; дыхательная недостаточность (на фоне двусторонней пневмонии) — у 1 пациента; развитие полной поперечной блокады, потребовавшей имплантации ЭКС — у 1 пациента.

Заключение. Проведенный анализ позволил предложить рациональную тактику ведения больных с постинфарктными ДМЖП:

1. При определении сроков выполнения хирургического вмешательства, наряду с клиническими факторами следует ориентироваться на такие параметры, как: размер постинфарктного разрыва, объем сброса через дефект, объем некротического поражения миокарда левого и правого желудочков, уровень легочной гипертензии. В ранние сроки формирования разрыва необходима хирургического вмешательства обосновывается тяжелым клиническим состоянием пациента и выраженными гемодинамическими нарушениями с невозможностью стабилизации консервативными мерами. В остальных случаях хирургическое лечение следует отложить до формирования рубцовой ткани.

2. Предоперационная подготовка направлена на коррекцию основных патофизиологических нарушений: поддержание адекватного сердечного выброса, устранение ишемии миокарда, коррекцию аритмий, метаболических нарушений, органной дисфункции, коагулопатии. Для стабилизации состояния и снижения хирургического риска показано использование средств механической поддержки кровообращения.

3. Наряду с закрытием постинфарктного разрыва МЖП необходимо стремиться выполнить полную коррекцию всех имеющихся структурных нарушений сердца: геометрическую реконструкцию ЛЖ, коррекцию недостаточности атриовентрикулярных клапанов и реваскуляризацию миокарда.

4. В послеоперационном периоде следует руководствоваться следующими принципами: а) максимально увеличить коронарную перфузию путем поддержки адекватного давления в аорте; б) оптимизировать функцию левого и правого желудочков, в том числе с помощью средств вспомогательно-го кровообращения; в) обеспечить снижение постнагрузки ПЖ путем уменьшения легочно-сосудистой резистентности.

234 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Рыбакова Т. А., Столярова В. В., Костина М. В.

Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева, Саранск, Россия

По числу смертности в России лидируют заболевания сердечно-сосудистой системы. Наиболее частой и клинически значимой аритмией, способной привести к сердечной недостаточности, внезапной сердечной смерти является мерцательная аритмия. С помощью анализа вариабельности сердечного ритма можно дать количественную и качественную оценку вегетативной регуляции сердечного ритма, а также прогнозировать предрасположенность к жизнеугрожающим аритмиям.

Цель: провести оценку влияния профилактического применения аллапинина, метопролола и кордарона на вариабельность сердечного ритма (BCP) у больных с пароксизмами мерцания предсердий (ПМП).

Материал и методы. Пациенты были разделены на 5 групп: I — здоровые ($n=10$); II (контроль) — ИБС: Стенокардия напряжения III ФК ($n=10$); III, IV и V группы — больные с ПМП, принимающие соответственно: аллапинин ($12,5 \text{ мг} \times 3 \text{ р/д}$, $n=8$), метопролол ($25 \text{ мг} \times 2 \text{ р/д}$, $n=8$), кордарон ($200 \text{ мг} \times 1 \text{ р/д}$, $n=8$). Оценивались следующие показатели: SDNN, SDSD, ΔX , RMSSD, Mean, Mo, pNN50%, ВПР, ИБР, АМо (%), ИН, ПАПР.

Результаты. В группе больных получающих аллапинин, регистрировалось увеличение BCP: 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%, ИБР 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%. У больных получающих метопролол, регистрировалось увеличение ВСР по сравнению с I группой здоровых лиц: повышение SDSD на 84%. Выявлено преобладание тонуса ПСНС по сравнению с I группой (увеличение: Меан на 10% и Мо на 10%; по сравнению со II группой (увеличение Меан на 16% и Мо на 16%). На фоне кордарона, регистрировалось увеличение ВСР по сравнению с I группой: повышение SDNN на 114%. Выявлено преобладание тонуса ПСНС по сравнению с I группой (увеличение: ΔX на 177%, Меан на 19%, Мо на 17% и снижение: ВПР на 47%, ИВР на 65%); по сравнению со II группой (увеличение: Меан на 25%, Мо на 24%). Снижение тонуса СНС по сравнению с I группой, о чем свидетельствовало уменьшение: АМО% на 31%, ИН на 60%, ПАПР на 40%.

Выводы. По совокупности исследуемых изменений на вариабельность сердечного ритма, вегетативный статус, наиболее эффективным является аллапинин, затем — кордарон и метопролол.

235 ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СОСУДОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО НА ФОНЕ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Рябенко А. Ю., Долгов А. М., Денисов Е. Н., Антикеева Н. В.
ГБОУ ВПО «ОрГМА» Минздравсоцразвития России, Оренбург, Россия

Цель: выявить особенности эндотелийзависимых механизмов регуляции тонуса сосудов у больных в остром периоде ишемического инсульта с сочетанной кардиальной патологией.

Материал и методы. Исследование проведено у 48 пациентов мужского и женского пола, в возрасте от 37 до 73 лет имеющих в анамнезе кардиальную патологию. Всем пациентам исследовали неврологический статус, проводилась электрокардиография, компьютерная томография головного мозга. Оценивалась эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) по методу D.S. Celermajer et al., 1992. Измерение диаметра плечевой артерии осуществляли с помощью линейного датчика 7 МГц на ультразвуковом аппарате «Medison SonoAce X8». Определяли уровень стабильных метаболитов оксида азота — нитритов и нитратов (NO₂ и NO₃). Неврологический статус оценивали по шкале NIHSS. Обследованный контингент больных был разделен на 3 группы — первую группу составили пациенты без кардиальной патологии, вторую группу лица с постоянной формой мерцательной аритмии, а третью группу пациенты с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения. Контрольную группу составили 12 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией, соответствующих по возрасту и полу опытной группе. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы «Statistica 6.0».

Результаты. Проведенные исследования выявили, что у больных при ишемическом инсульте в сочетании с кардиальной патологией наблюдались нарушение в нитрооксидергических механизмах регуляции сосудов. В первой группе пациентов выявили незначительное снижение уровня NO₂ и NO₃ на 11% по сравнению с контролем, а величина ЭЗВД снизилась на 13%. Во второй группе больных обнаружено более выраженное снижение уровня NO₂ и NO₃ на 36% по сравнению с контрольной группой и сочеталось с более выраженным снижением вазодилатации при окклюзионной пробе на 34%. В третьей группе обследованных пациентов уровень NO₂ и NO₃ падал на 50,3% по сравнению с контрольной группой, и наблюдалось выраженное снижение величины ЭЗВД на 44% по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Таким образом, в остром периоде ишемического инсульта происходит значительные изменения содержания

уровня стойких метаболитов оксида азота и величины эндотелийзависимой вазодилатации. Кроме того, степень сохранности нитрооксидергических влияний на регуляцию тонуса сосудов напрямую зависит от выраженности сочетанной кардиальной патологии и имеет значение в прогнозе ишемического инсульта.

236 КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Савельева Т. В., Эшмаков С. В., Чернышова Т. Е., Олейник Н. А., Пименов Л. Т.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Ижевск, Россия

Цель: выявить отклонения в состоянии сердечно-сосудистой системы при хронических гепатитах (ХГ) и циррозах печени (ЦП).

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов в возрасте 25–68 лет с диффузными заболеваниями печени: 28 пациентов с ЦП класса В-С по Child-Pugh (1-я группа) и 22 больных с ХГ вирусной и алкогольной этиологии (2-я группа). В контрольную группу вошли 15 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 69 лет. Помимо клинического обследования проводили ЭКГ, холтеровское мониторирование (ХМ), и Эхо-КГ.

Результаты. Пациенты с ЦП чаще, чем больные с ХГ, предъявляли жалобы на кардиалгии, перебои в работе сердца и сердцебиение, одышку при физической нагрузке и отеки ($p < 0,05$). Снижение толерантности к физической нагрузке отметили 22 (78,6%) пациента 1-й группы, 15 (68,2%) больных 2-й группы и 2 (13%) обследованных контрольной группы. Следует отметить, что наиболее часто кардиологические жалобы имели место у мужчин среднего возраста с ЦП, причем выраженность жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы была выше при большей активности цитоллиза. Нормальные показатели АД определялись у 9 (32,1%) больных с ЦП и у 12 (54,5%) пациентов с ХГ ($p < 0,05$), артериальная гипотензия — у 13 (46,4%) больных и 4 (18,2%) ($p < 0,05$), артериальная гипертензия — у 6 (21,4%) и 6 (27,3%) пациентов соответственно. ЭКГ выявила нарушение реполяризации у 16 (84,2%) больных 1-й группы и у 9 (39%) пациентов 2-й группы ($p < 0,05$), ишемическую депрессию сегмента ST у 4 (14,3%) больных с ЦП; в этой же группе было зафиксировано удлинение интервала QT у 5 (17,8%) пациентов. ХМ установило синусовую тахикардию у 18 (64,3%) пациентов с ЦП и у 6 (27,3%) больных с ХГ ($p < 0,05$), наджелудочковые аритмии — у 16 (57,1%) и 12 (54,5%), желудочковые аритмии — у 8 (28,6%) и 2 (9,1%) пациентов ($p < 0,05$), соответственно. Частота нарушений ритма увеличивалась с возрастом в обеих группах. Снижение вариабельности сердечного ритма определялось у большинства больных 1-й группы, у 9 (41%) пациентов 2-й группы, у 5 (33,3%) обследованных контрольной группы. Субмаксимальной ЧСС не достигли 20 (71,4%) пациентов с ЦП, и 7 (31,8%) больных с ХГ ($p < 0,05$). Ишемические изменения регистрировались у 7 (25%) больных 1-й группы и у 3 (13,6%) пациентов 2-й группы ($p < 0,05$); в контрольной группе — у 2 (13,3%) обследованных. У 2 (7,1%) больных с ЦП отмечались снижение фракции выброса и увеличение массы миокарда левого желудочка. Диастолическая дисфункция определялась у 19 (67,8%) пациентов с ЦП, у 8 (36,3%) больных с ХГ ($p < 0,05$), у 4 (26,7%) — в группе контроля. У 13 (46,4%) больных 1-й группы выявлен выпот в полости перикарда, у 12 (42,8%) — признаки легочной гипертензии. Достоверных различий в толщине стенок, размерах камер сердца, сосудов и скоростных показателях кровотока между обеими группами установлено не было.

Выводы. Отклонения в состоянии сердечно-сосудистой системы определяются у большинства пациентов с ЦП, и почти у половины больных с ХГ. Наибольшая выраженность изменений системы кровообращения характерна для ЦП.

237 ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Савина Н. М., Байдина О. И., Сидоренко Б. А.

ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД
Президента РФ, Москва, Россия

Цель: сравнительный анализ факторов риска госпитальной летальности за 20-летний период.

Материал и методы: ретроспективный анализ госпитальной летальности выполнен в группах больных с клинической выраженной ХСН, госпитализированных в Центральную клиническую больницу УД Президента РФ в течение 1988 г. (n=426), 1998 г. (n=459) и 2008 г. (n=411). За последние 2 десятилетия увеличилось число женщин (p=0,040) и доля больных старше 80 лет (p<0,001); уменьшилось число больных с ХСН IIБ-III стадии (p<0,001); увеличилась частота назначения ингибиторов АПФ от 1,0% до 86,6%; частота назначения рекомендованных β-адреноблокаторов достигла 70,6%. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы SPSS 17,0.

Результаты: за 20-летний период значимое снижение показателей госпитальной летальности не выявлено (от 5,4% до 3,9%; p=0,328). В 1988 г. в период госпитализации из 426 больных умерли 23 (5,4%), мужчины составили 69,6%, женщины — 30,4% (p<0,05). По данным логистического регрессионного анализа, риск госпитальной смерти был связан с прогрессированием ХСН при поступлении (ОШ 7,75, 95%ДИ 2,03–18,22; p=0,019), наличием артериальной гипотонии (ОШ 1,30, 95%ДИ 1,11–1,50; p=0,015) и ХПН (ОШ 3,54, 95%ДИ 1,47–8,52; p=0,005).

В 1998 г. в период госпитализации из 459 больных умерли 17 (3,7%), из них мужчины составили 64,7%, женщины — 35,3% (p=0,058). Риск госпитальной смерти увеличивался у больных старше 75 лет (ОШ 2,8, 95%ДИ 1,75–4,49; p<0,001), у больных с тяжелой ХСН (ОШ 2,5, 95%ДИ 1,77–3,69; p<0,001), с ФВ ЛЖ менее 35% (ОШ 2,4, 95%ДИ 1,37–4,68; p=0,002), с повторными госпитализациями в течение 3-х месяцев после выписки из стационара (ОШ 3,3, 95% ДИ 2,46–5,19; p<0,001), а также при наличии ХПН (ОШ 2,4, 95%ДИ 1,88–3,93; p<0,001), гипохолестеринемии (ОШ 2,7, 95%ДИ 1,54–4,62; p=0,001) и гипергликемии (ОШ 2,1, 95%ДИ 1,92–2,33; p=0,002).

В 2008 г. в период госпитализации из 411 больных умерли 16 (3,9%), мужчины составили 56,2%, женщины — 43,8% (p=0,315). Средний возраст умерших больных составил 80,4 лет (p=0,208). По данным однофакторного логистического регрессионного анализа была выявлена связь риска госпитальной смерти с возрастом больных старше 80 лет (ОШ 3,24, 95% ДИ 1,30–10,21; p=0,045), прогрессированием ХСН при поступлении (ОШ 9,46, 95% ДИ 2,12–22,18; p=0,003), ранними повторными госпитализациями (ОШ 3,02, 95% ДИ 2,21–6,14; p=0,001), наличием СД 2 типа (ОШ 3,16, 95% ДИ 1,14–8,75; p=0,027), мерцательной аритмии (ОШ 3,64, 95% ДИ 1,32–10,04; p=0,012), ХОБЛ (ОШ 3,05, 95% ДИ 1,17–8,67; p=0,037), тяжестью течения (ОШ 8,28, 95% ДИ 1,86–36,89; p=0,006), систолической дисфункцией ЛЖ (ОШ 4,49, 95% ДИ 1,63–12,35; p=0,004), увеличением КДР ЛЖ>6,0 см (ОШ 4,24, 95% ДИ 1,48–12,17; p=0,007). Независимыми предикторами смерти по данным многофакторного логистического регрессионного анализа являлись: госпитализация в связи с прогрессированием ХСН (ОШ 4,26, 95% ДИ 2,22–16,11; p=0,007), тяжесть ХСН (ОШ 4,12, 95% ДИ 1,98–18,61; p=0,003), ФВ ЛЖ<30% (ОШ 2,41, 95% ДИ 1,13–8,15; p=0,002) и увеличение КДР ЛЖ>6,5 см (ОШ 2,02, 95% ДИ 1,06–6,90; p=0,002). Основные причины сердечно-сосудистой смерти за 20 лет значимо не изменились: в 2008 г. ими были прогрессирование ХСН (57,7%), острый ИМ (21,0%), инсульт (11,2%), 10,1% — другие причины.

Таким образом, в течение 20-летнего периода госпитально-го наблюдения, который сопровождался сменой терапевтиче-

ских подходов с внедрением нейрогормональных лекарственных средств, ряд факторов (прогрессирование ХСН как причина госпитализации, ранние повторные госпитализации, тяжесть клинических проявлений и выраженность систолической дисфункции ЛЖ) сохранили неблагоприятную прогностическую значимость. Снижение показателей госпитальной летальности за 20-летний период не достигло уровня статистической значимости.

238 ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Савинова Е. Б., Соколова Л. А., Неженцева Е. Л.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Гипертензивные состояния у беременных представлены хронической АГ (ХАГ), гестационной АГ (ГАГ), преэклампсией (ПЭ) и преэклампсией на фоне хронической АГ (ПЭ на фоне ХАГ). Однако, прогностическая значимость отдельных видов АГ у беременных женщин остается неуточненной.

Цель: определение особенностей показателей суточного мониторинга АД (СМАД) у беременных женщин с различными формами АГ.

Материал и методы: обследовано 130 беременных женщин с АГ, средний возраст составил 26,1±1,7 года, сроки беременности — 28–32 недели. При клиничко-лабораторном исследовании у всех пациенток была исключена вторичная симптоматическая АГ. Тип АГ уточнялся через 12 недель после родов. Всем беременным проводили двукратное измерение офисного АД, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты: ХАГ диагностирована у 50 (38%), ГАГ — у 42 (32%), ПЭ — у 20 (16%), ПЭ на фоне ХАГ — у 18 (14%) пациенток. Наиболее высокие значения офисного САД и ДАД были отмечены у беременных женщин с ПЭ на фоне ХАГ — 173,7±18,0 мм рт.ст. и 111,5±13,8 мм рт.ст. При ХАГ эти показатели были достоверно ниже, составив 165,0±13,0 мм рт.ст. и 95,0±12,0 мм рт.ст. Наименьшие значения офисных САД и ДАД отмечены у пациенток с ГАГ — 152,0±10,0 мм рт.ст. и 88,1±7,0 мм рт.ст., соответственно. Подобный характер степени выраженности АГ выявлен при проведении СМАД у исследуемых групп пациенток. Среднесуточное САД и ДАД составило 139,4±9,4 мм рт.ст. и 85,2±10 мм рт.ст. у беременных с ПЭ на фоне ХАГ, 136,4±9,8 мм рт.ст. и 83,0±10,0 мм рт.ст. — с ПЭ, 125,0±9,5 мм рт.ст. и 71,0±8,6 мм рт.ст. — с ХАГ, 120,0±6,6 мм рт.ст. и 70,8±4,7 мм рт.ст. — с ГАГ, соответственно. Среднедневное АД составило 141,0±8,3 мм рт.ст. и 87,6±6,9 мм рт.ст. у пациенток с ПЭ на фоне ХАГ, 139,2±9,0 мм рт.ст. и 87,0±7,4 мм рт.ст. — с ПЭ, 130,0±9,8 мм рт.ст. и 75,0±7,5 мм рт.ст. — с ХАГ и 125,8±7,1 мм рт.ст. и 71,0±5,8 мм рт.ст. — с ГАГ. Средненочное АД: 130,4±17,8 мм рт.ст. и 78,2±15,5 мм рт.ст. у беременных с ПЭ на фоне ХАГ, 126,2±10,8 мм рт.ст. и 76,2±16,5 мм рт.ст. — с ПЭ, 120,0±10,0 мм рт.ст. и 65,0±8,5 мм рт.ст. — с ХАГ и 110,6±6,2 мм рт.ст. и 60,0±3,8 мм рт.ст. — с ГАГ. Индекс времени АГ у беременных с ПЭ на фоне ХАГ составил 53,7±11,7 мм рт.ст., с ПЭ — 46,8±12,4 мм рт.ст., с ХАГ — 25,0±10,0 мм рт.ст. и 10,0±4,7 мм рт.ст. — с ГАГ. При анализе циркадных суточных ритмов АД недостаточное снижение АД в ночные часы (тип «non-dipper») выявлено у всех (100%) пациенток с ПЭ, в 85% — с ПЭ на фоне ХАГ, в 39% — с ХАГ, в 42% — с ГАГ. Во всех 4-х группах выявлены статистически значимые отличия сравниваемых показателей как офисного САД и ДАД, так и СМАД (p<0,05).

Заключение: показатели СМАД у беременных женщин с АГ различаются в зависимости от вида АГ. Наибольшая степень тяжести АГ отмечена у беременных с ПЭ на фоне ХАГ и ПЭ. Это проявлялось как в степени АГ и длительности ее в течение суток, так и в частоте нарушений циркадных суточных ритмов АД.

239 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Савченко А. П., Терещенко С. Н., Черкавская О. В.

Российский кардиологический научно-производственный комплекс им. А. Л. Мясникова, Москва, Россия

Цель: изучить клиническую эффективность различных типов коронарных стентов и факторы, влияющие на отдаленный прогноз при эндоваскулярном лечении больных ИБС.

Материал и методы. В исследование включено 3006 больных ишемической болезнью сердца с клиникой стенокардии и/или признаками ишемии миокарда, наличием атеросклеротического поражения коронарного русла, которым было выполнено эндоваскулярное лечение с установкой стентов в коронарные артерии в период с 1996 по 2009 годы. Всего было имплантировано 5222 стента, в том числе: металлические стенты без покрытия — 2011 стентов; стенты с лекарственным покрытием рапамицин — 1967; стенты с лекарственным покрытием зотаролимус — 109; стенты с лекарственным покрытием эверолимус — 162; стенты с биоинженерным покрытием — 815; стенты с платформой кобальт-хром — 158. В течение двух лет после стентирования проводилось динамическое наблюдение за пациентами с использованием современных методов клинико-инструментального обследования, в том числе рентгенконтрастной ангиографии, для оценки отдаленных результатов эндоваскулярного лечения. На основании данных ангиографического и клинического обследования был проведен научный анализ клинических и морфологических факторов риска развития рестеноза стента и позднего тромбоза стента, а также анализ независимых предикторов развития этих осложнений.

Результаты. Непосредственный ангиографический успех при вмешательствах на стенозах составил более 98%, при реканализации хронических окклюзий — более 75%. Частота позднего тромбоза стента в течение первого года после эндоваскулярного лечения в группе металлических стентов без покрытия составила 2 (0.1%) случая, рапамицин-покрытых стентов составила 1.7% (34 случая), в группе эверолимус-покрытых стентов — 1.2% (2 случая), в группах зотаролимус-покрытых стентов, биоинженерных стентов, стентов с платформой кобальт-хром тромботические осложнения отсутствовали. Частота позднего тромбоза стента в течение двух лет после эндоваскулярного лечения в группе металлических стентов без покрытия составила 3 (0.2%) случая рапамицин-покрытых стентов составила 2.0% (40 случаев), в группе эверолимус-покрытых стентов — 1.2% (2 случая), в группах зотаролимус-покрытых стентов, биоинженерных стентов, стентов с платформой кобальт-хром тромботические осложнения отсутствовали. Частота развития рестеноза в течение двух лет наблюдения в группе металлических непокрытых стентов составила 26.0% (522 случая), что было достоверно выше по сравнению с группами рапамициновых стентов 4.9% (96 случаев), стентов с покрытием зотаролимус 7.2% (8 случаев), стентов с покрытием эверолимус 8.0% (13 случаев), стентов с биоинженерным покрытием 11.7% (95 случаев), стентов с платформой кобальт-хром 12.0% (19 случаев).

Выводы. Фактором риска поздних тромботических осложнений в течение первого года после имплантации рапамицин-покрытых стентов является преждевременное прекращение приема двойной антиагрегантной терапии. В течение второго года после имплантации рапамицин-покрытых стентов риск позднего тромбоза сохраняется у больных со стентированием протяженных поражений, ФВ ЛЖ < 40%, почечной недостаточностью. Факторами риска развития рестеноза непокрытых металлических стентов являются: наличие сахарного диабета, стентирование протяженных стенозов, сосудов малого диаметра, хронических окклюзий, бифуркационных стенозов, стенозов проксимального сегмента ПНА, аортокоронарных шунтов. В группе имплантации стентов с лекарственным покрытием рапамицин фактором риска развития рестеноза

стента является поражение аортокоронарных шунтов. В группах имплантации стентов с покрытием эверолимус и покрытием зотаролимус фактором риска развития рестеноза стента являются протяженные поражения. В группе имплантации биоинженерных стентов факторами риска развития рестеноза стента являются протяженные поражения, стентирование проксимального сегмента передней нисходящей артерии, диаметр стентируемого сосуда менее 2.75 мм, сахарный диабет в сочетании с множественным стентированием. Факторами риска развития рестеноза стента с платформой кобальт-хром являются наличие сахарного диабета и протяженных стенозов.

240 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

Садыхова А. Р., Шамкина А. Р., Гизятуллова Р. И.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Казань, Россия

Цель: провести стратификацию риска осложнений артериальной гипертензии (АГ) в ближайшие 10 лет среди женщин в зависимости от наличия абдоминального ожирения (АО).

Материал и методы. Обследовано 317 женщин в возрасте 21–59 лет; из них 55 практически здоровых добровольцев с нормальным артериальным давлением (АД), 63 пациентки с высоким нормальным АД (ВНАД) и 199 пациенток с АГ по классификации ВНОК (2010), с длительностью АГ 14,0±9,7 лет. Средний возраст пациенток с АГ — 47,0±7,0 лет. Из исследования исключались пациентки с вторичной формой АГ. Обследуемым проводились анкетирование, физикальное, биохимическое и инструментальное исследование. Они были распределены на 2 группы в зависимости от наличия АО: без АО и с АО. Стратификация риска осложнений АГ проводилась в соответствии с классификацией ВНОК (2010). Для оценки значимости различий распределения в группах использовались критерий χ^2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений — критерий t Стьюдента.

Результаты. В группе пациенток с АГ, имеющих АО, по сравнению с пациентками с ВНАД без АО, отмечается значимо ($p < 0,05$ по ТМФ) большая частота встречаемости 3–4 факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (46,9% vs 2,1%; $p < 0,01$), поражений органов-мишеней (ПОМ) (44,3% vs 19,1%; $p < 0,01$), ассоциированных клинических состояний (АКС) (16,5% vs 0%; $p < 0,01$), очень высокого дополнительного риска (53,9% vs 0%; $p < 0,01$) и обнаружены значимо ($p < 0,05$ по критерию t Стьюдента) более высокие средние значения суммарного количества ФР ССЗ (2,5±0,8 vs 1,3±0,7, $p < 0,001$), ПОМ (0,5±0,6 vs 0,2±0,5, $p < 0,001$), АКС (0,2±0,3 vs 0,0±0,0, $p < 0,01$), степени риска развития осложненной АГ (3,3±0,8 vs 1,4±0,9, $p < 0,001$).

В группе пациенток с АГ, имеющих АО, по сравнению с пациентками с ВНАД, имеющих АО, отмечается значимо ($p < 0,05$ по ТМФ) большая частота встречаемости ПОМ (44,3% vs 12,5%; $p < 0,02$), очень высокого дополнительного риска (53,9% vs 0%; $p < 0,001$) и обнаружены значимо ($p < 0,05$ по критерию t Стьюдента) более высокие средние значения суммарного количества ПОМ (0,5±0,6 vs 0,1±0,3, $p < 0,02$), степени риска развития осложнений АГ (3,3±0,8 vs 1,8±1,0, $p < 0,001$).

В группе пациенток с АГ, имеющих АО, по сравнению с пациентками с АГ без АО, отмечается значимо ($p < 0,05$ по ТМФ) большая частота встречаемости 3–4 ФР ССЗ (46,9% vs 3,6%; $p < 0,05$), очень высокого дополнительного риска (53,9% vs 22,6%; $p < 0,001$) и обнаружены значимо ($p < 0,05$ по критерию t Стьюдента) более высокие средние значения суммарного количества ФР ССЗ (2,5±0,8 vs 1,3±0,8, $p < 0,001$), степени риска развития осложнений АГ (3,3±0,8 vs 2,6±0,9, $p < 0,001$).

Вывод. У пациенток с АГ среди женщин в возрасте 21–59 лет абдоминальное ожирение ассоциируется со стати-

стически значимо ($p < 0,05$ по ТМФ) большей частотой встречаемости 3–4 ФР ССЗ, ПОМ, АКС и очень высокого дополнительного риска, а также со значимо ($p < 0,05$ по критерию t Стьюдента) более высокими средними значениями суммарного количества ФР ССЗ, ПОМ, АКС и степени риска развития осложнений АГ в ближайшие 10 лет.

241 ВЛИЯНИЕ ПЕРЕМЕННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ НА КАЧЕСТВЕННУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ, ОСЛОЖНЁННОЙ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Садыкова Г. А., Аляпи А. Л., Абдуллаев А. Х.

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

Цель: проследить за качественной характеристикой тромбоцитов у курильщиков, страдающих хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), осложнённой легочным сердцем (ЛС) при комплексном применении магнитотерапии.

Материал и методы. Под наблюдением находились больные ХОБЛ (21) среднетяжелого течения с лёгкой стадией обострения (со стажем курения более 10 пачка/лет, осложнённой начальными проявлениями ЛС в возрасте от 46 до 64 лет. Больным проведено стандартное базисное лечение с включением курса магнитотерапии, дыхательной гимнастики. Контрольную группу составили здоровые лица (10). Переменное магнитное поле отпускалось в импульсном режиме (2 с МП, 2 с пауза) от аппарата «Полус-1». Индуктор располагался контактно на проекцию надпочечников, в дозе 35 мТ, продолжительностью 15 мин, ежедневно, на курс от 6 до 9 процедур. Изучены клинико-функциональные, биохимические показатели, проведены цитологические исследования периферической крови по методу С. Т. Наджимитдинова (2005).

Результаты. В мазке крови окрашенной по Гимза-Романовскому изучены по линии меандров 100 тромбоцитов, их величина, количество больших и мелких тромбоцитов, количество адгезированных и агломерированных тромбоцитов, наличие на их поверхности шиповидных (т.е. амёбовидных) отростков (в%). Появление таких отростков на поверхности тромбоцитов свидетельствует об активации их секреторной функции (в них содержится более 60 активных веществ). В норме тромбоциты в 80–85% случаев бывают одиночными. Появление парных тромбоцитов указывает на адгезию (то есть слипание двух тромбоцитов друг с другом). В норме этот показатель составляет от 10 до 15%. Появление слипшихся от 3 до 10 тромбоцитов друг с другом называют малыми или средними агрегатами или агломератами (в норме 2–5%). Появление в одном сгустке слипшихся тромбоцитов от 10 до 20 и более называют большими агрегатами или агломератами. В норме их не должно быть. У 35% больных до лечения выявлено: снижение одиночных тромбоцитов до 61–67%, увеличение малых и средних агломератов до 25%; появление крупных агломератов до 14–18%. Увеличение малых, средних больше нормы и появление больших агломератов указывало на угрозу внутрисосудистого тромбоцитарного микротромбообразования. После лечения на фоне клинического улучшения в гиаломерах тромбоцитов отмечалась активация лизосомов, увеличение мелких одиночных тромбоцитов с шиповидными отростками и уменьшение адгезированных и агломерированных тромбоцитов до нормы ($p < 0,05$), хотя количественное содержание тромбоцитов до и после лечения находилось в пределах $187-310 \times 10^9/\text{л}$ в периферической крови больных. Цитологическая качественная характеристика тромбоцитов периферической крови до лечения данных больных указывала на угрозу развития внутрисосудистого тромбоцитарного микротромба.

Таким образом, цитологическая качественная характеристика тромбоцитов периферической крови позволяет прогнозировать угрозу образования внутрисосудистого тромбоцитарного микротромба. Включение в комплекс лечения магнитотерапии оказывает благоприятное влияние на изученные показатели на этапе реабилитации больных ХОБЛ, осложнённой начальными проявлениями ЛС.

242 ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ОСЛОЖНЁННОЙ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

Самадов Ш. Х., Элтаназаров М. Д.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) довольно часто осложняется полной атриовентрикулярной (АВ) блокадой, однако на каком именно этапе существования полной АВ-блокады нарушается систолическая функция, и каким образом происходит кровенаполнения левого желудочка (ЛЖ) в настоящее время не совсем понятно. В связи с этим, в клинической практике посредством эхокардиографии изучение систоло-диастолической функции ЛЖ у больных ИБС, осложнённой полной АВ-блокадой остается весьма актуальной задачей.

Цель: изучение особенностей систоло-диастолической функции ЛЖ в разные сроки существования полной АВ-блокады ишемического генеза.

Материалы. Обследовано 84 больных, страдающих ИБС (51 женщина, 33 мужчины) в возрасте от 46 до 92 лет (в среднем, $75,4 \pm 1,2$ г.). 21 больной в анамнезе перенес инфаркт миокарда, у 32 больных имела место стенокардия напряжения II–III функционального класса, у 31 больного был диагностирован атеросклеротический кардиосклероз. Диагноз полной АВ-блокады был выставлен по данным ЭКГ. Давность АВ-блокады колебалась от одного месяца до трех лет. У 28 больных она существовала около месяца, у 24 — до трех месяцев, у 15 больных — до 6 месяцев, у 17 больных — более одного года. Средняя частота желудочковых сокращений составляла $37,4 \pm 0,5$ уд/мин.

Материал и методы. Посредством эхокардиографии в одно- и двухмерном режиме оценивали ударный объем, конечно-систолический и конечно-диастолический объемы ЛЖ (мл), фракцию выброса и фракцию укорочения (%), скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (с^{-1}), а также движение митрального клапана (мм) по степени экскурсии движения задней стенки ЛЖ. В импульсном доплер режиме измерялись скорость быстрого наполнения (пик Е, см/с), скорость медленного наполнения (пик А, см/с), соотношение пиковых скоростей (Е/А, ед).

Результаты. Было показано, что величины конечно-систолического и конечно-диастолического объемов ЛЖ имеют прямую зависимость от давности существования полной АВ-блокады с коэффициентами корреляции $r = 0,88$ и $0,81$, соответственно, $p < 0,05$. На величину ударного объема давность АВ-блокады влияла меньше, хотя и достоверно ($r = 0,28$; $p < 0,05$). Фракция выброса и фракция укорочения имели отрицательные корреляции с давностью АВ-блокады: $r = -0,72$ и $-0,68$, соответственно; $p < 0,05$. Высокие отрицательные корреляции были свойственны и скорости циркулярного укорочения волокон миокарда: $r = -0,61$ при $p < 0,05$. Движения митрального клапана в зависимости от давности существования полной АВ-блокады существенно не различались. В начальное сроки существование блокады более характерно псевдонормальный тип кровенаполнения ЛЖ, тип замедленная релаксация наблюдалось при давности существования блокады больше трех

месяцев. Монофазный тип кровенаполнения могут наблюдаться вне зависимости от давности блокады и во многом зависят от вариабельности частоты предсердного и желудочкового ритма.

Выводы. Увеличение конечно-систолического и конечно-диастолического объемов левого желудочка при полной АВ-блокаде находится в прямой зависимости от давности существования АВ-блокады. Наиболее существенно на систолические функции ЛЖ отражает снижение скорости циркулярного укорочения волокон миокарда и больше всего оно свойственно больным с постинфарктным кардиосклерозом и с дилатацией полости ЛЖ и также коррелирует с давностью существования полной АВ-блокады. Величины фракций выброса зависят от характера изменения объемов левого желудочка и их влияния на его размеры. Диастолическая дисфункция ЛЖ обусловлена псевдонормальным типом кровенаполнения ЛЖ с дальнейшим переходом к монофазной или тип замедленной релаксации.

243 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Самойлова И. Г.¹, Авдеева М. В.², Орел В. И.²

ФГБУ НИИДИ ФМБА России¹; ГОУ ВПО СПб ГПМА², Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучение социальных аспектов, влияющих на распространенность факторов риска социально значимых неинфекционных заболеваний, выявляемых скрининговым методом при массовом обследовании в Центре здоровья.

Методы исследования. Обследовано 2007 человек (средний возраст 50,92±16,23 лет). Обследование проводилось в Центре здоровья Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 109». Анализировались результаты комплексного аппаратно-программного тестирования. Факторами кардиоваскулярного риска считались уровень глюкозы капиллярной крови $\geq 5,6$ ммоль/л; уровень холестерина $\geq 5,2$ ммоль/л; индекс массы тела ≥ 25 кг/м²; АД $\geq 130/85$ мм рт. ст. Учитывались поведенческие факторы риска – гиподинамия, курение, нерациональное питание и злоупотребление алкоголем. Статистический анализ проведен в пакете STATISTICA (6.0).

Результаты. Наиболее высокий уровень систолического и диастолического АД отмечен в присутствии сочетания таких поведенческих факторов риска, как нерациональное питание и злоупотребление алкоголем (соответственно САД: 152,50±38,62; ДАД: 100,00±14,14 мм рт.ст.). При комбинации нерационального питания, гиподинамии и злоупотребления алкоголем также отмечалось существенное повышение уровня АД (соответственно САД: 144,29±16,18; ДАД: 94,29±11,34 мм рт.ст.). В этих подгруппах уровень АД оказался достоверно выше, чем в подгруппе без поведенческих факторов риска (соответственно САД: 128,08±21,39 vs 144,29±16,18; 152,50±38,62; ДАД: 81,90±11,25 vs 94,29±11,34; 100,00±14,14 мм рт.ст. при $p < 0,01$). Влияние питания на уровень АД подтвердили и результаты сравнительного анализа групп с разным режимом и качеством питания. Так в группе с нерациональным питанием уровень САД и ДАД оказался достоверно выше, чем в группе с рациональным характером питания (соответственно САД: 132,79±22,97 vs 129,21±21,71; ДАД: 85,30±12,57 vs 83,07±11,84 при $p < 0,01$).

Дисперсионный однофакторный и корреляционный анализ не выявили линейной взаимосвязи между количеством кардиометаболических и поведенческих факторов риска. Вместе с тем оказалось, что у пациентов с 1-м поведенческим фактором риска отмечалось одновременное присутствие 2-х кардиометаболических факторов риска. У пациентов с 2-мя поведенческими факторами риска имелось 2,2 кардиометаболических фактора риска. Присутствие 3-х поведенческих факторов риска сопровождалось присутствием 1,9 кардиометаболических факторов риска, а на фоне 4-х поведенческих факторов риска в среднем имелось 1,7 кардиометаболических фактора риска.

Выводы. Одновременное сочетание поведенческих и кардиометаболических факторов риска потенцирует негативное воздействие на органы и системы, в особенности на сердечно-сосудистую. Наиболее высокая степень потенцирующего негативного воздействия кардиометаболических и поведенческих факторов риска выявлена у лиц с 4-я поведенческими факторами риска. Выявленная взаимосвязь поведенческих и кардиометаболических факторов риска свидетельствует о необходимости комплексного подхода к решению проблемы профилактики социально значимых неинфекционных заболеваний у жителей Российской Федерации.

244 ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ССЗ И АНГИОГРАФИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Самочатов Д. Н., Комков А. А., Мазаев В. П., Деев А. Д., Гофман Е. А., Малышева А. М., Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю., Рязанова С. В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития Российской Федерации, Москва, Россия

Незначительное поражение основного ствола левой коронарной артерии (НПОС ЛКА) не предполагает интервенционного вмешательства, судьба этих больных недостаточно изучена, но может определяться наличием факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель: определить влияние традиционных факторов риска ССЗ, исходных ангиографических данных и результатов реваскуляризации коронарных артерий, кроме значимого поражения ОС ($\geq 50\%$), на течение и исход болезни.

Материал и методы. Произведен анализ данных 551 больных, подвергшихся коронароангиографическому исследованию с 2004 по 2007. Среднее время наблюдения составило 3,0±1,8 лет. 37 пациентов, имевших НПОС ЛКА ($< 50\%$) были проанализированы. 40 пациентов со значимым поражением ОС ЛКА ($\geq 50\%$) были исключены из наблюдения.

Конечные точки наблюдения были: нежелательные цереброваскулярные события, инфаркт миокарда и операции по реваскуляризации (НЦС ИМ Р) или смерть от всех причин. Статистический анализ проведен согласно модели Кокса. Приведены результаты с определением относительного риска. Отрегулированы данные по полу, возрасту и по НПОС ЛКА.

Результаты. Прогностическая значимость при НПОС ЛКА имела относительный риск (ОР) 2,0 (1,7, 2,5). Факторы риска: семейный анамнез, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сердечная недостаточность, острый коронарный синдром, хронические респираторные заболевания не оказывали влияния на прогноз ($p > 0,05$) больных с НПОС ЛКА. Статус курильщика увеличивал относительный риск общей смертности – ОР 2,6 (1,2, 5,4, $p = 0,0139$). Пациенты с предшествующим инсультом или транзиторной ишемической атакой увеличивали ОР для НЦС ИМ Р в 3,3 раза ($p = 0,0006$).

Относительные риски по НЦС ИМ Р по ангиографическим данным составили следующие значения: 1 стеноз – в 4,67 раза ($p = 0,0038$), 2 стеноза – в 7,8 раз ($p = 0,0038$), 3 и более стенозов – в 9,84 раза ($p = 0,0038$), стентирование коронарных артерий (КА), кроме ОС, уменьшало относительный риск в 1,3 раза ($p = 0,03$), постановка 1 стента уменьшала риск в 1,42 раза ($p = 0,0001$). Риск увеличивался у пациентов имевших значимый стеноз в огибающей КА в 1,6 ($p = 0,0071$), возрастал при окклюзии любой из артерий в 1,8 раз ($p = 0,0006$).

Выводы. Ангиографические результаты были доминирующими факторами в оценке развития тех или иных осложнений. Традиционные же факторы риска не дали достоверно значимых результатов для прогноза у больных с незначительным поражением ОС ЛКА.

245 КАРДИО- И ВАЗОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛЕВОВРАЩАЮЩЕГО ИЗОМЕРА АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Саушкина С. В.¹, Искендеров Б. Г.²

Отделенская больница на станции «Пенза» ОАО «РЖД»¹, Пенза; ГБОУ ДПО «ПНИУВ» Минздравсоцразвития России², Пенза, Россия

Цель: оценить влияние левовращающего изомера амлодипина — ЭсКорди Кора на вазомоторную функцию плечевой артерии (ПА) и структурно-геометрическое состояние левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) I–II степени в течение 24 недель монотерапии.

Материал и методы. Обследовано 61 больной АГ I–II степени (37 мужчин и 24 женщины), в возрасте от 39 до 62 лет ($51,8 \pm 4,0$ лет). Больным после периода «вымывания» назначали ЭсКорди Кор в стартовой дозе 2,5 мг/сут и при необходимости через каждые 2 недели дозу препарата титровали до достижения целевого уровня АД. В результате, суточная доза препарата составила от 5 до 10 мг и в среднем — $8,5 \pm 0,9$ мг. Больным проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковое доплеровское исследование ПА и доплер-эхокардиографию. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) ПА оценивали по методике D. S. Celermajer et al. Повторные исследования проводили через 24 недель на фоне лечения. В исходном состоянии у 37,7% больных выявлена нормальная геометрия ЛЖ, у 16,4% — концентрическое ремоделирование, у 14,8% — эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) и у 31,1% — концентрическая ГЛЖ.

Результаты. На фоне лечения, по данным СМАД, среднесуточные величины систолического АД (САД) уменьшились в среднем на 17,5% ($p < 0,001$) и диастолического АД (ДАД) — на 13,6% ($p < 0,01$). Индекс времени нагрузки САД и ДАД за сутки снизились почти в 3–4 раза (до 20–26%). Количество больных с суточным профилем АД типа диппер увеличилось с 34,4 до 68,9%.

На фоне лечения индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) уменьшился у мужчин в среднем на 10,4% ($p < 0,01$) и у женщин — на 9,3% ($p < 0,01$). При этом частота нормальной геометрии ЛЖ увеличилась до 55,7%, а частота концентрической ГЛЖ уменьшилась до 16,4%. Полный регресс ГЛЖ (ИММЛЖ у мужчин < 125 г/м² и у женщин < 110 г/м²) отмечался у 9 больных (14,8%).

До начала лечения эндотелиальная дисфункция (ЭЗВД $< 10\%$) выявлена у 53 больных (86,9%) и ЭЗВД в среднем составила $5,4 \pm 0,3\%$. У трех больных во время компрессионной пробы отмечалась парадоксальная реакция (уменьшение диаметра ПА). Через 24 недель лечения во время компрессионной пробы ни одного случая парадоксальной реакции не отмечено. Нормализация функции эндотелия, то есть увеличение ЭЗВД более 10% во время компрессионной пробы отмечено лишь у 6 больных (9,8%), увеличение ЭЗВД на 5–9% — у 32 (52,5%) больных и менее 5% — у 23 больных (37,7%). На фоне лечения величина ЭЗВД увеличилась в среднем с $4,5 \pm 0,9$ до $8,0 \pm 1,6\%$ ($p < 0,01$). Кроме того, у 14 больных (23,0%) также увеличилась эндотелийнезависимая вазодилатация ПА: с $12,0 \pm 0,9$ до $17,0 \pm 3,1\%$ ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, левовращающий изомер амлодипина у больных АГ I–II степени способствует нормализации суточного профиля АД, улучшению структурно-геометрического состояния ЛЖ и вазомоторной функции артерий.

246 ЧАСТОТА И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ РАЗВИТИЯ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНЫМИ ИЗОМЕРАМИ АМЛОДИПИНА

Саушкина С. В.¹, Искендеров Б. Г.²

Отделенская больница на станции «Пенза» ОАО «РЖД»¹, Пенза; ГБОУ ДПО «ПНИУВ» Минздравсоцразвития России², Пенза, Россия

Цель: сравнить частоту возникновения отеочного синдрома и выявить его гемодинамические корреляты при лечении больных артериальной гипертензией (АГ) I–II степени левовращающим (ЭсКорди Кор) и рацемическим изомерами амлодипина (Корди Кор).

Материал и методы. В открытое клиническое исследование были включены 127 больных (88 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 37 до 64 лет ($52,7 \pm 3,4$ лет). Больные были рандомизированы на 2 группы, сопоставимые по основным изучаемым показателям. В I группе больным (61 больной) назначали ЭсКорди Кор в стартовой дозе 2,5 мг/сут и во II группе (66 больных) — Корди Кор 5 мг/сут и при необходимости дозы препаратов титровали для достижения целевых уровней АД. При этом среднесуточная доза ЭсКорди Кор составила $8,5 \pm 0,9$ мг и Корди Кор — $12,6 \pm 1,4$ мг ($p < 0,05$). Больным проводили суточное мониторирование артериального давления (АД) и доплер-эхокардиографию. Эндотелийзависимую и эндотелийнезависимую вазодилатацию (ЭЗВД, ЭНЗВД) оценивали путем доплеровского исследования плечевой артерии (ПА) по методике D. S. Celermajer et al.

Результаты. В I группе отеочность лодыжек (иногда голеней) выявлялась у 3 больных (4,9%), а во II группе — у 9 больных (13,6%), то есть в 2,5 раза чаще.

На фоне лечения в группах среднесуточные уровни систолического и диастолического АД снизились достоверно, однако различия между группами было недостоверным ($p > 0,05$). Эндотелиальная дисфункция ПА в исходном состоянии в I группе выявлялась в 85,2% случаев и во II группе — в 87,9% случаев. Через 24 недель лечения в I группе нормализация функции эндотелия, то есть увеличение ЭЗВД более 10% во время компрессионной пробы отмечено лишь у 6 больных (9,8%), увеличение ЭЗВД на 5–9% — у 32 (52,5%) больных и менее 5% — у 23 больных (37,7%), а во II группе получены следующие аналогичные результаты: 7,6; 43,9 и 48,5%. На фоне лечения в I группе величина ЭЗВД увеличилась с $4,5 \pm 0,9$ до $8,0 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$) и во II группе — с $4,3 \pm 0,6$ до $6,5 \pm 2,1\%$ ($p < 0,01$). Также на 8-й минуте пробы с нитроглицерином наиболее выраженное увеличение ЭНЗВД выявлено во II группе — средние показатели увеличились почти в 2 раза (с $11,1 \pm 2,0$ до $20,5 \pm 3,7\%$; $p < 0,001$), а в I группе — с $12,0 \pm 0,9$ до $17,0 \pm 3,1\%$ ($p < 0,01$). Необходимо отметить, что в I группе величина общего периферического сосудистого сопротивления уменьшилось с $1933,5 \pm 98,4$ до $1589,0 \pm 86,5$ ди н • с • см⁻⁵ ($p < 0,01$) и во II группе — с $1876,9 \pm 96,2$ до $1433,7 \pm 74,1$ ди н • с • см⁻⁵ ($p < 0,001$).

Выводы. Показано, что относительно высокая частота развития отеочного синдрома при использовании рацемического амлодипина обусловлена более выраженным снижением ОПСС за счет преобладающей ЭНЗВД, большими дозами препарата и преимущественно женским полом (преобладает частота венозной болезни вен нижних конечностей).

247 КОРРЕКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Семелева Е. А., Котляров А. А., Мосина Л. М. Смирнова Л. Э., Анаскин С. Г.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н. П. Огарева», Саранск. ФГАОУ ВПО «ИАТЭ НИЯУ «МИФИ», Обнинск, Россия

Цель: изучить динамику жалоб, обусловленных сердечно-сосудистой патологией и изменение параметров гемодинамики у пациентов, длительно принимавших НПВП при включении в схему терапии омега-3 и мексикора.

Материал и методы. В исследование включили пациентов с остеохондрозом различной локализации, принимавших НПВП на протяжении 1 года и более, не менее 4 месяцев в течение каждого года. Обследовано 160 пациентов с ухудшением состояния, разделенных на 3 группы. Больные I группы ($n=60$) принимали НПВП в сочетании с ноотропными и сосу-

дистыми средствами, 2 группе пациентов ($n=60$) дополнительно назначали омега-3 в дозе 20 мг/сут, 3 группе пациентов ($n=40$) дополнительно назначали омега-3 в дозе 20 мг/сут внутрь и мексикор в дозе 300 мг/сут внутривенно струйно. Продолжительность курсового лечения 14 дней. Учитывали жалобы, связанные с нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС). Каждую из жалоб, в зависимости от интенсивности, пациенты оценивали от 0 до 4 баллов. Оценивали динамику систолического и диастолического артериального давления (АДс и АДд), частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Результаты. Первую группу пациентов составили 60 человек с давностью заболевания 11 ± 1 год, индекс массы тела (ИМТ) в среднем — $30 \pm 0,4$ кг/м². Курсовое лечение пациентов этой группы (средний возраст $53 \pm 0,7$ года) сопровождалось достоверным снижением суммы баллов жалоб, связанных с основным заболеванием (с $7,2 \pm 0,2$ до $3 \pm 0,2$). Субъективные проявления нарушений со стороны СССР изменились не достоверно, составив до и после лечения соответственно: $17,2 \pm 1,4$ и $15,6 \pm 0,8$. Уровень систолического и диастолического АД, а также ЧСС до и после лечения достоверно не различались.

Во вторую группу вошли 60 больных с давностью заболевания $10,4 \pm 0,6$ года и ИМТ в среднем — $26 \pm 0,3$ кг/м². У пациентов 2 группы (средний возраст 58 ± 1 год) интенсивность жалоб, обусловленных неврологической патологией, выраженная в баллах снизилась с $8,3 \pm 0,3$ до $3,7 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). Достоверного изменения сумм сердечно-сосудистых жалоб до и после лечения не произошло. АДс снизилось со 145 ± 3 до 135 ± 1 ($p < 0,001$), АДд уменьшилось на фоне лечения с 97 ± 2 до 90 ± 1 ($p < 0,01$), ЧСС осталась прежней.

В третью группу вошли 40 больных с давностью заболевания $13,8 \pm 3$ года и ИМТ в среднем — $26 \pm 0,5$ кг/м². У пациентов 2 группы (средний возраст $58 \pm 1,5$ года) интенсивность жалоб, обусловленных неврологической патологией, выраженная в баллах снизилась с $9,6 \pm 0,3$ до $3,5 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы уменьшились с $17,6 \pm 0,7$ до $14,5 \pm 0,5$ ($p < 0,001$). АДс на фоне лечения снизилось со 149 ± 3 до 135 ± 2 мм рт.ст. ($p < 0,001$), АДд — с 97 ± 2 до 89 ± 1 мм рт.ст. ($p < 0,001$), ЧСС — с 78 ± 1 до 75 ± 1 в 1 мин ($p < 0,05$).

Вывод. Применение омега-3 и мексикора у пациентов с длительной противовоспалительной терапией по поводу остеохондроза различной локализации не снижает эффективность НПВП и позволяет корректировать их негативное действие на ЖКТ и сердечно-сосудистую систему.

248 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Семенова О. Н., Наумова Е. А., Шварц Ю. Г.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России», кафедра факультетской терапии лечебного факультета, Саратов, Россия

Фокус-группа — один из качественных методов социально-психологических исследований, представляет групповое интервью, направленное на получение от ее участников «субъективной информации» о том, или ином виде практической деятельности.

Цель: изучение причин, влияющих на поведение пациентов и эффективность лечения с помощью группового фокусированного интервью.

Материал и методы: исследование проводилось в январе 2012 г. в двух группах пациентов. Первая — пациенты, участвующие в клинических исследованиях, посвященных сердечно-сосудистым заболеваниям, тщательно соблюдающие все рекомендации врача. Вторая — пациенты с неоднократным опытом госпитализации по поводу сердечно-сосудистого события, не соблюдающие врачебные рекомендации. Беседа проводилась модератором (опытным и квалифицированным социологом) и фиксировалась видеокамерой и диктофоном.

Задаваемые вопросы касались отношения пациентов к процессу лечения.

Результаты: в исследовании участвовали 12 пациентов первой группы (6 женщин и 6 мужчин) и 7 пациентов второй группы (4 женщины и 3 мужчины). Средний возраст 65 лет. Пациенты первой группы уверены, что болезнь — это либо судьба, либо катастрофа. Первое сердечно-сосудистое событие этими пациентами воспринималось как случайность, и только повторная катастрофа заставила их осознать серьезность своего заболевания. Они полностью доверяют врачу и хотят знать о своем заболевании совсем немного. Врачи клиники для них — это «хорошие» специалисты в сравнении с поликлиническими врачами. Для пациентов второй группы болезнь — это помеха полноценной жизни и трудовой деятельности. Они категорически «сопротивлялись» и не хотели называть конкретной причины невыполнения врачебных рекомендаций. При этом, они крайне негативно относятся к врачам поликлиники.

Выводы: в сознании всех пациентов присутствует патерналистическая модель общения с врачами, но пациентов первой группы это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов второй группы неполучение адекватной помощи в поликлинике является «обидой» на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем.

249 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОД ВЛИЯНИЕМ АГОНИСТА ДОФАМИНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ ПРОНОРАНА

Сизова Ж. М.¹, Богатырева Л. М.², Лапидус Н. И.¹

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова¹, Москва, ГБУЗ «Кардиологический диспансер № 2» ДЗ², Москва, Россия

Доказано, что сердечно-сосудистые заболевания у пожилых достоверно ассоциированы с нарушениями когнитивной функции, увеличивая их риск в несколько раз. Поэтому улучшение качества жизни больных артериальной гипертензией (АГ) определяется не только снижением артериального давления (АД), но и коррекцией нарушений когнитивной сферы.

Цель: влияние агониста дофаминергических рецепторов пронорана на показатели суточного профиля АД у больных АГ с умеренными когнитивными расстройствами (УКР).

Материал и методы. Под наблюдением находились 22 больных АГ с УКР (муж.-11; жен.-11, ср. возраст — $66,5 \pm 10,2$ лет, длительность АГ — $18,1 \pm 4,6$ лет). Все больные были разделены на 2 сопоставимые по полу, возрасту и уровню АД группы. I группа (12 больных) находилась на традиционной терапии АГ; II группа (10 больных) дополнительно получала проноран в дозе 50 мг однократно в сутки. Для оценки наличия и степени выраженности УКР были использованы краткая шкала исследования психического статуса (MMSE) и тест рисования часов. Диагностические критерии: результаты MMSE от 25 до 27 баллов при любом результате теста рисования часов или результат MMSE более 27 баллов при тесте рисования часов менее 9 баллов. Для оценки суточного профиля показателей АД использовалось суточное мониторирование АД (СМАД). Длительность лечения составила 12 недель.

Результаты. Через 12 недель лечения у больных I группы отмечалось улучшение нейропсихологических показателей: ср. балл по шкале MMSE составил $29,4 \pm 0,6$, по MoCa — $26,3 \pm 0,7$ ($p < 0,05$, $p < 0,05$ соответственно). У больных 2 группы достоверных изменений нейропсихологических показателей выявлено не было: ср. балл по шкале MMSE составил $26,5 \pm 0,6$, по MoCa — $23,1 \pm 0,6$ ($p > 0,05$, $p > 0,05$ соответственно). У больных обеих групп отмечалось достоверное снижение систоли-

ческого (САД) и диастолического АД (ДАД). У больных I группы САД снизилось на 6,5%, ДАД — на 6,8% ($p < 0,05$, $p < 0,05$ соответственно), во II группе — 5,9% и на 7,6% соответственно ($p < 0,05$, $p < 0,05$), однако, в I группе отмечалось достоверное снижение количества пациентов с суточным ритмом non-dipper на 20%. Во II группе этот показатель составил 11%. Переносимость пронорана была хорошей: у 4 больных возникла сонливость на 2–4 дни лечения. У 3-х больных сонливость прошла к 10 дню приема препарата; в одном случае препарат был отменен на 7 день лечения.

Выводы: проноран в дозе 50 мг однократно в сутки улучшает когнитивный статус у больных артериальной гипертензией с умеренными когнитивными нарушениями и достоверно улучшает показатели суточного профиля АД. Максимальное действие пронорана в коррекции когнитивных нарушений у больных АГ отмечается к 12 неделе непрерывной терапии. Проноран хорошо переносится.

250 КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ АКТИВАТОРОМ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ НИКОРАНДИЛОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сизова Ж. М.¹, Захарова В. Л.¹, Смирнова Е. В.², Шамеева Е. С.²

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова¹, Москва, ГБУЗ «Кардиологический диспансер № 2» ДЗ², Москва, Россия

Согласно современным представлениям, важнейшим звеном в механизме развития и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) является дисфункция эндотелия. Кроме того, она же рассматривается в качестве одной из основных целей патогенетического воздействия при проведении фармакотерапии больных ИБС.

Цель: оценить вазодилатирующую активность активатора калиевых каналов никорандила и его эффективность в коррекции дисфункции эндотелия у больных стабильной ИБС со стенокардией напряжения 2–3 функционального классов (ФК).

Материал и методы: обследовано 15 больных (мужчин — 9 женщин — 6, средний возраст — $57,4 \pm 5,6$ лет) стабильной ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК выявлена у 8 больных (53,3%), 3 ФК — у 7 больных (46,7%). Никорандил (отечественный препарат «Коронель», производства компании «ПИК-Фарма») назначали всем пациентам в суточной дозе 60 мг в течение 6 недель. Вазодилатирующую функцию эндотелия оценивали посредством стандартной методики — доплерометрии плечевой артерии в условиях пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Для оценки динамики вазодилатирующей функции эндотелия исследование проводили до начала и через 6 недель лечения никорандилом. На протяжении всего периода наблюдения пациенты получали стандартную базовую терапию ИБС, включавшую бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, антиагреганты и гиполипидемические средства. Режим применения и дозы используемых базисных средств оставались неизменными в течение всего периода наблюдения. Применение длительно- и короткодействующих нитратов на протяжении всего исследования прекращалось. Для купирования приступа стенокардии при необходимости допускалось дополнительное применение никорандила сублингвально.

Результаты. По данным пробы с реактивной гиперемией исходные показатели среднего диаметра плечевой артерии составили 0,55 см. Прирост диаметра плечевой артерии в фазу реактивной гиперемии составил менее 10% (7,3%) от ее исходного диаметра. В острой пробе с 500 мкг нитроглицерина сублингвально диаметр плечевой артерии увеличился на 11,2%. Через 6 недель лечения никорандилом средний диаметр плечевой артерии в покое достоверно возрос на 6,13%

($p < 0,05$). В пробе с реактивной гиперемией прирост диаметра плечевой артерии составил 10,8% (с тенденцией к достоверности, $p = 0,53$). Одновременно наблюдалось снижение чувствительности эндотелия к экзогенному нитроглицерину, поскольку прирост диаметра плечевой артерии в острой пробе с нитроглицерином составил 7,1%.

Заключение: таким образом, длительная терапия больных стабильной ИБС со стенокардией 2–3 ФК активатором калиевых каналов никорандилом, обладающим прямым вазодилатирующим эффектом, способствует коррекции дисфункции эндотелия, проявляющейся увеличением реактивной гиперемии после окклюзии.

251 СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Синева Е. Л., Зорькина Л. А.

ФБУН ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, Москва, Россия

Одним из центральных звеньев в адаптации организма рабочих к комплексу производственных факторов является сердечно-сосудистая система. Истощение механизмов адаптации и функциональное напряжение организма, в первую очередь, проявляется в нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы.

Цель: оценить состояние церебрального кровотока у больных с нарушениями слуха по данным ультразвукового дуплексного сканирования.

Материал и методы: обследовано 60 рабочих, подвергающихся воздействию шума, превышающих ПДУ на 20–35 дБ и имеющих сенсоневральные нарушения слуха разной степени.

Состояние церебрального кровотока изучалось с помощью триплексного сканирования экстра-, и интракраниальных сосудов (общей сонной, внутренней сонной, позвоночной, средней, передней, задней мозговых и базилярной артерий) по общепринятой методике с помощью УЗ системы HD 15 фирмы «Phillips» (США) с использованием линейного датчика с частотой излучения 5,5–12 МГц и секторного датчика с частотой излучения 2,5 МГц. Оценивались количественные (линейные) параметры кровотока: пиковая систолическая скорость (Vps), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (Ved), пульсационный индекс (PI).

Результаты. У рабочих с признаками воздействия шума на орган слуха наиболее выраженные изменения выявлены в области передней (ПМА) и задней (ЗМА) мозговых артерий, которые выражались в виде снижения линейной скорости кровотока (ЛСК) и пульсационного индекса (PI). Снижение ЛСК в области ПМА выявлены у 62,5% обследованных, PI у 93,8% лиц. В области ЗМА снижение ЛСК наблюдались в 25% случаев, снижение PI — в 50%. В области позвоночных артерий снижение PI отмечалось в 43,75% случаев, гораздо реже — в 6,25% наблюдалось повышение ЛСК.

В области внутренней сонной артерии (ВСА) наиболее характерно было снижение PI (93,75%) и повышение ЛСК (32,5%).

Менее выраженные изменения церебральной гемодинамики наблюдались в общей сонной артерии в виде повышения ЛСК у 18,75% рабочих и средней мозговой артерии в виде снижения пульсационного индекса у 25% обследованных.

У лиц с нейросенсорной тугоухостью (НСТ) легкой и умеренной степени снижения слуха отмечалось прогрессирование гемодинамических нарушений виде снижения линейной скорости кровотока, преимущественно в области передней и задней мозговых артерий (соответственно в 83,3% и 50% случаев).

Таким образом, анализ данных цветного дуплексного сканирования магистральных артерий позволил выявить нарушения церебральной гемодинамики, в виде снижения линейной скорости кровотока и интенсивности кровенаполнения, преимущественно в области артерий мышечного типа (вну-

тренней, передней и задней мозговых артерий), прогрессирующие по мере нарастания степени снижения слуха.

252 АТЕРОСКЛЕРОЗ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Синеглазова А. В.

ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздравсоцразвития России, Челябинск, Россия

Цель: провести анализ атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий (БЦА) у женщин больных ревматоидным артритом (РА).

Методы. Обследовано 82 больные с диагнозом РА (сред. возраст $51,4 \pm 0,7$ лет) и 23 женщины контрольной группы ($48 \pm 1,8$ лет; $p=0,194$). Дуплексное сканирование БЦА выполнялось на аппарате Vivid 7 (GE, США) линейным датчиком 7 L на частоте 8 МГц в режиме триплекс. Для статистической обработки применен пакет SPSS (17 версия).

Результаты. Атеросклеротические изменения БЦА чаще диагностированы при РА (87% и 61%; $p=0,006$). Утолщение комплекса интима-медиа у больных РА наблюдалось чаще, чем у здоровых (53% и 26%; $p=0,022$) и было более выражено ($0,92 \pm 0,02$ мм и $0,81 \pm 0,05$ мм; $p=0,01$). У больных РА чаще установлена патологическая извитость БЦА (45% и 22%; $p=0,043$). При этом частота бляшек в обследованных группах (19% и 9%; $p=0,348$) и степень стеноза БЦА ($p=0,684$) не различалась.

Выводы. АС БЦА чаще наблюдается при РА и проявляется преимущественно диффузным утолщением стенок.

253 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Сметнева Н. С., Попкова А. М., Серегин А. А., Вешкина А. И., Вахрушкина О. Е.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва; ГКБ№ 70, Москва, Россия

Толщина комплекса интима-медиа сонных артерий и скорость пульсовой волны являются показателями, отражающими течение атеросклероза. Измерение степени эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии в период реактивной гиперемии является удобным и неинвазивным методом оценки ранних изменений артериальной стенки. Эндотелиальная дисфункция является общим звеном при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а персистирующее системное воспаление играет важную роль в патогенезе атеросклероза. При проведении ряда исследований была установлена корреляция между показателями толщины комплекса интима-медиа сонных артерий и степени реакции плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией, тем не менее, у пациентов с ХОБЛ эта взаимосвязь была изучена недостаточно.

Материал и методы. Исследовано 45 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет, из которых 35 человек — с диагнозом ХОБЛ III ст. В исследуемую группу не включались пациенты со II–III стадией гипертонической болезни и с заболеваниями артерий нижних конечностей. Исследование проводилось при помощи ультразвука высокого разрешения с частотой 5.7 МГц в М, В-режиме и в импульсно-волновом доплеровском режиме и режиме цветного доплеровского картирования кровотока.

Результаты. В основной группе пациентов получены следующие данные: степень вазодилатации плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией $\Delta D 1,2 \pm 0,12\%$, прирост скорости кровотока в период реактивной гиперемии $\Delta FMD 244,5 \pm 15,4\%$. В группе контроля: $\Delta D 3,8 \pm 0,25\%$, $\Delta FMD 178,1 \pm 12,3\%$. Величина КИМ у пациентов основной группы составила $1,21 \pm 0,05$ мм; в группе контроля $1,02 \pm 0,03$ мм. При

проведении корреляционного анализа была выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между толщиной комплекса интима-медиа (КИМ) и степенью увеличения диаметра плечевой артерии в период реактивной гиперемии, а также статистически значимая положительная корреляционная связь между толщиной КИМ и приростом скорости кровотока в период реактивной гиперемии ($K=-0,58$ и $+0,56$, соответственно). В группе контроля, напротив, достоверных корреляционных связей между вышеприведенными показателями обнаружено не было. Следует заметить, что при анализе результатов корреляционного анализа в основной группе коэффициенты корреляции не были высокими в связи с гетерогенностью группы (эмфизематозный или бронхитический тип ХОБЛ). Эти данные подтверждают отрицательное влияние ХОБЛ на сосудистую стенку всех артериальных сосудов, при этом невысокая величина коэффициентов корреляции делает вероятным предположение о мультифакторном влиянии на рассматриваемые показатели, в то же время, небольшая величина выборки может лежать в основе статистической ошибки первого рода.

Заключение: реакция плечевой артерии на реактивную гиперемии находится в тесной взаимосвязи с толщиной комплекса интима-медиа на сонных артериях и наличием атеросклеротических изменений у пациентов с ХОБЛ.

254 Trp64Arg ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА $\beta 3$ -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Срождинова Н. З., Нагай А. В., Хамидуллаева Г. А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить распространенность генотипов и аллелей Trp64Arg полиморфизма гена $\beta 3$ -адренорецепторов (ADRB3) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и здоровых лиц узбекской национальности.

Материал и методы. В исследование были включены 229 больных мужчин узбеков с ЭГ и 60 здоровых лиц. Средний возраст больных составил $47,0 \pm 11,0$ лет, длительность ЭГ $5,2 \pm 4,4$ лет. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200 (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»). Путем ПЦР-амплификации изучали Trp64Arg полиморфизм гена ADRB3. ПЦР анализ проводили с использованием набора реагентов для ПЦР амплификации ДНК GenePak™ PCR Core (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»). Для проведения ПЦР амплификации использовали GeneAmp® ПЦР система 9700 с золотым 96-ячеечным блоком (Applied Biosystems). Для идентификации аллелей применялась рестриктаза.

Результаты. При изучении распределения частот генотипов Trp64Arg полиморфного маркера гена ADRB3 среди больных ЭГ было выявлено достоверное преобладание ТТ-генотипа. Так, ТТ-генотип встречался в 59,8% случаев ($n=137$), АТ-генотип в 36,7% ($n=84$), АА-генотип в 3,5% случаев ($n=84$), $\chi^2=165,236$, $df=2$, $p=0,000$. Анализ распределения аллелей показал достоверное накопление Trp64-аллеля 78,2% случаев против носительства 64Arg-аллеля в 21,8% случаев, $\chi^2=288,424$, $df=1$, $p=0,000$.

Распределение Trp64Arg полиморфного маркера гена ADRB3 среди здоровых лиц отличался накоплением АТ-гетерозигот, при преобладании Trp64-аллеля. У здоровых лиц соотношение ТТ: АТ: АА — генотипов было 21,7%: 75%: 3,3% при $\chi^2=74,85$, $df=2$, $p=0,000$, а частоты Trp64 и 64Arg — аллелей 59,2% и 40,8% соответственно, $\chi^2=7,35$, $df=1$, $p=0,007$.

Распределение частот генотипов в выборке соответствовала равновесию Харди-Вайнберга. Расчет генетического риска развития АГ с использованием мультипликативной модели наследования показал, что наличие Trp64-аллеля гена ADRB3 было связано с достоверно повышенным риском развития АГ (ОШ 2,47 при 95% ДИ 1,61–3,78), а наличие Ala-аллеля со сниженным риска (ОШ 0,40 при 95% ДИ 0,26–0,62), $p=0,00001$.

Заключение. Распределение Trp64Arg полиморфного маркера гена ADRB3 у больных ЭГ узбекской национальности отличается значительным накоплением TT-генотипа и Trp64-аллеля, а у здоровых лиц — накоплением AT-гетерозигот при преобладании Trp64-аллеля. Носительство Trp64-аллеля гена ADRB3 сопряжено высоким риском развития АГ у лиц узбекской национальности.

255 ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Стаценко М. Е., Болотов Д. В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель: провести сравнительную оценку геометрии левого желудочка (ЛЖ), у больных ХСН I–III ФК, после хирургической реваскуляризации и на фоне консервативной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 100 мужчин с ХСН, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) давностью от 6 мес. до 1 года. Основная группа (n=50) представлена пациентами, которым были выполнены операции реваскуляризации миокарда. Контрольная группа — 50 больных с аналогичными клинико-функциональными параметрами, получавшие только консервативное лечение. Группы исходно были сопоставимы по тяжести ХСН. Всем пациентам проводили эхокардиографическое исследование на аппарате SONOLINE G 50 (Германия). Геометрию ЛЖ оценивали по показателям относительной толщины стенок ЛЖ (ОТС) и индексу массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). Нормальная геометрия левого желудочка для мужчин считали ОТС ≤ 0,42%; ИММЛЖ ≤ 115 г (Европейские рекомендации по эхокардиографии 2008 г)

Результаты. Нормальная геометрия левого желудочка была диагностирована у 30% обследуемых пациентов с ХСН в основной группе. Это было достоверно больше, чем в группе контроля, где нормальная геометрия ЛЖ определялась только в 16% случаев. Концентрическая гипертрофия левого желудочка чаще встречалась среди больных ХСН, получавших после перенесенного ИМ только медикаментозное лечение: 48 vs 34% в основной группе. Различия между группами на уровне статистической тенденции (p < 0,1). Остальные типы нарушения геометрии ЛЖ (концентрическое ремоделирование и эксцентрическая гипертрофия левого желудочка) среди пациентов с ХСН, перенесших ИМ, в обеих группах были представлены практически в одинаковом проценте случаев.

Выводы. Операция по восстановлению коронарного кровообращения приводит к улучшению геометрии левого желудочка у пациентов с ХСН, что подтверждается увеличением доли больных с нормальной геометрией ЛЖ в сравнении с группой консервативной терапии.

256 ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СИМВАСТАТИНОМ С УЧЕТОМ ТИПА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ

Сулейманова Э. Л.

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

Цель: изучить содержание интерлейкина (ИЛ-6) и С-реактивного белка (СРБ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с мягкими и плотными атеросклеротическими бляшками на фоне лечения симвастатином.

Материал и методы. Были обследованы 30 больных стабильной стенокардией II–III функционального класса (средний возраст 61,2 ± 7,7 года). Диагноз ИБС устанавливали по данным клинических проявлений заболевания (синдром стенокардии) и положительной пробы с дозированной физи-

ческой нагрузкой. Функциональный класс больных определяли по данным двойного произведения на высоте физической нагрузки. В исследование не включались больные перенесшие инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, страдающие сахарным диабетом. Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Оценивали: состояние комплекса интима-медиа, наличие атеросклеротических бляшек, тромбов, структура и поверхность атеросклеротических бляшек. Для характеристики типов атеросклеротических бляшек применяли классификацию по Steffen et al. (1989), дополненную Geroulacos et al. (1993). Исследование проводили УЗ датчиком 7,5 мГц на аппарате MINDRAY, лабораторные исследования — на анализаторах «Humalyser 2000», «Humareader Single» и «HumacloDDUO» (Германия). В зависимости от типа бляшки больные были разделены на две группы: I группу составили 22 пациента с плотными АТБ, II группу 8 больных с мягкими бляшками.

Результаты. Различия показателей провоспалительных цитокинов в крови больных с наличием мягких и плотных бляшек были выявлены в день поступления. Так, увеличение уровня СРБ наблюдалось в обеих группах: 12,3 ± 1,75 мг/л и 15,1 ± 0,94 мг/л (в контроле — 5,6 ± 0,12 мг/л). Повышение уровня ИЛ-6 у больных с плотными бляшками было менее выраженным 9,7 ± 1,2 пг/л, а у больных с мягкими бляшками содержание эти показатели было выше 14,1 ± 0,39 пг/л (p < 0,05) (в контроле — 0,31 ± 0,14 пг/л). В группе пациентов с мягкими бляшками статистически значимая динамика наблюдалась для обоих изученных маркеров воспаления, однако у пациентов с плотными бляшками отмечено достоверное снижение уровня СРБ уже через 3 месяца лечения и составило 6,8 ± 1,42 мг/л, а в группе мягких бляшек 9,3 ± 1,81 мг/л, а уровень ИЛ-6 при этом оставался повышенным (7,9 ± 0,91 и 8,9 ± 0,91 пг/мл) в обеих группах. Одновременно проводился набор больных и оценивалась динамика ИЛ-6 и СРБ на фоне лечения флутероном.

Вывод. Полученные результаты применения симвастатина для лечения пациентов с каротидным атеросклерозом позволяют предположить, что препараты этой группы, обладая множественными плейотропными эффектами, оказывают влияние на патогенез заболевания, в частности, на воспалительный процесс за счет своих дополнительных свойств и приводят к трансформации и стабилизации АТБ.

257 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН 20–59 ЛЕТ

Султанова С. С., Касумова Ф. Н., Мамедова Р. Н., Гусейнова А. А.

Азербайджанский Государственный институт Усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Нарушение углеводного обмена (НУО) одно из самых распространенных метаболических нарушений во всем мире, являющихся предиктором сахарного диабета (СД) типа 2. К ним относятся нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), нарушенная гликемия натощак (НГН), а крайним её проявлением является СД.

Известно, что истинная распространенность СД типа 2 во всем мире во много раз превышает регистрируемую. От возникновения заболевания до его проявления проходит довольно много лет (5–10 лет) и в половине случаев СД выявляется уже с осложнениями.

Цель: изучить распространенность НУО среди трудоспособных женщин в возрасте 20–59 лет, проживающих в г. Сумгаит и определить их прогностическую ценность для предупреждения развития СД

Материал и методы. Использовался опросник для выявления хронических неинфекционных заболеваний, рекомендованный ВОЗ, а именно заполнялся раздел, посвященный определению предрасположенности к наличию НУО, проводился тест на толе-

рантность к глюкозе, определялся сахар в крови утром натощак. Полученные цифровые данные подвергались статистической обработке методами медицинской статистики.

Результаты. В популяции женщин 20–59 лет частота НУО составила 10,2%, т.е. практически каждый десятый из числа обследованных нами лиц. Анализ, проведенный нами по отдельным возрастным группам, продемонстрировал статистически достоверный рост частоты НУО от минимального показателя в 20–29 лет (2,1%) до максимального в 50–59 лет (16,2%).

Одной из основных составляющих НУО является СД. Эта патология является причиной грозных осложнений. Частота СД типа 2 составила в данной популяции 5,6%.

Динамика СД типа 2 была статистически достоверной от минимального показателя в 20–29 лет (0,5%) до максимального в 50–59 лет (11,5%). НГН имела место в 4,2% случаев. Причем минимальные значения были отмечены в 20–29 лет (1,6%), а максимальные — в возрасте 40–49 лет (6,1%). В дальнейшем у лиц 50–59 лет частота регистрации НГН уменьшалась статистически не достоверно до 4,7% ($p > 0,05$). Так как нами было установлено наличие всего 2 лиц с НТГ, анализ этой формы НУО не проводился.

Важно отметить, что СД типа 1 был зарегистрирован только у одной обследованной нами женщины. Это полностью соответствует тому что, несмотря на клиническое разнообразие форм СД, на долю СД типа 2 приходится 90–95%.

Таким образом, полученные нами результаты могут характеризовать имеющую место эпидемиологическую ситуацию в отношении НУО, только как негативную.

Выводы: В обследованной популяции каждый 10-й страдает НУО, причем максимальная частота СД приходилась на возраст 50–59 лет, в то время как НГН встречался в возрастном промежутке 40–49 лет. Таким образом, своевременное выявление и профилактика НГН в более раннем возрасте могла бы предотвратить ее трансформацию в СД в старших возрастных группах.

258 РЕСТРИКТИВНЫЙ ФЕНОТИП У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА

Ткачева Е. А., Полякова А. А., Семернин Е. Н., Гудкова А. Я.

Санкт – Петербургский государственный университет им. акад. И. П. Павлова; ФЦ сердца, крови и эндокринологии имени профессора В.А Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) — одно из самых частых генетических заболеваний сердца, характеризующееся высокой частотой внезапной сердечной смерти (ВСС).

Цель: выявить предикторы неблагоприятного прогноза: общее количество госпитализаций по поводу СН и риск ВСС у пациентов с ГКМП.

Материал и методы. В исследование включено 86 пациентов с ГКМП, отягощённой диастолической дисфункцией: 27 детей в возрасте 3–16 лет, 30 взрослых в возрасте 33–83 лет с генетически обусловленной ГКМП и 29 взрослых в возрасте 43–73 лет с ГКМП в структуре метаболического синдрома (МС). Анализ нежелательных кардиоваскулярных событий (общее количество госпитализаций по поводу СН и риск ВСС) проводился на основании наличия/отсутствия у пациентов рестриктивного фенотипа (РФ). Под ГКМП с РФ понимали повышенное значение предсердно-желудочкового соотношения (ПЖО = РЛП/КДРЛЖ, где РЛП — размер левого предсердия, КДРЛЖ — конечно-диастолический размер ЛЖ).

Результаты. В группе детей с ГКМП у 63% пациентов выявлен РФ. У 3 пациентов детского возраста с ГКМП и РФ диагностирована ВСС; при отсутствии РФ случаев ВСС не было. В группе взрослых с генетической ГКМП при наличии РФ 45% пациентов умерли, причём половина из них (50%) — внезапно, при отсутствии РФ — умерли только 13%. В группе взрослых с генетической ГКМП обнаружены значимое ($p < 0,05$) снижение выживаемости по KAPLAN-MEIER у пациентов с РФ. В группе взрослых пациентов с ГКМП

в структуре метаболического синдрома обнаружена значимая зависимость ($p < 0,05$) госпитализаций по поводу сердечной недостаточности от наличия РФ.

Выводы. Наличие РФ является важным предиктором неблагоприятного прогноза у детей и взрослых с семейной формой ГКМП. У пациентов с ГКМП в структуре МС наличие РФ увеличивает частоту госпитализаций по поводу сердечной недостаточности.

259 НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2: РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА

Тригулова Р. Х., Мадмусаева А. Р., Азимова Н. А., Шек А. Б.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУ Ташкент, Узбекистан

Цель: определение профиля больных с НС, и в сочетании с СД и дислипидемиями, у которых средне-терапевтические дозы статинов могли бы оказать благоприятное влияние на течение НС.

Материал и методы. Обследовано 70 мужчин в возрасте $52,57 \pm 1,58$ лет с НС из них 29 с НС+СД (уровень ХС ЛПНП $^{*}115$ мг/дл), которым на 2–3 сутки на фоне базисной терапии (гепарин, аспирин, нитраты и селективные бета-адреноблокаторы: атенолол $63,9 \pm 3,98$ мг/сут, или бисопролол $7,2 \pm 0,39$ мг/сут) назначался аторвастатин (А) 10 мг/сут. Больные с сопутствующим СД принимали глибенкламид в дозе $5 \pm 0,25$ мг/сут. Регулярность приема аторвастатина составила 3 месяца, когда оценивалось динамика болевого синдрома, АД, ЧСС, показатели липидного и углеводного обмена, агрегационная активность тромбоцитов, ЭКГ покоя, холтер-мониторирование ЭКГ, эхокардиография, расстояние интима-медиа каротидной артерии. Через 2 года наблюдения (базисная терапия) все больные были распределены на 2 группы: с благоприятным (1 группа — 49 пациентов — 70%; 1 СД — 19–65,5%) и неблагоприятным (2 группа — 21 пациент — 30%; 2 СД — 10–34,4%) исходом (внезапная смерть, фатальный и нефатальный инфаркт миокарда) за период наблюдения.

Результаты. При анализе исходных показателей липидного обмена межгрупповых различий выявлено не было, и к 3 месяцу терапии А регистрировалась коррекция имеющихся нарушений ($P < 0,001$). В то же время статистически достоверная коррекция средних величин в 1 группе ($P < 0,001$) имела место по 5 показателям (ОХ, ХСЛПНП, ХСЛПОНП, ТГ, КА; $P < 0,001$), а во 2 по 3 (ОХ, ХСЛПНП, КА; $P < 0,01$). У больных НС с СД выявлено, что коррекция параметров липидного спектра имела место к 3 месяцу терапии, и сопровождалась снижением уровня ХС, ТГ и ЛПОНП ($P < 0,001$) у больных 1 группы. Уровень тощачковой глюкозы у больных 1 СД и 2 СД групп к 3 месяцу наблюдения составил $6,2 \pm 0,3$ и $8,4 \pm 0,6$ ($P < 0,01$) соответственно. К 3 месяцу терапии среди больных 1 СД тощачкового уровня гликемии 5 ммоль/л, достигло 8 из 19 больных (42%), тогда как среди больных 2 СД этот признак не выявлен ни в одном случае (100%).

Заключение. Таким образом, адекватный контроль достигнутых целевых уровней как минимум тощачковой глюкозы является обязательным условием реализации клинических преимуществ статинов у больных с НС с СД.

260 ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА, ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ИНФИЦИРОВАННОСТИ К *CHLAMYDIA PNEUMONIAE* ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Уклистая Т. А., Галимзянов Х. М., Полунина О. С.,

Гусейнов Г. Т., Никифорова Н. В.

ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, Астрахань, Россия

Chlamydia pneumoniae рассматривается как актуальный возбудитель при обострении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). В последние десятилетия интенсивно дискутируется вопрос о роли иммунной системы и персистирующей инфекции в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель: оценка показателей цитокинового статуса, перекисного окисления липидов и выявление распространенности перенесенной хламидийной инфекции при ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Материал и методы. Обследован 71 больной ХОБЛ (мужчин 55, женщин 16) и 30 практически здоровых лиц (мужчин 19, женщин 11) сопоставимых по возрасту. Среди больных ХОБЛ у 36 имело место сочетание с ИБС. Определение провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) в сыворотке крови осуществляли иммуноферментным методом (наборы реагентов производства ООО «Протеиновый контур», Санкт-Петербург, Россия). Активность каталазы в сыворотке крови определяли спектрофотометрически по методу М.А. Королюк с соавт. (1988). Содержание малонового диальдегида определяли спектрофотометрически по методу К. Jagi (1968) в модификации М. Uchiyama, М. Mihara (1995 г.). Определение антител класса Ig G к *Chlamydia pneumoniae* проводили с помощью иммуноферментного анализа (наборы реагентов производства ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск). Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v. 6.0.

Результаты. У больных ХОБЛ с ИБС отмечен достоверно более высокий уровень ИЛ-1 β , ФНО- α , малонового диальдегида в крови и достоверно более низкая активность каталазы по сравнению с больными ХОБЛ без ИБС ($p=0,002$, $p=0,012$, $p=0,001$, $p=0,004$, соответственно). Среди здоровых лиц, показатели активности воспаления и малонового диальдегида были достоверно ($p<0,05$) ниже, чем у больных ХОБЛ как с ИБС, так и без. У больных ХОБЛ выявлена достоверная положительная корреляционная связь между уровнем ФНО- α , ИЛ-1 β и малоновым диальдегидом ($r=0,63$ и $r=0,67$, соответственно) и отрицательная с показателем активности каталазы ($r=-0,52$ и $r=-0,64$, соответственно). Максимальное число лиц, серопозитивных к *Chlamydia pneumoniae*, отмечено в группе пациентов ХОБЛ в сочетании с ИБС. Эта группа статистически значимо ($p<0,05$) отличалась и от контрольной, и от группы больных ХОБЛ без ИБС. На фоне хламидийной инфекции выявлена более значительная активация процессов системного воспаления, перекисного окисления липидов и снижение антиоксидантной функции крови.

Выводы. Персистирование *Chlamydia pneumoniae* у больных ХОБЛ возможно способствует возникновению и прогрессированию ИБС за счет инициации и поддержания хронического воспаления, стимуляции выработки провоспалительных интерлейкинов, запуска реакции перекисного окисления липидов.

261 ДИНАМИКА ОБЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ РИСКОМ ПО ШКАЛЕ SCORE С РАЗЛИЧНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПО ИТОГАМ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Уразалина С. Ж., Бойцов С. А., Кухарчук В. В., Карпов Ю. А. ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, Москва

Цель: выяснить имеются ли различия между 2-х летней динамикой общих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц 2-х групп (активного и обычного наблюдения) с низким и средним риском по шкале SCORE в условиях поликлинической практики.

Материал и методы: 507 человек низкого и среднего риска по шкале SCORE наблюдались 2 года. Для пациентов в группе активного наблюдения (группа «А»- 339: ж-258, м-81) было

предусмотрено 7 визитов: из них 3 визита в РКНПК с интервалом в 1 год и 4 визита с полугодовым интервалом к участковым терапевтам. В этой группе врачи проводили регулярные беседы с использованием метода телефонного автодозвона по коррекции образа жизни (соблюдение рациональной диеты, физической активности, прекращение курения), а также контроля АД, липидного профиля. Пациенты в группе обычного ведения (группа «Б»- 168: ж-111, м-57) в основном находились под наблюдением участковых терапевтов, для них было предусмотрено 2 визита в РКНПК.

Результаты. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. На 1 визите в РКНПК статистически значимых различий по количеству лиц с ожирением (ИМТ ≥ 30), повышенным уровнем холестерина (ОХС) $>5,0$ ммоль/л, повышенными цифрами САД и ДАД, с наличием артериальной гипертензии (АГ), метаболического синдрома (МС), фактора курения между группами «А» и «Б» не выявлялось. В динамике через 2 года в группе «Б» оказалось статистически значимо больше лиц с ожирением ($p=0,029$), с повышенным уровнем ДАД ($p=0,003$), уровень ОХС достоверно снизился ($p=0,002$), а уровень ХСЛПВП повысился ($p=0,001$) в группе «А», чего не наблюдалось в группе «Б». Однако по количеству лиц с АГ, МС значимых различий не отмечалось. Хотя число курящих лиц несколько уменьшилось в группе «А» (на 5%), но без достоверных различий с группой «Б» и с 1 визитом.

Заключение. Выбранная «активная» врачебная тактика может оказывать положительное воздействие на модифицируемые факторы сердечно-сосудистого риска.

262 СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЛЕЧЕНИЯ

Усенко Г. А., Машков С. В., Усенко А. Г., Нищета О. В., Величко Н. П., Козырева Т. Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: определить содержание липидов крови у высоко и низкотревожных пациентов с различным темпераментом на фоне антигипертензивной терапии (АГТ), связанной (АГТ+С) и не связанной (АГТ) с назначением седативных препаратов (С) (в 96%-сибазон).

Материал и методы. С 2008 по 2012 г. обследовано 208 мужчин (50,4 $\pm$ 0,4 лет), принимавших АГТ (БАБ или иАПФ + диуретик) по поводу гипертонической болезни II ст., 2 степени, риск 3 (ГБ-II) с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности и преобладающим темпераментом: холерическим (Х), сангвиническим (С), флегматическим (Ф), меланхолическим (М). Группа контроля: здоровые мужчины ($n=109$), группа сравнения – НТ-больные. Группы сопоставимы. Определяли уровень реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности, содержание в сыворотке крови: общего холестерина (ОХ), триглицеридов (Тг), липопротеидов (ЛП) высокой (ЛПВП) и суммарную фракцию ЛП низкой и очень низкой плотности (ЛПНП+ЛПОНП). Группы «ВТ-1»-пациентов Х, С, Ф и М получали «АГТ», а группы «ВТ-2» Х, С, Ф и М-лиц – «АГТ+С». НТ в седативных не нуждались и в 96% случаев получали препараты АГТ в минимальной (ввиду выраженного гипотензивного эффекта), а ВТ- в максимальной суточной терапевтической дозе. Учитывали долю лиц, перенесших транзиторное острое нарушение мозгового кровообращения (Т-ОНМК).

Результаты. Величина РТ (ЛТ) и содержание ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП снижались, а ЛПВП увеличивалось в «темпераментальном» ряду: ВТ (НТ)-М >Ф> С> Х. У ВТ-лиц РТ (ЛТ) и содержание Тг, Ох и ЛПНП+ЛПОНП были выше, а ЛПВП ниже, чем у НТ-пациентов. У ВТ (НТ)-пациентов содержание липидов атерогенных фракций (ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП) было выше, а ЛПВП ниже, чем у здоровых

ВТ (НТ)- лиц равного темперамента. На фоне «АГТ+С» у «ВТ-2»-темпераментов РТ (ЛТ) и содержание ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП оказались на $32,6 \pm 0,5\%$ ниже, а ЛПВП на $19,6 \pm 0,5\%$ выше, чем у «ВТ-1»-темпераментов, получавших «АГТ» без сибазона. Доля лиц, перенесших Т-ОНМК в группах «ВТ-2» пациентов на фоне «АГТ+С» АГТ было на $27,3 \pm 0,4\%$ ниже, чем в группах «ВТ-1»-темпераментов на фоне «АГТ». Содержание липидов и число лиц с Т-ОНМК у ВТ, получавших «АГТ+С», приближалось к таковому у НТ-пациентов соответствующего темперамента.

Выводы. У ВТ-пациентов содержание ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП и число лиц с Т-ОНМК выше, а ЛПВП ниже, чем у НТ, особенно в группах ВТ/Ф и ВТ/М. Назначение «АГТ+С» снижало величину РТ (ЛТ), липидов атерогенных фракций и долю лиц, перенесших транзиторные ОНМК до уровня, близкого к таковому у НТ-лиц соответствующего темперамента. По величине РТ (ЛТ), содержанию липидов атерогенных фракций и доле лиц с Т-ОНМК ВТ/Ф и ВТ/М – группы высокого риска осложнений.

263 ДИНАМИКА МИНУТНОГО ОБЪЕМА КРОВОТОКА В МАГНИТОВОЗМУЩЕННЫЕ ДНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Усенко Г. А., Машков С. В., Усенко А. Г., Величко Н. П., Нищета О. В., Козырева Т. Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: в дни магнитных бурь (МБ) изучить изменения минутного объема кровотока (МОК, л) у больных гипертонической болезнью II ст. (ГБ-II) мужчин с различным темпераментом, высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности.

Материал и методы. С 2008 по 2012 гг. обследовано 248 мужчин ($54,2 \pm 1,8$ года) страдающих ГБ-II стадии, 2 степени риск 3. У ВТ и НТ-лиц определен преобладающий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М). Группа контроля – 95 здоровых мужчин. Баланс симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов ВНС определяли по вегетативному инд. Кердэ (ВИК), а также рассчитывали МОК. Учитывали гамма-фон (γ) окружающей среды. Данные анализировали за 7 суток до, в период (0) и в течение 7 дней от начала МБ.

Результаты. У ВТ/Х и ВТ/С превалировал SNS-, а у ВТ/Ф и ВТ/М – PSNS отдел ВНС. У НТ/Х и НТ/С равновесность отделов несущественно смещена в сторону SNS, а у НТ/Ф и НТ/М – PSNS-отдела ВНС. Содержание кортизола у первых было выше, а альдостерона ниже, чем у вторых, что трактовалось как превалирование у Ф и М активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС, по альдостерону). Больные получали антигипертензивную терапию (АГТ), которая у ВТ (НТ)Х и ВТ (НТ)С совпадала или не совпадала с блокадой активности SNS (β -адреноблокаторы – БАБ), а у ВТ (НТ)Ф и ВТ (НТ)М – активности РААС (ингибиторы АПФ). Во все дни исследования МОК достоверно снижался в ряду: ВТ (НТ)Х > С > Ф > М. МОК у ВТ был всегда выше, чем у НТ, соответствующего темперамента на $35,2 \pm 0,3\%$. За сутки и в 1–2 суток МБ γ -фон увеличивался с $9,9 \pm 0,2$ до $11,9 \pm 0,3$ мкР/час. В дни МБ у ВТ/Х и ВТ/С положительные значения ВИК существенно увеличивались, а отрицательные у ВТ (НТ)Ф и ВТ (НТ)М снижались. МОК у всех ВТ (НТ)- лиц увеличивался от исходного на $45,5 \pm 0,4\%$. Однако изменения ВИК и увеличение МОК у ВТ (НТ)Х пришлось за сутки до-, у ВТ (НТ)С в день МБ, у ВТ (НТ)Ф на 2-е, а у ВТ (НТ)М на 3-и сутки от начала МБ. Далее МОК снижался до исходного: у ВТ (НТ)Х на 2-е, у ВТ (НТ)С на 3-и, у ВТ (НТ)Ф и М на 4 сутки от начала МБ. Нельзя исключить, что переход организма на более напряженный уровень функционирования (по МОК) связан с повышением

активности свободно-радикального перекисного окисления липидов. Если АГТ совпадала с блокадой SNS (БАБ) у ВТ (НТ)Х и С, а у ВТ (НТ)Ф и М с блокадой РААС (иАПФ), то во все дни МОК у ВТ (НТ)-лиц был ниже на $20,2 \pm 0,2\%$, чем у лиц без совпадения с блокадой SNS или РААС.

Выводы. МОК зависит от темперамента и уровня тревожности: у симпатотоников Х и С он выше, чем у парасимпатотоников Ф и М, а у ВТ МОК выше, чем у НТ соответствующего темперамента. В период МБ МОК увеличивался: у Х и С в 1–2 суток, у Ф и М 3–4 суток от начала МБ. АГТ, совпадающая с блокадой SNS-отдела ВНС у Х и С, и РААС у Ф и М более эффективно снижала МОК во все дни исследования.

264 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Усков В. М., Усков М. В., Усков В. В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж; Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания, несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние десятилетия в их лечении и профилактике, остаются основной причиной высокой смертности и инвалидизации населения во всём мире. Первое место в структуре смертности от болезней системы кровообращения занимает ишемическая болезнь сердца. Частота инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома, частые осложнения и высокий уровень летальности обуславливают научную и практическую значимость поиска эффективных методов лечения при этом заболевании.

Цель: исследование эффективности различных схем лечения больных с острым коронарным синдромом. Под синдромом “эндогенные интоксикации” понимают проявления различных патологических состояний, обусловленные накоплением в тканях и биологических жидкостях токсических продуктов нарушенного обмена веществ, образующихся при декомпенсации защитных и регуляторных систем. Поэтому эффективным методом лечения больных и снижения осложнений острого коронарного синдрома является способ активации удаления продуктов нарушенного метаболизма. В связи с чем, проведено исследование динамики развития острого коронарного синдрома при использовании в лечении лимфосана, полифепана и поляризующей смеси;

Для решения поставленных задач использовался широкий спектр клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Проведена комплексная методика оценки исследований параметров центральной гемодинамики, сократительной способности миокарда, лабораторных данных, позволяющая доказать благоприятное действие лимфосана и его наибольшую эффективность в лечении больных острым коронарным синдромом в сравнении с полифепаном и поляризующей смесью. Было проведено сравнительное исследование больных острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST. Оценивались следующие параметры заболевания: продолжительность болевого синдрома, частота аритмий, частота осложнений, летальность, гемодинамические показатели, сократительная способность миокарда при ультразвуковом исследовании, ЭКГ – динамика и динамика лабораторных показателей. С учётом клинико-диагностических признаков были выделены 4 группы: 1 группа – лечение которым проводилось посредством назначения лимфосана; 2 группа – лечение которым проводилось при назначении поляризующей смеси; 3 группа – лечение которым проводилось с назначением полифепана; 4 группа – контрольная группа, лечение которым проводилось без назначения выше-названных препаратов.

В результате проведённого исследования было доказано, что применение лимфосана позволяет добиться более благоприятного течения осложнённого инфаркта миокарда, о чём говорит уменьшение количества осложнений, включая фатальные: разрывы и надрывы миокарда.

Для оценки оптимизации лечебных и профилактических

мероприятий проведен системный анализ показателей, характеризующих процесс лечения. Для того чтобы визуализировать данные, с помощью которых возможно обнаружить некоторые группировки, свидетельствующие о сходстве или различии в развитии болезни у пациентов, получающих различные лекарственные препараты, был применен метод главных компонент. С его помощью была выделена система показателей состояния больного, которые имели наибольшую информационную значимость в характеристике различий между группами больных, которые обусловлены, с одной стороны, различиями в тактике лечения, а с другой — динамикой течения болезни.

Таким образом, для оптимизации лечения осложненно заживающего инфаркта миокарда в первую очередь необходимо тщательное обезболивание наркотическими анальгетиками, которое оказывает кардиопротективный эффект и тем самым благоприятно действует на ишемизированный миокард.

265 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Усков В. В., Усков В. М., Золотодов В. И., Маркова Е. В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж. Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

С позиций системного анализа, пациент представляет собой авторегулирующуюся систему. Постоянное воздействие различных факторов приводит к вариабельности измеряемых параметров, характеризующих состояние пациента, в том числе и содержания глюкозы в крови. Вариабельность измеряемых показателей объясняется множественностью и неконтролируемостью случайных воздействий на организм пациента.

Цель: изучение эффективности лечения больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа с использованием разработанных современных методов планирования эксперимента. При наличии причин, вызывающих сахарный диабет, можно говорить о специфических вариациях содержания глюкозы в крови, переводящих пациента в новое устойчивое состояние с повышенной гликемией. При целенаправленном воздействии на пациента, на систему также будут накладываться специфические вариации. Если действие специфической вариации, способствующей снижению глюкозы в крови при лечении, превосходит случайные вариации, то можно говорить об успешности лечения. Общий подход к систематическому мониторингу эффективности лечения достаточно прост. В течение длительного времени производятся измерения гликемии. Записи величин гликемии могут интерпретироваться с использованием методов графического анализа и/или методами статистического контроля. В нашем случае, необходимо оценивать недельную вариабельность гликемии утром натощак и вечером перед сном на основании ежедневных измерений. Затем, с помощью полученных оценок изменчивости устанавливают контрольные пределы карт статистического контроля. Основной путь получения исходной информации — наблюдение за поведением системы. Алгоритмизация плана эксперимента обеспечивает повышенную точность модели в целом, точность числовых коэффициентов, независимость их определения, минимизации числа опытов и т.д. Математические методы используются на самом первом этапе — при выборе плана эксперимента, задающего условия проведения опытов. Статистически правильно составленный план эксперимента может дать более плодотворную оценку влияния отдельных переменных и, сверх того, он может дать информацию о взаимодействии нескольких переменных факторов. Методы математической теории эксперимента позволяют решать задачи исследования, описания и оптимизации многофакторных объектов и явлений наиболее эффективным образом, получая максимум информации при минимальных затратах.

Таким образом, если система предоставлена сама себе,

то есть никто ею не управляет и в ее поведение никто и ничто не вмешивается, то мы можно наблюдать вариации, характерные именно для этой системы. Систему, находящуюся в таком состоянии, можно назвать стабильной или статистически управляемой. Последнее словосочетание означает, что система управляет сама собой, конечно, в статистическом смысле. Если сам исходный процесс стабилен — это напрямую связано с понятием статистически управляемого процесса.

266 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Усков В. М., Маркова Е. В., Усков В. В., Золотодов В. И.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж. Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Артериальная гипертензия является одной из актуальных медико-социальных проблем. По данным ВОЗ, Россия занимает лидирующее положение по уровню смертности от сердечно-сосудистых осложнений среди всех европейских стран.

Широкое внедрение в клиническую практику новых гипотензивных средств позволило в последнее десятилетие во многом решить проблему высокого артериального давления. Одним из основных факторов риска развития АГ является избыточное питание. Сочетание АГ, инсулинорезистентности и дислипидемии у одного больного повышают требования к медикаментозной терапии, которая, положительно влияя на один из компонентов ожирения, не должна усиливать выраженность другого. В процессе работы были изучены особенности циркадного профиля артериального давления у больных артериальной гипертензией на фоне ожирения; влияние различных групп антигипертензивных средств на состояние углеводного, липидного и пуринового обменов и свертывающую систему крови; проведена сравнительная оценка эффективности моно- и комбинированной антигипертензивной терапии по данным СМАД; проведена оценка динамики качества жизни данных больных при различных режимах антигипертензивной терапии.

При лечении физиотензом (моксонидином) систолическое АД уменьшилось. У больных в подгруппе физиотенза уменьшились количество мочевой кислоты, фибриногена. Отмечена дифференцированная антигипертензивная активность. Оценка качества жизни по результатам анализа опросника SF-36 в процессе терапии физиотензом выявило улучшение по шкале социальное функционирование. По другим шкалам качество жизни существенно не изменилось.

Таким образом, у больных артериальной гипертензией в сочетании с ожирением выявлены неблагоприятные нарушения суточного профиля артериального давления, проявлявшиеся в увеличении числа больных, характеризующихся недостаточным снижением АД в ночное время суток; имели место выраженные нарушения углеводного обмена, проявляющиеся ростом инсулинорезистентности, значительной гиперинсулинемией, увеличение массы тела и ухудшение качества жизни выявлены; при сравнении антигипертензивной эффективности препаратов наиболее выраженное действие по данным СМАД выявлено у больных, получавших физиотенз; лечение артериальной гипертензии физиотензом сопровождалось разнонаправленными метаболическими изменениями; отмечены достоверные благоприятные сдвиги в липидном спектре, уменьшение выраженности инсулинорезистентности.

267 ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Усков В. М., Усков В. В., Усков В. В., Струк Ю. В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Воронеж. Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Распространенность и большая социальная значимость ишемической болезни как в мире в целом, так и в Российской Федерации в частности, обуславливает постоянный поиск путей оптимизации интенсивной терапии пациентов с острой коронарной патологией. Экономическая составляющая — рост заболеваемости инфарктом миокарда трудоспособной части населения, ведущий к инвалидизации, а также финансовые затраты на лечение и реабилитацию делают эту проблему еще более актуальной.

Одним из решений данного вопроса является широкое внедрение в практику интервенционных методов реперфузии миокарда. Важным этапом ранней реперфузионной стратегии является предотвращение индуцированного интервенцией коронаротромбоза. В настоящее время рекомендована антитромботическая фармакотерапия, представляющая собой различные комбинации антиагрегантов и антикоагулянтов в зависимости от стратификации риска у пациентов с острым коронарным синдромом.

В данном исследовании изучена клиническая эффективность применения эндоваскулярного лазерного облучения крови у пациентов с острым коронарным синдромом после экстренного чрескожного коронарного вмешательства, резистентных к стандартной антитромботической фармакотерапии. Результаты проведенного нами исследования наглядно демонстрируют информативность показателей тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза (тестов агрегации тромбоцитов, активированного частичного тромбопластинного времени, фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов), а также данных суточного мониторингирования ЭКГ у пациентов с ОКС, резистентных к антиагрегантам. При этом выявлены значимые межгрупповые различия клинико-лабораторных и функциональных параметров в зависимости от применяемой антитромботической терапии у данной категории больных. Очевидно, что в случае острой коронарной патологии происходит активация как внешнего, так и внутреннего путей свертывания крови, которые оказывают взаимодулирующее действие. У лиц с резистентностью к антиагрегантам процесс оптимизации параметров системы гемостаза на фоне стандартной антитромботической терапии носит недостаточный или замедленный характер. Критериями эффективности проводимой антитромботической терапии, а также наличия толерантности к антиагрегантам служат определение агрегационной способности тромбоцитов с одной стороны и динамика АЧТВ, уровня фибриногена, РФМК и с другой. В проведенном исследовании удалось достичь целевых значений данных показателей в более ранние сроки при использовании эндоваскулярного лазерного облучения крови.

Таким образом, в группе, получавшей комбинированную антитромботическую терапию, достоверно меньше частота и продолжительность ишемических эпизодов, отмечено преобладание прогностически более благоприятных вариантов ишемии.

268 ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Фомина К. А., Жияев Е. В., Теблов К. И.

Кафедра госпитальной терапии № 2 МГМСУ, Москва, Россия

Большинство пациентов с бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) имеют сопутствующие сердечно-сосудистые заболеваний и получают соответствующую терапию. Однако, влияние сердечно-сосудистых лекарственных средств на скорость про-

грессирования вентиляционной дисфункции в долгосрочных исследованиях реальной клинической практики не изучалось.

Цель: оценить влияние на скорость прогрессирования нарушений функции внешнего дыхания у больных БА и ХОБЛ наиболее часто используемых сердечно-сосудистых препаратов (ССП).

Материал и методы: включались пациенты, лечившиеся в Главном клиническом госпитале МВД РФ с 1993 по 2004 гг. с диагнозом ХОБЛ и/или БА в соответствии с критериями GINA и GOLD. Изучалось влияние SSP следующих классов: аспирин, α -адреноблокаторы, селективные β -блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальция, диуретики, нитраты, гиполипидемические средства, сердечные гликозиды, клонидин. Прием оценивался по средней относительной дозе (СОД), представляющей собой долю, которую составляет реально принятая больным за время наблюдения доза препаратов класса по отношению к максимально допустимой дозе за данный период. Влияние препаратов оценивалось в условиях многофакторного анализа с поправкой на наиболее значимые независимые конфаундеры, а также на эффекты других принимаемых лекарственных средств (всего анализировалось 47 классов лекарств). Скорость снижения показателя рассчитывалась как уклон линейного тренда по всем имеющимся данным по пациенту.

Результаты. Изучено 882 историй болезни повторных госпитализаций 177 больных. Пациентов с БА, ХОБЛ и с сочетанием ХОБЛ с БА было 88, 33 и 56 соответственно. Средний срок наблюдения составил $7,8 \pm 3,0$ лет.

Прием ингибиторов АПФ ассоциировался с ускорением снижения объема форсированного выдоха за 1 сек — ОФВ₁ ($p=0,035$) и пиковой скорости выдоха — ПСВ ($p=0,024$). Прием диуретиков коррелировал с замедлением снижения ПСВ ($p=0,018$). Связь приема остальных препаратов с динамикой показателей ФВД была статистически не значимой.

Заключение. Многофакторный анализ выявил, что более интенсивное применение иАПФ в долгосрочной перспективе ассоциируется с большей скоростью снижения ОФВ₁ и ПСВ. Обнаруженная достоверная связь частоты использования диуретиков с динамикой ПСВ может свидетельствовать в пользу позитивного действия препаратов этого класса.

269 ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ, В ФОКУСЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Фролов В. М., Сушкова И. Э., Захаров А. С.

ФГБУ «МУНКЦ им. П. В. Мандрыка» МО РФ, Москва, Россия

Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ) используется преимущественно с целью выявления нарушений сердечного ритма и проводимости, к значению данного метода в диагностике ишемических изменений сложилось сдержанное отношение.

Цель: изучение диагностической ценности ХМ в оценке ишемических изменений миокарда.

Материал и методы. За 3 летний период при проведении ХМ различной степени смещение сегмента S-T было выявлено у 86 пациентов. Среди пациентов с выявленными ишемическими изменениями мужчин было 70, женщин 16, средний возраст $61,3 \pm 7,2$ лет. ХМ проводилось с помощью монитора МЭКГ-НС-02 с фирмы «ДМС Передовые технологии» (Россия).

Результаты. У 40 пациентов (46,5%) выявлено горизонтальное смещение более 1,0 мм ниже изолинии (у 9 из них смещение S-T превышало 1,5 мм, у 6—2,0 мм, у 11 сопровождалось инверсией зубцов Т), у 27 (31,4%) — выявлено косонисходящее смещение сегмента S-T, у 15 (17,4%) была выявлена элевация сегмента S-T превышающая 1,5 мм (у 4 из них подъем сегмента S-T превышал 4,0 мм, а у 2 — достигал 15,0—17,0 мм). Горизонтальная депрессия превышающая 2,0 мм тесно коррелировала с выявленным при проведении коронарографии гемодинамически значимым стенозом коронарных

артерий (КА) ($\geq 70\%$), при ХМ на фоне смещения S-T выявлялась аритмия, преимущественно желудочковая. Высокая степень корреляции отмечалась между элевацией сегмента S-T и коронарным стенозом. У данных больных при оценке полученных результатов выявлены следующие закономерности: кратковременность эпизодов подъема сегмента S-T (от 1 до 6 мин), постепенное (несколько секунд) нарастание и убывание степени элевации. Выявленные эпизоды сопровождались болевыми ощущениями за грудиной, возникали при отсутствии физической нагрузки, наблюдались в момент приема пищи, во время сна, а так же под воздействием холода и сильных эмоций. При выявлении косонисходящего смещения сегмента S-T (преимущественно у женщин) в 60% случаев при коронарографии КА были интактными или с признаками гемодинамически не значимого стенозирования. Во время ХМ при оценке конечной части желудочкового комплекса наиболее информативными являются системы из 5-ти (2 двухполюсных отведения) и 7 (3 двухполюсных отведения) электродов. При использовании 12 канального рекордера дополнительно к оценке степени ишемии появилась возможность выявить ее топик. Данные полученные с помощью данного рекордера имеют большое значение при оценке ишемических изменений в нижней стенке левого желудочка.

Выводы. Холтеровское мониторирование ЭКГ является информативным методом выявления ишемии миокарда. Метод позволяет выявить эпизоды ухудшения коронарного кровоснабжения, которые не сопровождаются клинической симптоматикой, имеют кратковременный и преходящий характер, встречаются в различное время суток. Имеется возможность выявить причины, приводящие к указанным изменениям. Большое значение имеет увеличение числа и выбор отведений.

270 УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Фролов В. М.

ФГБУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П. В. Мандрыка» МО РФ, Москва, Россия

Наиболее опасными и прогностически неблагоприятными являются кардиогенные синкопальные состояния (СС), на их долю приходится до 35% от всех обмороков, летальность при них — от 18 до 33%.

Цель: изучение возможностей ультразвуковых методов исследования в выявлении кардиогенных причин СС и их роли в контроле эффективности проводимого лечения.

Материал и методы. За пятилетний период выявлено 135 пациентов с СС, из них у 94 (69,6%) СС были кардиогенными. У 31 (22,9%) выявлены органические (структурные) поражения сердца (I группа), у 63 (46%) — аритмии (II группа). Среди пациентов с кардиогенными СС мужчин было 60, женщин 34, средний возраст $53,45 \pm 6,21$ лет. Помимо общепринятых методов исследования, всем обследованным выполнена эхокардиография (ЭхоКГ), а 26 пациентам — чреспищеводная ЭхоКГ (ЧПЭхоКГ). Ультразвуковые исследования выполнялись на сканерах “Vivid-3” и “Vivid-7” GE (США).

Результаты. В I гр. выявлены клапанные пороки сердца как причина СС (аортальный стеноз — у 5 больных, сочетанный митральный порок у 4, изолированный стеноз левого атриовентрикулярного отверстия у 2, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия (ГКМП) — у 8, дилатационная КМП — у 3, инфекционный эндокардит — у 4, миксома правого предсердия — у 2, миксома левого предсердия — у 1. У 2 больных причиной СС явилась дисфункция аортального клапана. Другими причинами СС в I гр были тромбоэмболия легочной артерии — у 3, ИБС со сниженной сократительной функцией миокарда — у 5, легочная гипертензия — у 2. Решающее значение в выявлении указанной патологии имели ЭхоКГ и ЧПЭхоКГ. В 5 случаях ЧПЭхоКГ проводилась непосредственно во время оперативного лечения — протезирования аортального клапана.

Во II гр. основной причиной СС явилась фибрилляция предсердий (ФП) (33%), на 2 месте — желудочковые тахикар-

дии (ЖТ) (14%). Преобладание ФП в развитии СС обусловлено большей встречаемостью ее в популяции и среди прикрепленных пациентов. Выявлены формы ФП наиболее часто ассоциирующиеся с СС. При ЭхоКГ часто выявлялась дилатация левого предсердия (ЛП), повторное исследование после восстановления ритма выявляло эффект стэннинга ЛП. Перед лечением проводилась ЧПЭхоКГ для выявления тромбов в ЛП и в его ушке. В ходе наблюдения за больными со структурными поражениями сердца сопровождающимися СС выявлено, что частой причиной последних явились сопутствующие аритмии, преимущественно желудочковые. В тоже время отмечено, что при длительном существовании аритмии развивались структурные изменения миокарда (ремоделирование), что способствовало развитию СС.

Выводы. Ультразвуковые исследования играют важнейшую роль в диагностике поражений сердца, как причины СС, позволяют выявлять изменения на ранних стадиях, определяют тактику лечебных мероприятий, в том числе хирургических. Играют важную роль в осуществлении контроля эффективности терапии.

271 ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КИСЛОРОДЗАВИСИМОГО МЕТАБОЛИЗМА И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ НЕЙТРОФИЛОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ КУРЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Хабарова И. В., Кратнов А. Е.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Важная роль в эндотелиальной дисфункции при ишемической болезни сердца (ИБС) принадлежит окислительному стрессу, развивающемуся вследствие повышенного образования реактивных форм кислорода, одним из источников которых являются нейтрофилы.

Цель: изучение влияния курения на кислородзависимый метаболизм и антиоксидантную защиту нейтрофилов (НФ) у здоровых людей.

Материал и методы. В исследование было включено 98 здоровых людей (средний возраст $39,6 \pm 11,3$ года). Для исключения ИБС пациентам выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Среди обследованных людей курильщиками являлись 86 (87,8%) человек. На момент исследования курили 66 (67,4%) пациентов, стаж курения составлял $23,4$ (min — 2, max — 43) года, интенсивность курения — $21,2$ (min — 3, max — 80) сигареты в сутки. Среди обследованных 12 (12,2%) человек никогда не курили, 20 (20,4%) пациентов отказались от вредной привычки в среднем $102,3$ (min — 1, max — 336) недели назад. С целью изучения интенсивности курения рассчитывался индекс курящего человека (число выкуренных сигарет в сутки умноженное на стаж курения в годах, деленное на 20), выражаемый числом пачка-лет. В зависимости от интенсивности курения было выделено две группы: I — с индексом курящего человека менее 50 пачка-лет, состоявшая из 59 (89,4%) человек, II — с индексом курящего человека более 50 пачка-лет, включавшая 7 (10,6%) пациентов.

Результаты. У здоровых людей, курящих на момент исследования, выявлялось достоверно более высокое количество НФ в периферической крови по сравнению с показателями никогда не куривших ($61 \pm 6,9 > 57,4 \pm 6,6\%$; $p=0,04$) и отказавшихся от вредной привычки ($61 \pm 6,9 > 56,6 \pm 6,8\%$; $p=0,01$). При этом у курящих на момент исследования, а также у куривших в прошлом людей, наблюдалось достоверно более высокая активность кислородзависимого метаболизма НФ по данным стимулированного НСТ-теста. Увеличение НСТ-теста по данным стимулированных лектином показателей при отсутствии достоверных различий в спонтанных значениях предполагает нарушения рецепторной активности НФ у курящих людей. У людей с высо-

кой интенсивностью курения (индекс курящего человека более 50 пачка-лет) наблюдалось достоверно более высокое содержание НФ в периферической крови ($68 \pm 8,3 > 60,1 \pm 6,4\%$; $p=0,004$), сопровождающееся снижением внутриклеточной активности ферментов антиоксидантной защиты — каталазы ($652,6 \pm 245,3 < 838,4 \pm 278,6$ мкат/л; $p=0,06$) и глутатионредуктазы ($45,5 \pm 17,9 < 74,8 \pm 50,9$ нмоль·л⁻¹·сек⁻¹; $p=0,09$).

Заключение. Курение у здоровых людей приводит к увеличению количества и праймированию циркулирующих нейтрофилов в периферической крови. Интенсивное курение сопровождается снижением антиоксидантной защиты в нейтрофилах.

272 ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС ПО ДАННЫМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Хомазюк И. Н., Белый Д. А., Табулавицне Ж. М., Курсина Н. В., Настина Е. М., Сидоренко Г. В.

ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины Национальной академии медицинских наук», Киев, Украина

Цель: установить факторы, определяющие развитие и особенности течения гипертонической болезни (ГБ) у участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на Чернобыльской АЭС по данным диспансерного наблюдения.

Материал и методы. Обследованы 7238 УЛПА с ГБ, дозой внешнего облучения (ДВО) до 1 Гр (группа — 1), 91 — перенесших острую лучевую болезнь (ОЛБ) 1–3 стадии (группа 2). Возраст на момент аварии $36,6 \pm 12,5$ лет. Период наблюдения 1986–2011 гг. Проведены клинико-лабораторные исследования, тонометрия, ЭКГ, суточное мониторирование АД и ЭКГ, эхокардиография, статистический анализ в системе «Microsoft Excel 7,0».

Результаты. Частота ГБ у УЛПА в первое пятилетие возросла с 5,4% до 44% в группе 1 и 40,7% — группе 2 и далее увеличилась до 73% и 68,6%. Различия между данными при ДВО менее 5 сГр и более 25 сГр составили 22,4% ($p<0,05$), ОЛБ 1 и 3 стадии — 8,3%. Особого внимания у УЛПА заслуживает влияние стресса и повышения активности симпатико-адреналовой системы, что подтверждено увеличением у них экскреции адреналина, норадреналина, дофамина и преобладанием показателей вариабельности сердечного ритма, характеризующих симпатическую активность. У большинства психологическое напряжение сохраняется, интегральный бал негативных воспоминаний УЛПА 1986–87 гг. вдвое выше контроля. Негативное влияние оказывал также экологически и профессионально обусловленный контакт с ксенобиотиками. Сочетание этих факторов с гиперхолестеринемией, избыточной массой тела, курением, генетической предрасположенностью потенцировало негативное влияние каждого из них. Течение ГБ у УЛПА отличалось преобладанием артериальной гипертензии II–III степени. Частота повышения вариабельности АД, недостаточного ночного снижения АД была в 2 раза выше контроля. У 81,5% УЛПА с ГБ установлена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), в том числе у 40% значительная, в контроле 73% и 37%. Индекс массы миокарда у них достигал $175 \pm 7,1$ г/м². У 49% при умеренной и 67,5% значительной ГЛЖ ранним проявлением была диастолическая дисфункция. У каждого пятого УЛПА с ГЛЖ выявлены эпизоды ишемии миокарда в количестве $3,6 \pm 0,3$ на одного больного, длительностью $14,6 \pm 1,7$ мин, у 22% — экстрасистолия. У 3,6% УЛПА с ГБ в возрасте $55,7 \pm 1,8$ лет развился инсульт, 25% — сердечная недостаточность.

Вывод. Сочетание у УЛПА на Чернобыльской АЭС факторов радиационной и нерадиационной природы потенцирует

их патогенетическое значение и риск развития ГБ. Проекция диспансерного наблюдения на раннее определение профиля факторов риска, субклинических проявлений поражения органов мишеней и коррекцию модифицируемых изменений определяет ее эффективность и возможность минимизации риска развития ГБ и ее прогрессирования.

273 ОЦЕНКА ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Хосева Е. Н.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить клиническую и фармакокинетическую эквивалентность воспроизведенного бета-адреноблокатора карведилола отечественного производства.

Материал и методы. Объект исследования — воспроизведенное лекарственное средство отечественного производства из группы бета-адреноблокаторов — карведилол (акридиллол). Проведен ретроспективный анализ отчетов исследования биоэквивалентности и постмаркетинговых клинических исследований препарата за период с 2000 по 2011 годы.

Результаты. Изучение сравнительной фармакокинетики, относительной биодоступности и биоэквивалентности отечественного карведилола и оригинального препарата в дозировках 25 мг проводилось при участии 18 здоровых добровольцев в возрасте от 21 до 47 лет. В исследовании не было выявлено достоверных различий в процессах всасывания, распределения и элиминации препаратов. Нежелательных побочных реакций на прием исследуемого и референсного препарата зарегистрировано не было.

За исследуемый период времени было проведено 28 клинических исследований: 16-проспективных открытых несравнительных; 12—открытых рандомизированных контролируемых. Эффективность и безопасность изучалась при хронической сердечной недостаточности—13 исследований, общее число участников—432 пациента; при ишемической болезни сердца—4 исследования, 220 чел.; при артериальной гипертензии — 4 исследования, 709 чел.; при инфаркте миокарда—5 исследований, 331 чел. Продолжительность исследований составляла в среднем от 8 до 24 недель.

У больных с хронической сердечной недостаточностью длительная терапия карведилолом существенно улучшала клиническое состояние больных, ослабляла процессы ремоделирования миокарда, снижала функциональный класс заболевания, повышала толерантность к физической нагрузке.

В комплексной терапии инфаркта миокарда акридиллол обладал выраженными антиишемическим и гемодинамическим эффектами, увеличивал фракцию выброса левого желудочка. У пациентов с ишемической болезнью сердца по данным суточного мониторирования ЭКГ уменьшалось количество пароксизмов, желудочковых тахикардий, парных суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол. У пациентов с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями отмечена метаболическая нейтральность препарата наряду с выраженным гипотензивным эффектом, хорошей переносимостью, улучшение тревожно-депрессивного статуса, снижение числа госпитализаций. Карведилол отечественного производства хорошо переносился больными и не вызывал клинически значимых побочных реакций.

Выводы. Проведенные исследования биоэквивалентности и сравнительные рандомизированные клинические исследования отечественного карведилола подтвердили его эффективность и безопасность при длительной терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

274 АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хосева Е. Н.¹, Морозова Т. Е.¹, Андрущишина Т. Б.¹, Ошорова С. Д.², Бабаб С. В.³

Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И. М. Сеченова, Москва¹; Городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени В. В. Ангапова², Улан-Удэ; Медицинский научно-практический центр Балтийского Федерального Университета им. И. Канта³, Калининград, Россия

Цель: изучить информированность врачей по вопросам безопасности лекарственной терапии в кардиологической практике.

Материал и методы. Проведено фармакоэпидемиологическое исследование методом опроса терапевтов и кардиологов Центрального, Северо-Западного и Сибирского Федеральных округов. Анкета содержала 30 вопросов, позволяющих оценить информированность врачей о нежелательных побочных реакциях (НПР) лекарственных препаратов (ЛП) и системе фармаконадзора.

Результаты. В опросе принимали участие врачи терапевты (n=286), кардиологи (n=58), кардиохирурги (n=13).

Большинство врачей (78,4%) назначают препараты пациентам кардиологического профиля в соответствии с указаниями инструкций по медицинскому применению, однако остальные рекомендуют препараты с нарушением предписаний и по незарегистрированным показаниям. При этом 95,7% руководствуются стандартами лечения кардиологических заболеваний; 66,7% — собственным опытом; 31,6% — опытом и мнением коллег по работе; 59,8% — публикациями о результатах клинических исследований.

Все опрошенные доктора в своей клинической практике сталкивались с НПР, при этом в 70,1% случаев о НПР сообщали пациенты. Наиболее часто в кардиологической практике врачи отмечают наличие у пациентов побочных эффектов на препараты: бета-адреноблокаторы (головокружение); нитраты (головная боль, головокружение); ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (головокружение, кашель, изменения лабораторных показателей); статины (нарушения сна, изменения лабораторных показателей). При выявлении НПР 87,3% врачей делают запись в амбулаторной карте/истории болезни; 36,6% сообщают об этом заведующему отделением или клиническому фармакологу; 34,3% заполняют форму-извещение о НПР, 8,2% нигде не сообщают.

Для врачей при назначении препаратов пациентам с кардиологической патологией важны эффективность (93,42%), безопасность (86,7%), качество ЛП (73,8%), его стоимость (51,4%). Большинство опрошенных врачей (98,4%) считают, что нужны циклы тематического усовершенствования по вопросам безопасности лекарственной терапии и фармаконадзора.

Выводы. В кардиологической практике врачи отмечают частое развитие неблагоприятных побочных реакций на препараты группы статинов, иАПФ, нитраты, бета-адреноблокаторы. Активность терапевтов и кардиологов в плане информирования регуляторных органов о выявленных НПР остается невысокой. Большинство врачей затрудняются в вопросах терминологии НПР, установления критериев серьезности нежелательных явлений и испытывают потребность в образовательных программах, посвященных вопросам фармаконадзора.

275 НАИБОЛЕЕ РАННИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хохлова Л. Н., Чегодаева Л. В.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия

Общей для всех развитых стран является тенденция к неуклонному росту числа лиц со стойким снижением функции почек. У кардиологического больного нередко можно наблюдать признаки поражения почек, иногда весьма выраженные и трудно коррегируемые. 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: выявление микроальбуминурии и определение скорости клубочковой фильтрации, как ранних признаков поражения почек, у больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Нами был проведен анализ результатов лабораторных исследований у 202 больных с артериальной гипертензией. Все больные находились на лечении в отделении терапии № 1 ГБУЗ «Республиканская больница № 13» г. Саранска. Больные были разделены на 3 группы. Первая группа, 67 больных, с диагнозом: Артериальная гипертензия II ст., высокий риск, ХСН I ст. Вторая группа (69 чел.) с диагнозом: Артериальная гипертензия III ст., очень высокий риск, ХСН II ст., осложнённой ОНМК; третья группа — 66 больных с диагнозом: Артериальная гипертензия III ст., очень высокий риск, ХСН II ст. Сахарный диабет 2 типа, ср.ст. тяжести.

Результаты. Наличие микроальбуминурии было выявлено во всех трёх группах. В первой группе микроальбуминурия наблюдалась у 47% (n=31) больных. Во второй группе наличие микроальбуминурии выявлено у 59% (n=40) пациентов. Наибольшее количество больных с микроальбуминурией зарегистрировали в третьей группе, что составило 78% (n=51). Креатинин, мочевины 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 м².

Заключение. Таким образом, наличие микроальбуминурии является ранним основным признаком почечного поражения. Повышение мочевого 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, повсеместное внедрение метода расчёта СКФ и определение микроальбуминурии позволит адекватно своевременно выявить даже умеренное нарушение фильтрационной функции почек и внести коррекцию в терапию пациента, тем самым, позволив снизить число неблагоприятных исходов.

276 ИММУНОФЕРМЕНТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Хусаинова Л. Н., Смакаева Э. Р., Кабилова А. М., Мингазетдинова Л. Н., Муталова Э. Г.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Нарушение свойств эндотелия рассматривают как основной механизм вазоконстрикции. Большую роль играет не только уменьшение освобождения оксида азота сосудистой стенки, но и повышенная деградация, активация секреции эндотелина, фактора Виллебранда, нарушение их утилизации (Шестакова М. В., 2001). В развитии локального сосудистого воспаления ведущее значение имеет способность эндотелия продуцировать клетки моноклонально-макрофагального ряда. Одним из основных гемокинов является моноцитарно-хемотоксический белок-1 (MCP-1). Синтез MCP-1 индуцируется провоспалительными цитокинами, которые экспрессируются при острой ишемии миокарда. Кроме того, множество проангиогенных факторов, включая гипоксию, тромбоцитарный фактор роста, провоспалительные цитокины

(ФНО- α) вызывают экспрессию фактора роста эндотелия (VEGF) — группу гомодимеризованных гликопротеидов. В свою очередь VEGF стимулирует секрецию эндотелиальными клетками фактора Виллебранда, для которых характерен хемотаксис моноцитов.

Таким образом, иммуноферменты MCP-1 и VEGF участвуют в ангиогенезе, ускоряя эндотелиальную дисфункцию.

Многочисленные публикации свидетельствуют о значимости увеличения уровня MCP-1 и VEGF при воспалении. Однако, их роль в иммунопатогенезе острого инфаркта миокарда мало изучена.

Цель: определить особенности иммунопатогенеза инфаркта миокарда.

Были изучены изменения содержания в крови у больных острым инфарктом миокарда основных провоспалительных цитокинов, регулирующих функциональное состояние фагоцитарного звена иммунитета.

Установлено значимое увеличение показателей сывороточного уровня VEGF и MCP-1 в группе больных острым инфарктом миокарда по сравнению с больными острым коронарным синдромом. Данные показатели у больных с острым коронарным синдромом достоверно были выше, чем в группе контроля. Повышение уровня MCP-1 и VEGF коррелировало с повышением основных провоспалительных цитокинов (интерлейкина 1 β и фактора некроза опухоли α).

Следовательно, острая ишемия миокарда сопровождалась повышением уровня иммуноферментов MCP-1 и VEGF, что согласуется с литературными данными. Высокие значения этих показателей в течении длительного времени, могут характеризовать напряженность иммунной системы при развитии острой ишемии.

277 АПОПТОТИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ЛИМФОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Хусаинова Л. Н., Садикова Р. И., Хасанова Л. Н., Муталова Э. Г., Минзаетдинова Л. Н.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

При острой ишемии миокарда развивается дисфункция эндотелия, где иммунологические нарушения определяют тяжесть течения острого инфаркта миокарда и, порой, его исход (Васина Л. В., 2008; Ковалев И. А., Марцинкевич Г. И., Суслова Т. Е. и др., 2004; Buttler A. E., Janson J., Bonner-Weir S. Et al., 2003). В последние годы установлено участие ускоренного апоптоза через активацию популяции CD 95 (FaS) антиген, в развитии тромбофилии путем увеличения прокоагулянтного потенциала с активацией комплекса тканевого фактора (Kobayashi N., Ouchi N., Kihara S. Et al., 2004; Bombeli T., Karsan A., Harlan J. M., 1997). Изучение состояния иммунной системы и реакции апоптоза в развитии острого инфаркта миокарда остается актуальной.

Цель: оценить реакцию апоптоза клеток на течение острого инфаркта миокарда.

Материал и методы. В исследование включено 50 больных, из них 30 с острым инфарктом миокарда, 20 — нестабильной стенокардией. Диагноз устанавливался по общепринятым критериям. Кроме общеклинических методов исследования определялась активация лимфоцитов методом РБТЛ, иммунофенотипирование с вычислением CD95 (FaS) лимфоцитов. Проводилась оценка митогенеза в 24-часовых культурах мононуклеаров с ФГА-Р. Экспрессия цитокиновой системы определялась методом ИФА с изучением интерлейкина 1 β , фактора некроза опухоли α .

Результаты. У больных с острой ишемией миокарда отмечена дисфункция клеточного иммунитета со снижением Т-лимфоцитов, значимым повышением в крови содержания CD 95+ (FaS) лимфоцитов. Наиболее значимое повышение лимфоцитов отмечено у больных острым инфарктом миокарда, в 2 раза по сравнению с контролем CD95+ (FaS) лимфоциты увеличены у больных с острым коронарным синдромом. Из цитокинов, участвующих в апоптозе, высоко значимо

увеличен уровень фактора некроза опухоли α у больных с инфарктом миокарда ($26,2 \pm 5,48$ пг/мл против $6,28 \pm 2,4$ пг/мл при остром коронарном синдроме). У здоровых доноров стимуляция лимфоцитов привела к закономерному снижению покоящихся клеток (G0-фаза), нарастанию клеток в пресинаптической фазе (G1) и суммарному увеличению в фазе клеточного цикла (G2). У больных с острым коронарным синдромом стимуляция лимфоцитов выявила тенденцию к снижению до $94,37 \pm 4,18\%$ с понижением при остром инфаркте миокарда до $91,4 \pm 4,32\%$. С активацией лимфоцитов число клеток в фазе G2 (ранняя фаза апоптоза) увеличилось с $3,30 \pm 0,41\%$ при остром коронарном синдроме до $3,85 \pm 0,10\%$ при остром инфаркте миокарда ($p < 0,05$), нарастал значимо активационный коэффициент.

Выводы. Увеличение экспрессии CD 95 (FaS) с развитием острой ишемии при активации лимфоцитов в фазу G2 сопровождалось повышением чувствительности клеток к лиганду FaS α , связывание с которым определяет запуск программы гибели клеток (Brenner C. Et al., 2000), что мы наблюдали при остром коронарном синдроме и особенно при развитии острого инфаркта миокарда.

278 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Хушвактова З. О., Кухарчик Г. А.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить функциональное состояние эндотелия методом периферийной артериальной тонометрии у больных, перенесших инфаркт миокарда, и проанализировать взаимосвязь с количеством пораженных коронарных артерий.

Материал и методы. В исследование было включено 29 пациентов в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст $58,5 \pm 8,6$), перенесших инфаркт, из них 18 мужчин, 11 женщин. Диагноз инфаркта миокарда был верифицирован согласно общепринятым критериям. Всем пациентам было выполнено стандартное обследование, в т. ч. диагностическая коронароангиография (КАГ). Также у всех пациентов была исследована функция эндотелия методом периферийной артериальной тонометрии (через 1 месяц после развития инфаркта миокарда) с оценкой следующих показателей: RHi — индекс реактивной гиперемии и AI — индекс постокклюзионного расширения сосудов (капилляров). Все пациенты получали стандартную терапию в соответствии с национальными клиническими рекомендациями. Статистические данные представлены в виде средних значений (M) и среднеквадратичных отклонений или медианы (Me) и интерквартильного размаха.

Результаты. У включенных в исследование пациентов выявлены следующие факторы риска ИБС: отягощенная наследственность (41%), ожирение (24%), сахарный диабет (27%), гипертоническая болезнь (86%), кроме того у 7% пациентов было ОНМК в анамнезе, у 7% облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. НеQ-инфаркт миокарда был диагностирован у 7 пациентов (24%), Q-инфаркт миокарда — у 22 больных (76%); передне-боковая локализация инфаркта миокарда выявлена у 12 больных (41%), нижняя — у 8 (27,5%), нижне-боковая — у 8 (27,5%), переднее-перегородочно-верхушечная — у 1 больного (4%). По результатам диагностической КАГ однососудистое поражение выявлено у 15 больных (52%), многососудистое поражение — у 14 (48%). По данным периферийной артериальной тонометрии: индекс реактивной гиперемии (RHi) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, составил $1,59 [1,45; 1,9]$ при норме более 1,7; индекс постокклюзионного расширения сосудов (AI) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда — $16\% [4; 38]$ при норме менее 10%, что свидетельствует о дисфункции эндотелия.

При сопоставлении результатов периферийной артериальной тонометрии и данных КАГ выявлена слабая корреляционная зависимость ($r < 0,3$, $p > 0,05$) между количеством пораженных артерий и индексом постокклюзионного расширения сосудов (AI) по данным периферийной артериальной тонометрии.

Выводы. У больных, перенесших инфаркт миокарда, определяется дисфункция эндотелия, проявляющаяся снижением индекса реактивной гиперемии (RHi) и повышением индекса постокклюзионного расширения сосудов (AI) по данным периферийной артериальной тонометрии вне зависимости от количества пораженных коронарных артерий, что необходимо учитывать при подборе оптимальной медикаментозной терапии.

279 ТЕЧЕНИЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Цой И. А., Марданов Б. У., Мирзарахимова С. Т., Абдуллаев Т. А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение течения анемического синдрома во взаимосвязи с тяжестью хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных перипартальной дилатационной кардиомиопатией (ПКМП).

Материал и методы. Обследовано 24 молодых женщин с диагнозом ПКМП, средним возрастом $28 \pm 5,25$ лет, у которых заболевание проявилось развитием признаков сердечной недостаточности сразу после родов или в конце III триместра беременности. Анализировались такие параметры как функциональный класс по NYHA, результаты ТШХ, ЭхоКГ — параметры и показатели рентгенокардиографии во взаимосвязи с уровнем гемоглобина. С этой целью, больные, по признаку анемии, выставленному согласно критериям ВОЗ, были разделены на две: I ($n=13$, Hb- $100,85 \pm 9,07$ г/л и II группы ($n=11$, Hb- $126 \pm 5,96$ г/л).

Результаты. Обращает внимание то, что при анализе течения предыдущих беременностей и родов было отмечено, что в группе больных с анемией преобладало количество беременностей, прервавшихся абортom (самопроизвольно или по медицинским показаниям), по сравнению со II группой (17 против 12; $\chi^2=4,72$; $p<0,05$). Средний ФК ХСН больных ПКМП с анемией оказался на 11,5% выше группы пациенток с нормальными значениями гемоглобина ($2,92 \pm 0,4$ против $2,61 \pm 0,38$; $p=0,5$), соответственно чему выявлена разница и результатов ТШХ. Так, по итогам данного теста отмечено, что больные с анемией проходили на 32% меньшую дистанцию ($172,5 \pm 63,5$ м, против $114,25 \pm 50,5$ м; $p<0,05$), обусловленную прогрессированием одышки и усталости.

Анализ ЭхоКГ-параметров в обеих группах выявил признаки дисфункции ЛЖ в виде увеличения размеров ЛЖ ($KDP_{1 гр.} - 67,24 \pm 9,11$ мм, $KDP_{2 гр.} - 67,83 \pm 6,27$ мм; $KCP_{1 гр.} - 53,35 \pm 10,31$ мм, $KCP_{2 гр.} - 53,66 \pm 4,03$ мм) и снижения ФВ ($ФВ_{1 гр.} - 42,74 \pm 13,16\%$, $ФВ_{2 гр.} - 40,75 \pm 11,15\%$), что косвенно отразилось в размерах сердца на рентгенограмме ($КТИ_{1 гр.} - 65,15 \pm 6,30\%$, $КТИ_{2 гр.} - 64,18 \pm 6,0\%$) (все $p>0,05$). Выявлены также различия значений толщины ЗСЛЖ, соответственно составившие $8,6 \pm 1,7$ мм и $9,72 \pm 1,2$ мм, хотя и не имеющие достоверного характера ($p=0,12$).

Выводы. По результатам исследования выявлено, что сопутствующая анемия у больных ПКМП характеризует снижение их ТФН. Также обращает на себя внимание, различия в исходах прежних беременностей у женщин в зависимости от уровня гемоглобина.

280 НУТРИЦИОННЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чистилина А. Н.

ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития РФ, Тюмень, Россия

Цель: изучить особенности нутриционного статуса у женщин с абдоминальным ожирением в зависимости от степени артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Всего было исследовано 101 женщина с абдоминальным ожирением, средний возраст которых составил $47,00 \pm 11,65$ лет. В последующем женщины в зависимости от ИМТ были разделены на 4 группы: 1 группа — 17 женщин имели избыток массы тела (ИМТ= $27,1 \pm 0,84$ кг/м²), частота АГ в этой группе составила $12,5 \pm 3,5\%$; 2-я группа — 29 женщин имели ожирение I степени (ИМТ= $31,2 \pm 2,2$ кг/м²), частота АГ составила $91 \pm 3,0\%$; 3-я группа — 34 пациентки имели ожирение II степени (ИМТ= $36,5 \pm 3,1$ кг/м²), АГ в этой группе $83 \pm 2,8\%$; и 4-я группа — 21 женщина — ожирение III степени (ИМТ= $42,3 \pm 4,5$ кг/м²), частота АГ соответственно $95 \pm 3,0\%$. Всем пациенткам проводилось измерение окружности талии, артериального давления, а также исследование фактического питания с использованием компьютерной программы «Анализ состояния питания человека».

Результаты. В группе женщин с избытком массы тела была зафиксирована АГ I степени у 12%, АГ II и III степени в этой группе не встречалась. Во 2-й, 3-й и 4-й группах АГ встречалась различной степени выраженности. Так, во 2-й группе женщин АГ I степени составила 9%, АГ II-9%, АГ III-18%. В 3 группе АГ I степени 8%, АГ II-8%, АГ III-8%. В 4 группе АГ I степени 9%, АГ II-23%, АГ III-14%. В ходе исследования было также установлено, что наличие АГ коррелирует с возрастом ($r=0,37$; $p=0,004$), соотношением ОТ/ОБ ($r=0,43$; $p=0,003$), а также с уровнем гликемии ($r=0,38$; $p=0,019$). Анализ суточного рациона в зависимости от степени повышения АД показал, что энергетическая ценность пищевого рациона преобладала среди женщин с АГ II степени и составила 2160 ккал/сут. В то время как среди женщин с АГ I степени энергетическая ценность была равна 2096 ккал/сут и среди женщин с АГ III-1889 ккал/сут. Избыточное потребление белков наблюдалось среди пациенток с АГ II и III степени (в среднем 12,4%). У пациенток с АГ I степени белки соответственно 9,5%. Жиры преобладали во всех группах пациенток и в среднем составили 35,6%. Среди женщин с АГ I степени полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) составили в среднем 28,4%. Насыщенные жирные кислоты (НЖК) в этой группе составили 21,4%, а мононенасыщенные жирные кислоты (МНЖК) 25,5%. Уровень холестерина среди пациенток с АГ I в среднем 5,7 ммоль/л. У женщин с АГ II степени МНЖК-25,5%, НЖК-22,06%, а ПНЖК-22,4%. Уровень холестерина у этих пациенток составил 5,07 ммоль/л. В группе женщин с АГ III МНЖК в среднем составили 24,1%, в то время как НЖК- 19,5%, ПНЖК-18,7%. Холестерин у пациенток с АГ III составил 6,3 ммоль/л. Углеводы преобладали среди женщин с АГ I степени, средние значения 54,0%, в то время как у женщин с АГ II степени они составили 52,9% и у женщин с АГ III-51,7%. Также было установлено преобладание этанола среди пациенток с АГ III (1,1%), у пациенток с АГ II-0,4% и с АГ I-0,3% соответственно.

Вывод. Достоверное увеличение энергетической ценности и доли жиров регистрируется у женщин с абдоминальным ожирением в сочетании с АГ II и III степени.

281 РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Чукаева И. И.¹, Кравченко А. В.², Сайно О. В.¹, Комарова И. В.¹, Клепикова М. В.¹, Кушакова Т. В.²

Кафедра поликлинической терапии № 2 Лечебного факультета, РНИМУ им. Н.И. Пирогова¹, Москва; ФБУН Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора², Москва, Россия

В настоящее время в мире насчитывается более 34 миллионов ВИЧ- инфицированных пациентов. На конец марта 2012 года по данным Федерального МНЦ ПБ СПИД на территории РФ проживают более 550000 ВИЧ- инфицированных и большинство из них моложе 30 лет. Одним из факторов, влияющих на более частое развитие сердечно-сосудистых

заболеваний у данной группы пациентов, является повышение уровней маркеров воспаления, возникающее на фоне постоянной персистенции вируса в организме.

Цель: определение уровней маркеров воспаления – фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) и гомоцистеина у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 174 пациента, в возрасте от 25 до 40 лет без сердечно-сосудистой патологии, без хронических воспалительных заболеваний печени и почек. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая группа – 40 пациентов без ВИЧ-инфекции, 2-ая группа – 20 пациентов с ВИЧ-инфекцией, не получающих антиретровирусную терапию (АРВТ), 3-ая группа – 114 ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих АРВТ в настоящее время. Уровень ФНО- α определялся методом иммуноферментного анализа с использованием реактивов фирмы Вектор-Бест. Уровень гомоцистеина определялся при помощи автоматического анализатора Immulite-2000 с применением реактивов фирмы Immulite.

Результаты. Уровень ФНО- α достоверно различался между пациентами без ВИЧ – инфекции и ВИЧ-инфицированными пациентами, также имелось достоверное различие по уровню ФНО- α между ВИЧ-инфицированными пациентами, не получающими АРВТ и получающими АРВТ [1-ая группа: 1,3 (0,6–2,6) пг/мл, 2-ая группа: 4,05 (2,9–9,95) пг/мл, 3-ая группа: 2,17 (1–2,7) пг/мл ($p < 0,05$)]. Уровень гомоцистеина достоверно различался между пациентами без ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированными пациентами, как получающими АРВТ, так и не получающими АРВТ [1-ая группа: 12,1 (10,2–17,4) мкмоль/л, 2-ая группа: 12,8 (9,52–15,6) мкмоль/л, 3-ая группа 12,85 (10,5–15,4) мкмоль/л ($p < 0,0001$)].

Выводы. Между пациентами с ВИЧ-инфекцией и пациентами без ВИЧ-инфекции имеется достоверное различие по уровню маркеров воспаления. Повышение уровня маркеров воспаления приводит к увеличению суммарного сердечно-сосудистого риска среди ВИЧ-инфицированных пациентов. Учитывая, что повышение данных маркеров отмечается как среди ВИЧ-инфицированных пациентов, не получающих АРВТ, так и среди пациентов, получающих АРВТ, то можно сделать вывод о том, что их повышение их уровня связано с персистенцией вируса, а не с воздействием АРВТ. Наоборот, снижение уровня ФНО- α на фоне АРВТ говорит о положительном влиянии АРВТ на уровень хронического воспаления, что вероятно снижает суммарный сердечно-сосудистый риск.

282 СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АССОЦИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шабанова О. А., Литвинова Т. А., Шабанова Л. В., Болотнова Т. В.

ГОУ ВПО Тюменская медицинская академия, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», Тюмень, Россия

Сочетанные соматические болезни являются одной из актуальных проблем современной медицины, особенно в пожилом возрасте.

Цель: изучение состояния внутрисердечной гемодинамики у пациентов старше 60 лет с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы: обследованы две группы больных – пациенты пожилого возраста с ИБС в ассоциации с АГ и ХОБЛ в количестве 22 человек и пациенты пожилого возраста с ИБС в сочетании с АГ – 20 человек.

Методы обследования: общеклинические, биохимические и инструментальные (ЭКГ, ЭХОКГ, суточное мониторирование АД и ЭКГ, спироэргометрия, спирография).

Результаты. При оценке выраженности клинической картины и данных объективного и инструментального обследования

у больных пожилого возраста с тройственной патологией (ИБС, АГ и ХОБЛ) выявляется более высокий функциональный класс ХСН, увеличение больных с низкой фракцией выброса, рестриктивным типом диастолической дисфункции, умеренным повышением давления в системе легочной артерии (78%).

Наличие ХОБЛ у больных ИБС проявляется тремя основными вариантами течения: стенокардитическим (30%), бронхообструктивным (12%), безболевым (58%).

При оценке данных спирографии и спироэргометрии снижение показателя ЖЕЛ при сохраняющемся на прежнем уровне ОФВ₁ наводит на мысль о прогрессировании застойных явлений в малом круге кровообращения. По результатам эхокардиоплеврографического исследования у 34% больных пожилого возраста при сочетании ИБС с АГ и ХОБЛ процессы ремоделирования обоих желудочков были максимально выражены, тогда как у пациентов старше 60 лет с ИБС и АГ эти же проявления выражены в меньшей степени либо отсутствуют.

Таким образом, установлено, что у больных старше 60 лет с ИБС в ассоциации с АГ и ХОБЛ при оценке внутрисердечной гемодинамики отмечается нарастание давления в легочной артерии, снижение сократительной способности миокарда, диастолическая дисфункция, преимущественно, по рестриктивному типу, а также ремоделирование как правого, так и левого желудочков.

283 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭКТОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шварц Р. Н.¹, Илов Н. Н.², Панова Т. Н.¹

ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России¹, Астрахань; ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии², Астрахань, Россия

Цель: выявить влияние изменения показателей вариабельности сердечного ритма на активность эктопических очагов у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование были включены 233 пациента с артериальной гипертензией (АГ) с 1 и 2 степенью повышения артериального давления. Пациентам (при отсутствии противопоказаний – кризовое течение АГ) за 2 недели до исследования отменялись антигипертензивные препараты (отмывочный период). Проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ на аппарате Astrocord® Holtersystem 2F, Медилор, Россия. Каждый час мониторирования оценивалось количество желудочковых (ЖЭС) и суправентрикулярных (СВЭ) экстрасистол, среднечасовые показатели вариабельности сердечного ритма (MeanNN, ModeNN, SDNN, SDNNi, RMSSD, NN50, pNN50, VLF, LF, HF, LF/HF). Статистический анализ проводился при помощи пакета программ Statistica 7.0 (Statsoft). Учитывая приближенное к нормальному распределение признаков (по критерию Шапиро-Уилка), использовался многофакторный линейный регрессионный анализ с применением прямой пошаговой процедуры (forward stepwise). Для оценки влияния показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) на количество ЖЭС и СВЭ использовался бета-коэффициент (β), при его отрицательном значении уменьшение величины показателя ВСР приводит к увеличению количества ЖЭС или СВЭ, при положительном – при увеличении значения показателя ВСР, уменьшается эктопическая активность. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы об отсутствии различий был принят равным 0,05.

Результаты: при оценке ЖЭС статистически достоверные показатели β были получены для следующих показателей ВСР: RMSSD ($\beta = -0,3649$, $p < 0,001$), HF ($\beta = -0,1833$, $p = 0,003$), NN50 ($\beta = -0,1215$, $p = 0,019$), LF/HF ($\beta = 0,1140$, $p < 0,001$). Приведенные данные свидетельствуют, что при снижении

значений показателей RMSSD, HF, NN50 (отражают, вагусные влияния на сердечную деятельность) и увеличении показателя LF/HF (показатель вегетативного баланса) увеличивается количество ЖЭС.

При анализе количества СВЭ отмечается противоположная динамика: RMSSD ($\beta=0,5478$, $p<0,001$), NN50 ($\beta=0,4880$, $p<0,001$), pNN50 ($\beta=0,3533$, $p=0,004$), HF ($\beta=0,2796$, $p<0,001$). Это позволяет утверждать, что при увеличении значений показателей ВСР, преимущественно отражающих вагусные влияния (RMSSD, NN50, pNN50, HF), увеличивается и количество СВЭ.

Вывод. У больных АГ с 1 и 2 степенью повышения артериального давления увеличение количества ЖЭС происходит при смещении вегетативного баланса в сторону гиперсимпатикотонии и, как следствие этого, снижении сдерживающих влияний вагуса на сердечную деятельность; активность же суправентрикулярных эктопических очагов, напротив, увеличивается при гиперпарасимпатикотонии.

284 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА БРАДИКИНИНА 2 ТИПА

Шевченко О. В., Бородин В. Б.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Существенным прорывом в понимании функций калликреин-кининовой системы явилось открытие и изучение рецепторов брадикинина. Многообразное биологическое действие брадикинина осуществляет в основном при взаимодействии с брадикининовыми рецепторами 2 типа, которые экспрессируются в различных тканях, в том числе и в эндотелии сосудов. Активация рецепторов приводит к мобилизации внутриклеточного кальция с последующим активированием протеинкиназы C, запускающей каскад передачи сигнала внутри клетки через вторичные мессенджеры, такие как оксид азота, циклический гуанозинмонофосфат, простагландины, поступление которых в гладкомышечные клетки обеспечивает процесс сосудистой релаксации.

Ген рецептора 2 к брадикинину (BKR2) расположен на длинном плече 14-й хромосомы в локусе 14q32.1-q32.2. Размер белкового продукта гена BKR2 составляет 55 кДа. На сегодняшний день известно два полиморфных варианта в гене брадикининового рецептора: это замена в -58 позиции тимина на цитозин (-58T>C) и инсерция/делеция 9-ти нуклеотидов в 1-м экзоне (I/D полиморфизм). По данным литературы известно, что аллели C и I указанных полиморфизмов могут быть ассоциированы с артериальной гипертензией.

Цель: изучение полиморфизмов гена BKR2 у больных артериальной гипертензией и здоровых лиц.

Первую группу обследуемых составили 20 больных артериальной гипертензией (АГ) I–III стадий в возрасте от 20 до 55 лет, вторую группу – 20 здоровых добровольцев без признаков АГ соответствующего возраста. ДНК, предварительно выделенную из периферической крови участвующих в исследовании лиц, изучали с помощью трехмерных гидрогелевых биочипов (институт молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН, Россия). Метод с использованием ДНК-чипов основан на гибридизации в микроячейках биологического чипа; позволяет анализировать одновременно несколько десятков полиморфных вариантов генов с точностью более 99%.

При изучении полиморфных вариантов в гене брадикининового рецептора 2 типа в обеих группах выявлено, что гетерозиготный вариант C/T встречается с одинаково высокой частотой (72% в группе больных АГ и 85% в группе здоровых). У больных АГ гомозиготное носительство мутантной аллели C/C обнаружено в 22% образцов ДНК, гомозиготное носительство немутантной аллели T/T лишь в 6% образцов. В группе здоровых лиц гомозиготные варианты C/C и T/T распределились примерно одинаково – 8% и 7%, соответственно. Предположительно, у носителей T-аллели экспрессия гена выше, чем у носителей C-аллели. Высокая экспрессия гена обуславливает появление большего числа рецепторов на клетку, а значит и более выраженную вазодилатацию.

Авторы полагают, что гомозиготное носительство аллели C/C в гене брадикининового рецептора (-58 T>C) может быть ассоциировано с артериальной гипертензией. Это предположение требует дальнейшего изучения в рандомизированных молекулярно-генетических исследованиях с большим количеством пациентов.

285 ФАРМАКОИНВАЗИВНАЯ РЕПЕРFUЗИЯ В СРАВНЕНИИ С ПЕРВИЧНЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ОКС СО СТОЙКИМ ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Шимкевич А. М., Габинский Я. Л., Перминов М. Г.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия

Цель: выявление преимуществ и недостатков комбинации двух тактик лечения острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST ЭКГ – первичным ЧКВ и фармакоинвазивной реперфузией (ФИР) в контексте возрастных особенностей пациентов.

Материал и методы. В исследование вошло 208 пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ, без перенесенного ранее инфаркта миокарда. Все пациенты получили экстренную помощь в лаборатории катетеризации сердца ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии». Среди них: 137 (65,9%) мужчин, 71 (34,1%) женщина в возрасте от 44 до 84 лет, средний возраст $61,5 \pm 11,6$ лет). Время от начала болевого синдрома, как до ТЛТ, так и до ЧКВ, не более 12 часов. 104 пациентам среднего возраста $62,2 \pm 11,6$ лет было проведено первичное ЧКВ, другим 104 пациентам среднего возраста $60,8 \pm 11,6$ лет ЧКВ было проведено после предшествующей ТЛТ. В исследовании пациенты разделены на четыре группы: 1) с первичным ЧКВ от 45 до 59 лет (пациенты среднего возраста, $n=52$), средний возраст $52,2 \pm 5,6$ лет, 2) с первичным ЧКВ от 60 до 89 лет (пациенты пожилого и старческого возраста, $n=52$, в том числе 75 лет и старше – 23 пациента), средний возраст $72,2 \pm 6$ лет, 3) с фармакоинвазивной реперфузией от 45 до 59 лет ($n=52$), средний возраст 51 ± 6 лет, 4) с фармакоинвазивной реперфузией от 60 до 89 лет ($n=52$, в том числе 75 лет и старше – 21 пациент), средний возраст $70,6 \pm 6,5$ лет.

Результаты. В группе исследования многососудистая патология выявлена у 158 (76%) человек, патология в одном сосуде у 46 (22,1%) пациентов, отсутствие гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий у 2 (1,3%). Оклюзия коронарной артерии сохранялась у 106 (51%) пациентов. В группе первичной ЧКВ кровотоки TIMI 0 в инфарктзависимом сосуде имел место в 81 (79,4%) случае, а у пациентов с ФИР в 28 (26,9%) случаях ($p<0,05$). По числу пациентов со стентированием наибольшее различие имели пациенты средней возрастной группы, которым в 96,2% случаев имплантированы стенты при первичном ЧКВ и только в 65,4% при ФИР ($p<0,05$). Госпитальная летальность в группе исследования составила 5,3%. В группе ФИР летальность была ниже, чем в группе с первичным ЧКВ, 4,9% против 5,8%, соответственно, но не была статистически достоверной ($p > 0,05$). У пациентов среднего возраста в обеих группах она составила 1,9%, у пациентов пожилого и старческого возраста в группе ФИР 7,7% против 9,6% в группе первичной ЧКВ ($p>0,05$).

Выводы.

1. Стратегия фармакоинвазивной реперфузии статистически не достоверно снижала госпитальную летальность у лиц пожилого и старческого возраста ($p>0,05$), не влияя на показатели летальности у пациентов среднего возраста.

2. Тромболитическая терапия, предшествующая ЧКВ, позволяет уменьшить число имплантированных стентов в обеих группах сравнения ($p<0,05$), позволяя выбрать более адекватную стратегию лечения ИБС, особенно у пациентов среднего возраста с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ.

286 РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ

Шкловский Б. Л., Бакшеев В. И., Ойноткинова О. Ш.
ФБУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого Минобороны России», Красноярск, Россия

Цель: оценка результатов обучения больных с сочетанной патологией (ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с инсулинозависимым сахарным диабетом (ИНСД) в условиях крупного медицинского объединения.

Материал и методы. Методом случайной выборки рандомизировано 319 пациентов: 1 группа больные ИБС в сочетании с ИНСД ($n=165$) прошли обучение в школе для больных с сочетанными заболеваниями, 2 группа ($n=154$) – пациенты с ИБС, не участвующие в образовательной программе. Всем больным было проведено комплексное клиническое – инструментальное обследование, оценка качества реабилитационных мероприятий после интервенционных вмешательств и динамического трехлетнего наблюдения в филиалах объединения, проведена оценка качества жизни. Образование пациентов проводилось по разработанной нами программе (12 занятий). В обследование не включались пациенты со вторичной артериальной гипертензией, дисциркуляторной энцефалопатией III ст. с интеллектуально-мнестическими нарушениями, хронической сердечной недостаточностью IV ФК, хронической почечной недостаточностью III ст.

Результаты. Обучение пациентов в школе для больных с сочетанной патологией (ИБС + ИНСД) показало: осведомленность о наличии сочетанного заболевания (СЗ) возросла с 59,4% до 100,0% через 12 мес. и оставалась высокой через 36 мес. ($p<0,05$). Информированность о факторах риска развития СЗ возросла с 33,9% до 100,0% через 12 мес. и оставалась высокой (96%) через 36 мес. ($p<0,05$). Госпитализация по неотложным показаниям снизилась с 57,6% до 41,9% через 12 мес. и 43,6% через 36 мес. ($p<0,05$). Самостоятельный контроль уровня глюкозы и артериального давления увеличился с 59,4% (до начала обучения) до 98,2% и 96,3% через 12 мес. и 36 мес., соответственно. ($p<0,001$). Качество жизни улучшилось с 46,7% до 87,7% и 91,3% пациентов через 12 мес. и 36 мес., соответственно ($p<0,001$). Приверженность к лечению увеличилась с 52,1% до 94,5% и 100,0% соответственно ($p<0,001$). Побочные эффекты медикаментов уменьшились с 32,7% (перед началом обучения) до 11,0% через 12 мес. и увеличились до 15,6% через 36 мес., но достоверно ($p<0,001$) оставались ниже, чем до начала обучения. У пациентов контрольной группы подобных положительных сдвигов не отмечалось.

Выводы. Обучение больных ИБС в сочетании с ИНСД в школе пациентов с сочетанными заболеваниями приводит к увеличению осведомленности и информированности о факторах риска развития СЗ, уменьшению госпитализации по поводу осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и ИНСД в 1,4 раза, снижению побочных эффектов медикаментозной терапии, увеличению приверженности к терапии и улучшению качества жизни пациентов.

287 ПОЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ИЛИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕПЕРFUЗИИ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шовкун Т. В., Ярных Е. В., Хаваева А. А., Иоселиани Д. Г., Чернышова И. Е.
НПЦИК, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность поэтапной реабилитации больных ОИМ после эндоваскулярной и медикаментозной реперфузии, выполненной в первые часы заболевания.

Материал и методы. В исследование включены пациенты с ОИМ, прошедшие 3 этапа медицинской реабилитации. Обследовано 225 пациентов обоего пола в возрасте 29–70 лет (средний возраст 55 ± 5 лет). На стационарном этапе выполнялась экстренная медикаментозная и/или эндоваскулярная реперфузия. На санаторном этапе проводились ФТ (ЛФК, дозированная ходьба), физиотерапевтические процедуры, медикаментозная и диетотерапия, образовательная программа «Школа» и психологическая реабилитация. Продолжительность санаторного этапа 14–19 дней. Амбулаторно-поликлинический этап на базе КДП продолжался 4–12 недель, в зависимости от заболевания и имеющихся осложнений. Основа реабилитации – регулярные ФТ (ВТ, ЛФК, ДХ.). Продолжительность тренировки 60 минут, частота 3 раза в неделю. Уровень нагрузки, тренировочный пульс рассчитывались по результатам ВЭМП. По образовательной программе «Школа для больных ИБС» и психологической реабилитации занятия проводились групповым методом с частотой 1–2 раза в неделю, продолжительность 90 минут, курс – 5 недель.

Результаты. Восстановление кровотока по ИОА было достигнуто в 97% случаев. Проводилась медикаментозная терапия, направленная на предупреждение осложнений и стабилизацию состояния больного. Особенностью первого этапа реабилитации явилась ранняя активизация больных и ранний (через 5–7 дней) перевод больных на 2 этап, в загородное отделение «Быково». При поступлении на амбулаторный этап, у 62 пациентов с неполной реваскуляризацией сохранялись приступы стенокардии, 104 пациента имели 2 и более ФР. Все пациенты получали: Б-блокаторы, антиагреганты, статины, ИАПФ, нитраты по показаниям. У 182 пациентов. (81%) после проведения комплексной реабилитации через 3–6 месяцев от начала заболевания отмечен прирост продолжительности выполнения нагрузки (на 3 и более минуты), увеличение мощности пороговой нагрузки на I и более нагрузочную ступень по результатам ВЭМП. Положительный клинический эффект отмечался у 211 пациентов. (94%), у 14 пациентов. (6%) – отсутствие эффекта. У 168 пациентов (75%) улучшение психологического статуса (по госпитальной шкале тревоги и депрессии). Улучшение сократимости миокарда, по результатам ЭхоКГ, у 90 пациентов. (40%). Достижение целевого уровня липидов – у 62%, ЧСС – у 65%, АД – у 72% больных. 175 пациентов (78%) вернулись к труду.

Выводы. После курса комплексной реабилитации на более ранних сроках восстанавливается физическая работоспособность больных, улучшается клиническое течение ИБС, психологический статус и качество жизни, уменьшается количество принимаемых лекарств. В большинстве случаев восстанавливается профессиональная трудоспособность. Кардиореабилитация и вторичная профилактика снижают смертность, замедляют прогрессирование атеросклероза, уменьшают частоту последующих коронарных событий и повторных госпитализаций.

288 ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Шодикулова Г. З., Ярмухамедова С. Х., Курбанова З. П.
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Оценка степени тяжести недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у больных с врожденным пролапсом митрального клапана (ПМК) относится к сложным вопросам в современной клинике внутренних болезней (Ferrara N. 2005). Это обусловлено многообразием клинических проявлений со стороны различных органов и систем,

и в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы (Paulus W.J. 2001). Важное место в этой проблеме занимает возраст пациента. Частота выявления НДСТ, по данным литературы, среди лиц молодого и юношеского возраста достигает 80% (Barret, Kirtley M. 1991).

Среди важных причин прогрессирования НДСТ у больных с врожденным ПМК рассматривают развитие дисфункции эндотелия (ДЭ), что связывают с дисбалансом полиморфизма генов белков экстрацеллюлярного матрикса (Бражник В.А., Затеишиков Д.А. 2003).

Цель: оценка функции эндотелия в зависимости от степени тяжести НДСТ у больных с врожденным пороком митрального клапана.

Материал и методы. В обследование было включено 86 лиц, в том числе 36 (41,9%) мужского и 50 (58,11%) женского пола в возрасте от 15 до 25 (19,9±1,42) лет с этиологическими признаками (идиопатического, врожденного) ПМК. В группы обследования включены 41 (47,7%) пациентов с ПМК с регургитацией I степени (16 мужчин и 25 женщин) — 1 группа, и 45 (52,3%) пациентов, в том числе 20 мужчин и 25 женщин со 2 степенью регургитации — 2 группы.

Результаты. В 1-й группе пациентов в сыворотке крови отмечается увеличение экспрессии ONO_2^- , активности $i\text{NOS}$ по сравнению с данными в контроле на 21,1 и 19,7% ($p<0,05$). Вместе с тем, такие показатели, характеризующие функцию эндотелия — NO , $e\text{NOS}$, а также процессы ангиогенеза — VEGF и VEGFR-2 были в пределах контрольных значений. В пределах контрольных значений в этой группе пациентов оставалась также активность ЭТ-1. Так, у пациентов 2-й группы в сыворотке крови уровень NO статистически значимо оказался выше — на 34,4% ($p<0,01$), чем в контроле, несмотря на то что активность фермента $e\text{NOS}$ была ниже — на 18,7% ($p<0,05$). В этой группе пациентов показатели в крови $i\text{NOS}$, ONO_2^- и ЭТ-1 были выше, чем в контроле на 36,4% ($p<0,01$), 45,1% ($p<0,001$) и 23,0% ($p<0,05$) соответственно. Одновременно высокими были показатели, характеризующие процессы ангиогенеза — VEGF и VEGFR-2 — на 27,4 и 23,1% ($p<0,02$ и $0,05$). Исходя из полученных данных, можно предположить, что высокая концентрация NO в сыворотке крови пациентов 2 группы обусловлена активацией $i\text{NOS}$, так как фермент $e\text{NOS}$ был угнетен. Увеличение продукции VEGF и VEGFR-2 — показателей ангиогенеза нами расценивается как компенсаторно-приспособительная реакция тканей организма, адаптацию его в создавшихся условиях для поддержания функции сердца у пациентов с врожденным ПМК и 2-й степенью регургитации клапанного аппарата сердца.

Таким образом, у пациентов с врожденной ПМК 1-й и 2-й степени регургитации в патогенезе НДСТ лежат процессы эндотелиальной дисфункции (ЭД), обусловленные дисбалансом в NO -системе.

289 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ СО СТЕПЕНЬЮ РЕГУРГИТАЦИИ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОЛОПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Шодикулова Г.З., Ташкенбаева Э.Н., Абдуллаев Р.И.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Врожденный (идиопатический, аномальный) пролапс митрального клапана (ПМК) — это генетическая детерминированная форма заболевания, относящаяся к недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). К особенностям НДСТ в юношеском (от 15–17 лет) и в молодом возрасте у пациентов с врожденными ПМК относят вегетативную дисфункцию, синдром хронической усталости, иммунные расстройства, аномалии развития клапанного аппарата сердца, клапанных пролапсов и регургитации (Yamazaki T., Komuro I.2001).

Цель: оценка активности некоторых ферментов антиоксидантной системы в зависимости от степени регургитации у больных с врожденным пороком митрального клапана.

Материал и методы. В популяционное обследование изучали данные исследования 86 лиц, в том числе 36 (41,9%) мужского и 50 (58,11%) женского пола в возрасте от 15 до 25 (19,9±1,42) лет с этиологическими признаками (идиопатической, врожденной) ПМК. Диагноз устанавливали на основании классификации Т.И. Кадуриной и был подтвержден данными ЭхоКГ. В группы (гр) обследования включены 41 (47,7%) пациентов с ПМК, с регургитацией I степени (16 мужчин и 25 женщин) — 1 гр., а также 45 (52,3%) пациентов (20 мужчин и 25 женщин) со 2 степенью регургитации — 2 гр. В обследование не включали лиц с вторичным характером ПМК при тщательном изучении анамнестических данных и результатов инструментального обследования.

Результаты. В 1й группе пациентов в сыворотке крови отмечается высокая активность ферментов антирадикальной защиты — СОД и КТ — на 26,8 и 33,3% ($p<0,02$ и $0,01$) по отношению к контрольной группе. Анализируя полученные данные можно представить, что у пациентов 1 гр. высокая активность СОД и КТ в состоянии компенсировать процессы инактивации O_2^- , тем самым удерживать, хотя и не стабильно высокий уровень $i\text{NOS}$ и ONO_2^- . При этом могут истощаться потенциальные запасы ферментов обеспечивающих антирадикальную защиту эндотелия.

У пациентов 2 гр. показатели активности ферментов антирадикальной защиты СОД и КТ были в пределах контрольных значений, но существенно ниже на 28,3 и 29,5% ($p<0,02$ и $0,01$), чем в 1 гр. пациентов. Такая логика событий указывает на, что возможно, имеется связь между недостаточной активностью ферментов антирадикальной защиты и степенью поражения дисфункции эндотелия.

Таким образом, у пациентов с НДСТ в сыворотке крови отмечается различный уровень активности ферментов системы антирадикальной защиты. Высокая активность ферментов СО и КТ, у пациентов с 1 ст. регургитации и существенное снижение ферментов СОД и КТ у больных с 2 ст, которое свидетельствует об истощении компенсаторных механизмов организма.

290 СТРУКТУРНЫЕ МАРКЕРЫ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С «БОЛЬШИМИ» ФАКТОРАМИ РИСКА

Шуленко К.С., Бовтюшко П.В., Свистов А.С., Филиппов А.Е., Козьявин Н.А.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить величину комплекса «толщина интимы-меди» (ТИМ) общей сонной и бедренной артерий в изолированной выборке мужчин, не имеющих клинических признаков атеросклероза, и изучить ее взаимосвязь с традиционными факторами риска (ФР).

Материал и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования состояния здоровья социально однородной группы мужчин ($n=207$), находящихся под диспансерным динамическим наблюдением на протяжении 10 лет. Возраст пациентов по данным первичного обследования составил от 22 до 62 лет, из них до 50 лет — 32%, от 50 лет и старше — 68%. Общее количество валидных наблюдений за 10-летний период времени составило 2414. Каждый пациент проходил углубленное медицинское обследование, включавшее сбор жалоб, врачебный осмотр, общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, регистрацию ЭКГ, ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца и внутренних органов живота, щитовидной железы, консультации специалистов (кардиолога, эндокринолога и сосудистого хирурга) не реже двух раз в год. Для оценки структурных признаков субклинического атеросклероза использовалось УЗИ общих сонных (ОСА) и бедренных артерий (БА). Факт субклинического атеросклероза устанавливался лишь в том случае, если средняя величина ТИМ была равна или превы-

шала ее среднее значение в 75-м перцентиле с коррекцией по возрасту и полу (Манхеймский консенсус 2008 г).

Результаты. На первом этапе мы оценили возрастную динамику ТИМ в подгруппе 10-летних наблюдений низкого риска (без ФР). Для ОСА ее предельное значение (75-й перцентиль) составило 0,60 мм в возрасте до 40 лет, 0,70 — от 40 до 50 лет, 0,80 мм — от 50 до 60 лет. Иными словами, возрастная динамика ТИМ характеризовалась ее утолщением на 0,10 мм в каждое десятилетие жизни или на 0,01 мм в год. Сходные данные были получены и по величине ТИМ БА. Частота увеличения ТИМ выше возрастной нормы в ОСА составляла 14,9% и в БА — 29,4%. Из 2414 наблюдений увеличение ТИМ более 75-го перцентиля хотя бы в одном сосудистом бассейне (ОСА и/или ОБА) регистрировалось в 35,1% случаев и в 10,4% случаях результаты исследований бассейнов СА и БА совпадали. Анализ частоты выявления признаков субклинического атеросклероза по ТИМ ОСА и/или БА $\geq$ 75 перцентиля показал, что в возрасте от 20 до 39 лет он встречается в 12% случаев, а у лиц старше 60 лет — в 62% случаев. Частота выявления случаев систолической артериальной гипертензии (АГ) в подгруппе лиц с величиной ТИМ >75 -го перцентиля составляла 30%, тогда как у лиц с величиной ТИМ в пределах возрастной нормы — только в 14,2% случаев ($p < 0,01$). Частота выявления гиперхолестеринемии при величине ТИМ более или менее 75-го перцентиля составляла 64,5% и 54,7%, соответственно ($p < 0,05$). Расчет зависимости ТИМ от «больших» ФР показал, что такие ФР как возраст, уровень систолического АД и общего холестерина (ХС), являющиеся главными составляющими принятых моделей стратификации суммарного сердечно-сосудистого риска, значимо связаны с отмеченным показателем. В то же время, в 68% случаев ее величина зависит от других ФР.

291 ПЛЮРИПОТЕНТНЫЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ ЧЕЛОВЕКА — ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ПОИСКА НОВЫХ ЛЕКАРСТВ И ДЛЯ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шутова М. В., Лагарькова М. А., Киселев С. Л.

Институт общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН, Москва, Россия

Плюрипотентные стволовые клетки способны к неограниченному числу делений и к дифференцировке во все типы клеток организма.

К плюрипотентным клеткам относятся как эмбриональные стволовые клетки (ЭСК) так и индуцированные плюрипотентные стволовые клетки (ИПСК).

Дифференцированные производные плюрипотентных клеток человека имеют перспективу использования для восстановления тканей при широком спектре заболеваний, связанных с утратой клетками возможности нормально функционировать. К таким заболеваниям относятся повреждения ЦНС, заболевания сердца, нейродегенеративные заболевания, диабет, заболевания опорно-двигательного аппарата и другие. Трансплантация производных плюрипотентных клеток человека могла бы существенно помочь в решении данных проблем. Важной особенностью ИПСК является то, что их можно получать от любого пациента. Клеточные модели на основе ИПСК и ЭСК, помимо разработки протоколов получения специализированных клеток (в том числе клеток сердца и сосудов) для клеточной терапии, могут применяться для разработки тест-систем как при поиске лекарственных средств для лечения болезней сердца и сосудов, так и для оценки кардиотоксичности новых лекарств.

Нами было получено и охарактеризовано несколько линий индуцированных плюрипотентных стволовых клеток из фибробластов кожи и эндотелия пупочной вены человека. Показано, что полученные ИПСК имеют нормальный кариотип, экспрессируют маркеры плюрипотентных клеток, способны дифференцироваться в клетки всех трех зародышевых листков, включая клетки эндотелия и кардиомиоциты.

292 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ

Шербакова О. А., Кочевая Н. В., Звягинцева Д. А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: выявить факторы риска сердечно-сосудистой патологии у школьников старших классов.

Материал и методы. Проведено одномоментное обследование 73 школьников (40 мальчиков, 33 девочек) в возрасте $17,1 \pm 0,6$ лет. Программа исследования включала проведение анонимного анкетирования с целью выявления качества жизни в подростковой популяции, измерение параметров артериального давления, антропометрию (рост, вес), определение уровня глюкозы и холестерина в плазме крови натощак, ретроспективный анализ формы 112/у. Психосоциальный статус оценивали с помощью шкалы депрессии ДЕПС. По совокупности обработанных данных анкетирования и лабораторных изменений были выделены шесть групп факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у школьников старших классов: нарушение питания, физической активности, наличие наследственной предрасположенности, вредных привычек, психоэмоциональных изменений, гипергликемии и гиперхолестеринемии. Статистическая обработка проведена с помощью программы EXEL.

Результаты. Установлено, что 60% подростков не имели представление о рациональном питании. При анализе 2-й группы показателей, отражающей физическую активность школьников, выявлено 46% юношей и 54% девушек, ведущие гиподинамичный образ жизни. По группе вопросов, оценивающих наследственную предрасположенность по ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарному диабету, установлено, что у 37% школьников анамнез был отягощен. 60% подростков имели курящих родителей, 45% — постоянно находятся в обществе курящих друзей, 65% (с незначительной разницей по полу) эпизодически увлекаются курением и 25% — регулярно курят. Преобладающей частью обследуемых оказались подростки, которые начали употреблять алкогольные напитки с 14-летнего возраста. Выявлено, что 40% опрошенных испытывали симптомы депрессии, 18% подростков отмечали наличие тревожности, 10% — суицидальных мыслей, 20% — нарушение сна и только у 12% школьников нарушения психоэмоционального статуса отсутствовали, причём, 23% ребят отмечали сочетание данных состояний. По результатам лабораторного обследования в 30% случаев в подростковой популяции обнаружена гипергликемия натощак ($6,5 \pm 0,4$ ммоль/л) и в 10% случаев — гиперхолестеринемия ($5,6 \pm 0,5$ ммоль/л). У 5% обследуемых было выявлено повышение систолического артериального давления (135 ± 15 мм рт.ст.), при этом изменение диастолического не отмечалось.

Выводы. Таким образом, установлено, что основные факторы формирования сердечно-сосудистой патологии имеются уже у подростков школьного возраста. В связи с этим появляется необходимость проведения целенаправленной профилактики данных заболеваний путем формирования и внедрения в учебных заведениях программ или так называемых «школ здоровья», призванных осуществлять эти цели.

293 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ И ПОСЛЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Элтаназаров М. Д., Самадов Ш. Х.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) всё чаще проявляется стенокардией напряжения течение, которого зависит

от выраженности и частоты ангинозных приступов, условия и факторов, приводящих к усугублению течения заболевания. Качество жизни (КЖ) при сердечно-сосудистых заболеваниях в особенности ИБС осложненной полной атриовентрикулярной (АВ) блокадой недостаточно изучены, хотя в последние годы широко используется различных опросников для оценки КЖ. В настоящее время для этого чаще всего используют опросник SF-36, посредством которого можно не только определить большинство компонентов физического и психологического здоровья, но и использовать полученные данные для оценки эффективности постоянной электрокардиостимуляции (ЭКС) у больных с полной АВ-блокадой.

Цель: изучение особенностей клинического течения больных стенокардией напряжения и оценка качества жизни на фоне полной АВ-блокады и через месяц после начала имплантации постоянного одно- и двухкамерного электрокардиостимулятора.

Материал и методы. Обследовано 32 больных ИБС (19 женщин; 13 мужчин) со стенокардией напряжения в возрасте от 58 до 92 лет (в среднем $75,7 \pm 1,5$ г.). Диагноз стенокардии и полной АВ-блокады выставляли на основании клинико-электрокардиографических данных. 18 больных страдали стенокардией напряжения II функционального класса (ф.кл.), 14 больных — стенокардией напряжения III ф.кл. Частота желудочковых сокращений на фоне полной АВ-блокады в среднем составляла $37,8 \pm 0,9$ уд/мин. 20 больным были имплантированы ЭКС в режиме VVI, 12 больным — двухкамерные ЭКС в режиме DDD. Частота стимуляции в среднем составила $60,5 \pm 0,5$ имп/мин. Практически у всех больных вместо места проявления сердечной недостаточности (СН) II–III ф.кл. (NYHA),

для изучения тяжести клинического течения и толерантности к физической нагрузке проводилась тест 6 минутной ходьбой на фоне полной АВ-блокады и через месяц от начала постоянного ЭКС. КЖ изучали с помощью опросника “SF-36” с оценкой физического функционирования (Physical Functioning — PF), ролевого ограничения, связанного с физическим состоянием (Physical Functioning — RP), физической боли (Bodily pain — BP), общего здоровья (General Health — GH), жизнеспособности (Vitality — VT), социальной роли (Social Functioning — SF), эмоциональной роли (Role-Emotional — RE) и психического здоровья (Mental Health — MH).

Результаты. У всех больных исходно на фоне полной АВ-блокады была выявлена низкая толерантность к физической нагрузке, обусловленная стенокардией напряжения, либо сердечной недостаточностью. На фоне постоянной желудочковой стимуляции в режиме VVI увеличилась толерантность к физической нагрузке. Результаты теста с 6-минутной ходьбой вне зависимости от метода стимуляции: исходно — $289 \pm 34,2$ м; после имплантации ЭКС — $342,2 \pm 34,2$ м, ($p < 0,05$); через месяц от момента имплантации постоянного ЭКС — $397 \pm 35,2$ м ($p < 0,01$). Снизилось число приступов стенокардии и выраженность СН. КЖ на фоне полной АВ-блокады существенно различается в зависимости от ф.кл. стенокардии. Выявлено достоверное снижение КЖ по всем шкалам опросника: PF, RP, BP ($p < 0,001$); по шкалам GH, VT ($p < 0,05$); по шкалам SF, RE и MH ($p < 0,001$). Постоянная ЭКС достоверно улучшала КЖ у больных со стенокардией напряжения как II, так и III ф.кл. Отмечено повышение толерантности к физической нагрузке, уменьшение числа приступов стенокардии, снижение потребления коротких нитратов. Сразу после начала постоянной ЭКС больные стали чувствовать себя намного бодрее, чаще вступали в контакт вне зависимости от круга общения. В значительной части случаев нивелировались депрессии и тревожность.

Выводы. У больных стенокардии напряжения вне зависимости от функционального класса полная АВ-блокада приводит к снижению толерантности физической нагрузки и увеличивается кратность приёма короткодействующих нитратов, при этом имеет место обратная зависимость КЖ от функционального класса стенокардии напряжения: чем он выше, тем

ниже качество жизни. Постоянная одно- и двухкамерная ЭКС у больных стабильной стенокардией напряжения и полной АВ-блокадой повышает толерантность к физической нагрузке, снижает число приступов стенокардии и количество потребляемых нитратов короткого действия, достоверно улучшает уровень физического и психологического компонентов здоровья.

294 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ FABP2, PPAR-G2, LEP, LEPR, APO-C3 и RPTN1B У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Юдочкин А. В.¹, Воронько О. Е.², Шарафетдинов Х. Х.¹, Плотнокова О. А.¹

ФГБУ НИИ питания РАМН¹; ФГБУ «ИБМХ» РАМН², Москва, Россия

Цель: изучить частоту распределения аллелей и генотипов полиморфизмов генов FABP2 Ala54Thr, PPAR-G2 Pro12Ala, Lep G-2548A, LepR Arg223Gln, ApoC3 S1/S2 (SstI) и RPTN1B Pro387Leu в русской популяции женщин репродуктивного возраста с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы: обследовано 203 женщины в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $32,5 \pm 0,7$ лет). Согласно критериям диагностики МС (ВНОК, 2009), все пациентки разделены на две однотипные по возрасту группы: основную группу составили женщины с МС ($n=117$), контрольную группу — женщины без МС ($n=86$). Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови фенол-хлороформным методом. Выявление полиморфизмов генов FABP2, Lep, ApoC3 и RPTN1B осуществляли с помощью ПЦР с дальнейшим расщеплением результатов амплификации рестриктазами HspAI для полиморфизмов Ala54Thr гена FABP2 и G-2548A гена Lep, EcoICRI для полиморфизма S1/S2 гена ApoC3, и Bse4I для полиморфизма Pro387Leu гена RPTN1B. Выявление аллельных вариантов Pro12Ala гена PPAR-G2 и Arg223Gln гена LepR осуществлялось с помощью аллель-специфической ПЦР. Детекция продуктов амплификации и рестрикции проводилась с помощью электрофореза в 2%-ном агарозном геле.

Результаты: при исследовании распределения частот аллелей и генотипов отмечено преобладание аллеля Ala гена FABP2 в основной и контрольной группах (77% и 67% соотв.), при этом в основной группе наблюдалось увеличение частоты генотипов Ala/Ala (63%) и Ala/Thr (27%), в контрольной — генотипа Ala/Thr (45%) и Ala/Ala (44%). Для полиморфного маркера Pro12Ala гена PPAR-G2 показано преобладание аллеля Pro (82% в основной группе и 83% в группе контроля) и генотипа Pro/Pro (66% и 69% соотв.), частота гетерозигот составила 32% и 27% соотв. При анализе мутации G-2548A в гене Lep обнаружено преобладание аллеля G в основной группе (53%) и уменьшение его частоты в группе сравнения (47%). Распределение частот генотипов было следующим: A/A — 21%, A/G — 53% и G/G — 26% в основной группе, 24%, 58% и 17% в группе контроля соотв. При исследовании аллельных вариантов S1/S2 гена ApoC3 как в основной, так и в контрольной группах обнаружено преобладание аллеля S1 (87% и 81% соотв.) и генотипа S1/S1 (75% и 63% соотв.), при этом не было выявлено гомозиготных носителей мутантного аллеля S2. Для полиморфного маркера Arg223Gln гена LepR выявлено преобладание частоты мутантного аллеля Gln в основной группе (61%), при относительном снижении его частоты (49%) в группе контроля. Генотип Ala/Gln встречался чаще в обеих группах (51% и 59% соотв.), при этом в группе с МС чаще встречался генотип Gln/Gln (36%) по сравнению с группой контроля (19%). При изучении полиморфизма Pro387Leu гена RPTN1 у 99,5% ($n=202$) обследованных выявлен генотип Pro/Pro, генотип Pro/Leu

выявлен лишь у 0,5% пациентов, что говорит о низкой распространенности данной мутации в русской популяции.

Выводы: впервые получены данные о распределении частот аллелей и генотипов полиморфных маркеров генов FABP2, PPAR-G2, LEP, LEPR, APO-C3 и RPTN1B у женщин репродуктивного возраста русской популяции с МС и без него.

295 ВЛИЯНИЕ АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ И АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССОВ АПОПТОЗА НА ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Яковлева А. С., Миролюбова О. А., Вахрушева Ю. В., Антонов А. Б.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, ГБУЗ Архангельской области «Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич», Архангельск, Россия

Цель: оценить атерогенность дислипидемии, активность процессов апоптоза и их влияние на раннее и позднее постинфарктное ремоделирование миокарда у молодых и пожилых больных.

Материал и методы. У 28 молодых ($42,5 \pm 5,6$ г.) и 56 пожилых больных ($63,0 \pm 7,8$ г.) нефатальным инфарктом миокарда (ИМ) оценивались уровни холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХСЛПВП, ХСЛПНП, отношение ТГ/ХСЛПВП при поступлении, уровни BNP-32, активатора апоптоза sFas-лиганда (sFasL) и ингибитора апоптоза sFas-рецептора (sFas) через 2 недели после ИМ (ИФА), выполнялась ЭХО-КС с расчетом индекса массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ) перед выпиской. Молодые пациенты повторно обследовались через 7,0 ($5,7-10,9$) мес. В контрольную группу были включены 26 здоровых добровольцев ($41,8 \pm 9,7$ г.). Использовалась программа SPSS 18.0 версия.

Результаты. Дислипидемия имела более атерогенный характер в молодом возрасте со значимым отличием лишь уровней ХСЛПВП ($0,86 \pm 0,26$ vs. $0,98 \pm 0,28$ ммоль/л, $p=0,049$). Концентрации sFas значимо не отличались, уровень sFasL у молодых больных ИМ был выше, чем у здоровых лиц: $80,18 \pm 40,54$ vs. $58,39 \pm 25,79$ пг/мл ($p=0,017$). Подобная тенденция имела место и в группе пожилых больных: $67,79 \pm 26,12$ vs. $58,38 \pm 25,79$ пг/мл ($p=0,012$) несмотря на ожидаемое снижение концентрации sFasL с возрастом. Предиктором увеличения КДРЛЖ перед выпиской являлся уровень BNP-32 во временной точке 2 недели: $F=4,662$, $p=0,039$, константа $p<0,001$, BNP-32 $\beta=0,362$, $p<0,001$. Построение регрессионной модели позволило выявить предикторное значение отношение ТГ/ХСЛПВП для иММЛЖ перед выпиской: $F=4,734$, $p=0,040$, константа $p=0,005$, ТГ/ХСЛПВП $\beta=0,429$, $p=0,025$. Через 7,0 ($5,7-10,9$) мес. после ИМ у молодых больных (частота реперфузии при ИМ с элевацией ST – 83,3%) наблюдалось значимое снижение уровня sFas ($22,87 \pm 10,82$ до $13,02 \pm 6,27$ нг/мл, $p=0,005$) и отношения sFas/sFasL ($22,87 \pm 10,82$ до $13,02 \pm 6,27$, $p=0,05$), уровень sFasL незначимо увеличился ($80,18 \pm 40,54$ до $88,10 \pm 14,14$ пг/мл, $p=0,084$). Отношение sFas/sFasL во временной точке 7,0 ($5,7-10,9$) месяцев отрицательно коррелировало с иММЛЖ ($r_s=-0,664$, $p=0,026$) и степенью гипертрофии ЛЖ ($r_s=-0,677$, $p=0,022$), определяемыми в той же временной точке. Концентрация sFas в этой временной точке имела отрицательную взаимосвязь с иММЛЖ: $r_s=-0,609$, $p=0,047$. Предикторами значения иММЛЖ у молодых больных во временной точке 7,0 ($5,7-10,9$) месяцев после ИМ оказались отношение ТГ/ХСЛПВП, определенное в остром периоде ИМ, а также отношение sFas/sFasL, определенное во временной точке 7,0 ($5,7-10,9$) месяцев: $F=3,794$, $p=0,041$, константа $p<0,001$, ТГ/ХСЛПВП $\beta=0,747$, $p=0,023$, sFas/sFasL $\beta=-0,662$, $p=0,037$.

Выводы. Выявлены ассоциации выраженности дислипидемии и процессов апоптоза с иММЛЖ как в раннем, так и в позднем постинфарктном периоде. Учитывая особый вклад дислипидемии в развитие ИМ и признаки активации апоптоза в молодом возрасте, своевременная коррекция этих факторов позволит заниматься профилактикой заболевания и улучшать долгосрочный прогноз больных.

296 ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Якусевич В. В., Петроченко А. С., Абдуллаева С. С., Ослякова А. О.*

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль; Лаборатория по изучению реологии крови и микроциркуляции – Ярославский государственный педагогический университет им. К. Д. Ушинского*, Ярославль, Россия

Цель: комплексная оценка микроциркуляции и гемореологических нарушений пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. В исследование были включены 2 группы обследуемых: практически здоровые добровольцы ($n=52$) и пациенты с хронической сердечной недостаточностью III функционального класса ($n=22$). Диагноз ХСН подтверждался медицинской документацией и результатами обследования. Реологические измерения включали определение кажущейся вязкости плазмы, крови и суспензий эритроцитов со стандартным показателем гематокрита, в разных средах (плазме, физиологическом растворе), определение гематокрита, степени агрегации и показателя агрегации эритроцитов, а также деформируемости эритроцитов. Оценку состояния микроциркуляции в обеих группах производили методом лазерной доплеровской флоуметрии с помощью компьютеризованного анализатора ЛАКК-02 исполнение 4 (НПП «Лазма», Москва). Оценивали показатель микроциркуляции, измеряли показатель фракционного объемного кровенаполнения ткани и средний уровень кислородной сатурации крови микроциркуляторного русла биоткани.

Результаты. В группе пациентов с тяжелой ХСН выявлены достоверно более высокие значения вязкости цельной крови при низких напряжениях сдвига (на 61%, $p<0,001$). Это было обусловлено как более высокими показателями вязкости плазмы (на 39,1%, $p<0,001$) в сравнении с контролем, так и значительно измененными микрореологическими свойствами (повышенной агрегируемостью и тенденцией к снижению деформируемости эритроцитов). Степень агрегации эритроцитов была на 91% выше ($p<0,001$), чем у здоровых лиц. Эффективность транспорта кислорода, оцениваемая по реологическим параметрам, в группе лиц с метаболическим синдромом, оказалась сниженной на 20% ($p<0,001$) в сравнении с контролем.

У пациентов с тяжелой ХСН среднее значения показателя микроциркуляции было достоверно ниже (на 38,9%, $p<0,05$), а среднее насыщение кислородом микроциркуляторного русла выше (на 32,2%, $p<0,001$), чем у здоровых лиц. При ХСН индекс перфузионной сатурации кислорода был значительно выше (на 149,3%, $p<0,01$), а параметр удельного потребления кислорода тканью – существенно ниже (на 62,5%, $p<0,01$) по сравнению с группой здорового контроля. Это позволяет предположить, что при данной патологии может иметь место нарушение деоксигенации крови в капиллярах, снижение кислородтранспортной функции крови и кислородное голодание тканей.

Выводы. Комплексная оценка гемореологического профиля и состояния микроциркуляции при хронической сердечной недостаточности позволяет выявить механизмы, лежащие в основе наблюдаемых нарушений микрогемодинамики, для дальнейшего определения возможных способов их коррекции.

297 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫСОКИХ ДОЗ СИМВАСТАТИНА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЕГО В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Якусевич В. В.¹, Малыгин А. Ю.²

Ярославская государственная медицинская академия¹; Государственная клиническая больница № 8², Ярославль, Россия

Цель: оценить в 12-месячном наблюдении смертность, частоту повторных кардиоваскулярных событий, динамику неврологического дефицита и эндотелиальной дисфункции у пациентов с впервые возникшим ишемическим инсультом (ИИ) при назначении симвастатина в остром периоде болезни.

Материал и методы. В исследование включено 210 пациентов обоего пола, средний возраст — $65,55 \pm 8,2$ лет, с впервые возникшим ИИ. Выделено две группы: I — 105 пациентов, получавших стандартное лечение ИИ, группа II — 105 человек, дополнительно получавших 40 мг симвастатина (Зокор-форте, MSD, Швейцария). Период наблюдения — 12 месяцев. В качестве критерий конечной точки оценивали смертность, частоту повторных кардиоваскулярных событий и случаи повторной госпитализации. Одновременно выполняли подсчет клеток десквамированного эндотелия; оценивали неврологический статус: шкалы MMSE, NIHSS, Скандинавская; динамику уровней общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), триглицеридов (ТГ).

Результаты. Из включенных в исследование 210 пациентов к 90 дню наблюдения умерли 9 больных (6 в первой и 3 во второй группе). К середине наблюдения (180 суток) эти показатели в группах составляли 11 и 8 человек соответственно ($p > 0,05$). В конце периода наблюдения смертность среди пациентов I группы по-прежнему была выше, но эти различия не имели статистической значимости (19 умерших в I группе и 16 во II группе). Повторные сердечно-сосудистые события также наблюдались в обеих группах и в течение года составили за период наблюдения в I группе 21,9% ($n=23$) и 16,19% ($n=17$) во II группе, $p > 0,05$. Комбинированная конечная точка (смерть + повторные ССЗ + повторные госпитализации) была достигнута в 64 случаях в I группе (60,9%), и в 49 (46,6%) во II ($p=0,037$). На протяжении исследования в группе I показатели липидного спектра не менялись. В группе II отмечено снижение уровней ОХ, ХСЛПНП, ТГ уже на 90 суток с последующим высокодостоверным достижением нормальных для больных высокого риска значений к 360 дню. Финальное снижение количества эндотелиоцитов в группе больных, лечившихся симвастатином, составило 45,7%, в то время как на фоне стандартной терапии — 13,3%. Более раннее восстановление когнитивных способностей отмечено у больных II группы.

Выводы: назначение 40 мг симвастатина (Зокор-форте) начиная с острой фазы ишемического инсульта, наряду с сопутствующей нейропротекторной и антигипертензивной терапией, способствует: уменьшению количества повторных кардиоваскулярных катастроф; отчетливой положительной динамике неврологического статуса; регрессу проявлений эндотелиальной дисфункции.

298 СВЯЗЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ С КОРОНАРНЫМИ СТЕНОЗАМИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Пушкарев Г. С.

Филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Результаты исследований по изучению связей митральной регургитации (МР) с топикой поражений коронарного

русла немногочисленны и касаются в основном остро развившейся МР.

Цель: выявить, связана ли МР с локализацией коронарных стенозов у больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом.

Материал и методы. Из 15283 пациентов, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии» с 1991 г. по 2012 г., были отобраны мужчины с перенесенным Q-волновым инфарктом миокарда: 626 пациентов без МР и 139 пациентов с умеренной или выраженной МР. В исследование не включали больных с острым инфарктом миокарда, пороками сердца, МР до 2 степени, неудовлетворительным качеством визуализации при эхокардиографии.

Результаты. Больные с МР чаще демонстрировали более высокие (III–IV) классы недостаточности кровообращения по классификации NYHA (33,3 против 10,9%, $p < 0,001$), артериальную гипертензию III степени (34,3 против 22,1%, $p=0,003$) и повторный инфаркт миокарда в анамнезе (15,8 против 9,7%, $p=0,031$), однако уровень общего холестерина у пациентов с МР был ниже ($5,1 \pm 1,3$ против $5,5 \pm 1,2$ ммоль/л, $p=0,001$). При эхокардиографии больные этой группы демонстрировали больший размер асинергии левого желудочка (ЛЖ) ($34,7 \pm 15,4$ против $24,4 \pm 12,8\%$), большие индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе левого предсердия ($23,2 \pm 2,6$ против $20,4 \pm 1,8$ мм/м², оба $p < 0,001$) (за исключением тенденции к меньшему индексу толщины задней стенки ЛЖ у больных с МР — $5,3 \pm 0,6$ против $5,2 \pm 0,8$ мм/м², $p=0,073$). В группе больных с МР чаще выявляли дилатацию ЛЖ (71,2 против 21,1%), снижение его сократительной способности (73,2 против 27,2%, оба $p < 0,001$); чаще поражалась правая коронарная артерия (59,0 против 43,8%, $p=0,001$) и ветвь тупого края левой коронарной артерии (15,1 против 6,9%, $p=0,002$). По результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали: стеноз правой коронарной артерии, увеличение индекса размера левого предсердия, снижение фракции выброса ЛЖ, уровня общего холестерина и индекса толщины задней стенки ЛЖ.

Выводы. Хроническая умеренная и выраженная МР у мужчин среднего возраста с постинфарктным кардиосклерозом ассоциирована со стенозом правой коронарной артерии, что указывает на важность своевременного восстановления кровотока в правой коронарной артерии при реваскуляризации миокарда у этого контингента больных.

299 ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДИЛАТАЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Пушкарев Г. С.

Филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Ишемическую кардиомиопатию традиционно связывают с постинфарктным ремоделированием миокарда, в рамках которого выделяют дилатационный синдром. Мы попытались выяснить, что может способствовать развитию дилатации ЛЖ у больных ИБС без перенесенного инфаркта миокарда.

Цель: выявить факторы, связанные с дилатацией ЛЖ у больных ИБС без острого или анамнестического инфаркта миокарда.

Материал и методы. Из 1498 пациентов, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии» с 1991 г. по 2012 г., были отобраны 2443 мужчины с ИБС (при наличии гемодинамически значимых коронарных стенозов по данным коронароангиографии — более 50% просвета артерии) без острого или анамнестического инфаркта миокарда.

Были выделены группы: 50 пациентов с конечно-диастолическим диаметром ЛЖ 60 мм и более и 1992 пациента с конечно-диастолическим диаметром ЛЖ менее 55 мм.

Результаты. При сравнении клинико-функциональных параметров групп была обнаружена тенденция к более старшему возрасту больных с дилатацией ЛЖ, по индексу массы тела группы были сопоставимы. У больных с дилатацией ЛЖ чаще встречался сахарный диабет (24,0 против 11,0%, $p=0,002$), более высокий (III) класс сердечной недостаточности по NYHA (32,7 против 9,9%, $p<0,001$) и нарушения сердечного ритма (69,2 против 21,9%, $p<0,001$). При эхокардиографии у больных с дилатацией ЛЖ были больше индексы не только размера ЛЖ, но и правого желудочка ($29,9\pm 4,9$ против $24,9\pm 2,5$ мм/м², $p=0,001$), левого предсердия ($17,5\pm 3,2$ против $23,1\pm 4,6$ мм/м², $p<0,001$), меньше был индекс толщины межжелудочковой перегородки ($5,7\pm 0,9$ против $6,3\pm 1,3$ мм/м², $p=0,013$) и фракция выброса ЛЖ ($41,9\pm 10,3$ против $60,7\pm 4,9$ %, $p<0,001$). Однако более тяжелые функциональные классы стенокардии (III–IV) чаще выявляли у больных без дилатации ЛЖ (55,8 против 39,5%, $p=0,033$), так же, как и стенозы 3-х и более коронарных артерий (37,0 против 24,0%, $p=0,05$). Дислипидемия была обнаружена у большинства пациентов обеих групп, достоверных межгрупповых различий по показателям липидного профиля выявлено не было. Мультивариантный анализ показал независимую связь левожелудочковой дилатации с нарушениями сердечного ритма, меньшим количеством пораженных коронарных артерий, снижением фракции выброса ЛЖ, увеличением индекса массы миокарда.

Выводы. У больных ИБС мужчин без перенесенного инфаркта миокарда дилатация ЛЖ показала независимую связь с нарушениями сердечного ритма, меньшим количеством пораженных коронарных артерий, снижением фракции выброса ЛЖ, увеличением индекса массы миокарда.

300 ARNICA MONTANA IN THE RELIEF OF POST-SURGICAL PAIN

V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Arnica Montana is an herb that is traditionally used to treat bruising, swelling, muscle problems, etc. Homeopathically it is used for the same uses, but also to prevent hemorrhaging, for pain, and also to promote healing. In homeopathic hospitals it has also been used as a substitute for morphine post major surgery.

In our study 17 people were given Arnica Montana in the 1000M potency post cardiac surgery. The Arnica was taken 6 pellets prior to surgery and then every hour for 12 hours post surgery, and thereafter 6 times daily for 2 weeks. While Arnica has been used in homeopathic hospitals as a stand alone therapy, for our study the Arnica was used along with standard medical treatment for pain and post surgery.

The results were that the participants had less hemorrhaging, faster recuperation, and less pain. In 67% of the cases all the pain was gone, in the other 33% the pain while remaining was judged to be less severe and better tolerated.

Arnica Montana has been a part of the homeopathic armamentarium for over 200 years. It is safe, fast acting, and a valuable adjunct to standard medical care.

301 D-RIBOSE IN CARDIAC CARE

V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

One of the primary problems during cardiac care is that of lack of energy and fatigue associated with heart disease.

Decades of research have shown that D-Ribose has a profound effect on heart function in patients with congestive heart failure, coronary artery disease, and cardiomyopathy (a weakened heart

muscle). Sick hearts are energy starved due to the lack of production of ADP.

Due to this fatigue, or energy deprivation, the heart cannot relax between heartbeats, which prevents the heart from filling completely with blood. Because the heart cannot completely fill, there is less blood to be pumped with each heart beat. As this condition continues the heart becomes stiff, and it is in a constant state of straining to contract; resulting in hypertrophy so that the heart loses the ability to pump normally.

Supplying ribose allows the heart muscle to fully relax, fill and empty completely during the heart cycle, and to efficiently circulate blood to the extremities.

This study was comprised of 19 male participants ages 42–58 with declining cardiac health experiencing symptoms of reduced cardiac output. Participants were given 10 grams of D-Ribose per day for one month.

They were tested before and after the study for heart function, exercise tolerance (a measure of fatigue), and also for quality of life by questionnaire. Utilization of D-Ribose had a significant effect on all measures of diastolic heart function, with resultant increased energy in the heart enabling it to relax, fill, and pump more normally. Participants in the study were also much more exercise tolerant while on D-Ribose, and, from their questionnaires indicated a much higher quality of life as a result.

302 MAGNESIUM OROTATE IN THE TREATMENT OF CONGESTIVE HEART DISEASE

V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Congestive Heart Failure (CHF) is a common problem in the United States, with several million people diagnosed with CHF. It is regarded as the biggest killer in the Western World. The most common signs are shortness of breath, swelling of the legs, accumulation of fluid in the lungs, tiredness, and an inability to keep up with work or exercise demands because of rapid loss of strength and more.

When CHF is diagnosed the accepted treatment modalities consist principally in medications such as ACE inhibitors (medications used also, for example, in the treatment of high blood pressure, but used here for the purpose of preventing changes in the heart muscle), diuretics and digoxin. A salt restrictive diet and treatment of other contributing illnesses is recommended.

Over half of people with congestive heart failure have a type called “diastolic failure,” for which standard medicine has little to offer. Because of this it is necessary to look outside of standard medical protocol, as natural therapies offer significant benefits.

Our study was comprised of 27 male patients aged 47–63 with severe congestive heart failure. These men were already on optimal standard medical treatment. They were given magnesium orotate 6,000 mg a day for one month followed by 3,000 mg a day for 5 months. At the end of six months clinical symptoms improved significantly in 41.3% versus typical deterioration with standard medical treatment.

303 HYBRID REVASCULARIZATION IN MULTY-VESSEL CORONARY ARTERY DISEASE

Repossini A., Kotelnikov I., Costetti A., Moggi A., Muneretto C.

Cardiac surgery, University of Brescia, Italy

OBJECTIVE. Minimally invasive direct revascularization of LAD by left mammary artery (MIDCAB) via small left minithoracotomy combined with percutaneous coronary intervention (PCI) with stenting – hybrid revascularization may be an alternative to conventional CABG through sternotomy. The purpose of this study was to evaluate retrospectively long term outcome of this strategy.

METHODS. Since May 1997 up to January 2011, 644 MIDCAB have been performed by the same surgical group

as isolated revascularization. Since 2004 MIDCAB, as a part of hybrid revascularization, was associated with PCI in 166 patients.

RESULTS. The overall mortality was 0.12%, perioperative acute myocardial infarction — 1.6%, early reoperation — 0.74%, reopening for bleeding — 1.2%, cases rate of hemotransfusion — 3.1%, with a mean hospital postoperative stay of 4 ± 2.5 days. Postoperative angiographic control shown the left internal mammary artery patency in 100% of cases. 166 patients were treated by MIDCAB with following PCI (2–60 days). At the mean follow up of 8.4 ± 3.2 years freedom from related cardiac death was 93% with freedom from cardiac reintervention of 83%.

CONCLUSIONS. Our almost 14 years experience in MIDCAB demonstrates that the operation is safe and associated with a very low incidence of early and late complications. Hybrid approach provided excellent long term outcome in terms of freedom from cardiac death and reoperation. Accurate patient selection as well the timing of the hybrid procedure is mandatory to optimise surgical and PCI results.

304 ТЕЧЕНИЕ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СОСУДИСТОГО И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ

Бузиашивили Ю. И., Стулин И. Д., Мацкеплишвили С. Т., Тугеева Э. Ф., Скарга Н. Е., Мацкеплишвили М. Т., Алимов В. П.

НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева, клиничко-диагностическое отделение, Москва, Россия

Учитывая сложное взаимодействие препаратов, негативное отношение некоторых пациентов к лекарствам, особую актуальность приобретают немедикаментозные методы воздействия, особенно, если они оказывают системное действие на организм человека, улучшая качество жизни, не требуя значительных материальных затрат и времени со стороны пациента. К таким методам по праву относится НК (наружная контрпульсация), которая может быть использована как на стационарном, так и на амбулаторном этапе лечения, сочетаться с другими методами физического и фармакологического воздействия, существенно не нарушая обычный для пациента ритм жизни.

Целью исследования явилась оценка динамики неврологических симптомов, нейропсихологическое исследование, изучение когнитивных функций, электрофизиологических параметров ЭЭГ, качества жизни пациентов на фоне проведения наружной контрпульсации.

Группа наблюдения состояла из 21 человека в возрасте от 48 лет до 81 года с диагнозом: Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза с преобладанием сосудистого или атеросклеротического компонента 1–2–3 степени.

Все, без исключения, пациенты отмечали улучшение по шкале САН (самочувствие, активность, настроение). При сравнении неврологического статуса до и после курса процедур обращает на себя внимание уменьшение проявления или исчезновение симптомов орального автоматизма, вестибуло — атаксических знаков. В группе наблюдения у 12 пациентов отмечены положительные изменения в неврологическом статусе; у 9 человек — изменений не отмечено, чаще это характерно для отсутствия очаговой симптоматики при первичном осмотре.

При краткой оценке психического статуса (MMSE) 20 человек улучшили первоначальный результат, у одного пациента сохранилась прежняя картина. При оценке шкалы Цунга у 14 пациентов наблюдалась положительная динамика, 6 представителей продемонстрировали ухудшение результата, у одного — он оказался прежним. По госпитальной шкале тревоги и депрессии 15 человек продемонстрировали положительную динамику, четверо — отрицательную, двое — неизменный результат. При оценке ЭЭГ обращает на себя внимание, что у 18 человек отмечается положительная динамика изменения ЭЭГ — картины: возрастание амплитуды основного ритма при изначально сниженном, проявление или оживление реакции активации коры на открывание глаз, правильный порядок распределения волн. У трех пациентов ЭЭГ — картина существенно

не изменилась. Следует отметить положительное отношение пациентов к проведению процедур, случаев отказа от курса не отмечалось, перерывы или прекращения терапии были обусловлены объективными причинами, не связанными с самочувствием. Все представители группы подчеркивают накопительный эффект процедур.

Полученные данные позволяют рекомендовать наружную контрпульсацию как терапевтический и профилактический метод для больных с дисциркуляторной энцефалопатией различной степени выраженности на амбулаторном и поликлиническом этапе лечения, позволяющий улучшить самочувствие, неврологический и эмоциональный статус, электрофизиологические показатели ЭЭГ пациента.

305 ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЛЕОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ

Зуннунов З. Р., Убайдуллаев А. М., Нуров И. Х.

Филиал РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Термез; РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент Узбекистан

Цель: изучить влияние спелеотерапии (СТ) на кардиореспираторную систему у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследовано 122 больных ИБС- II ФК (84 мужчин и 38 женщин) в сочетании с ХОБЛ легкой и средней степени тяжести в стадии неполной ремиссии. Лечение больных ИБС и ХОБЛ обеих групп проводилось по общепринятым стандартам, -адреноблокаторы и верапамил не назначали. Обследованы больные были разделены на 2 репрезентативные группы.

I-группа (основная) — 98 больных (70 мужчин и 26 женщин), дополнительно получали спелеотерапию. II- группа (контрольная) — 24 больных, (14 мужчин, 10 женщин), получали стандартную терапию без спелеотерапии.

До, после первой и заключительной процедур изучали вентиляционную функцию легких на основании данных исследования системы ФВД при помощи компьютерного спирометра (фирма «SCHILLER», Швейцария). При этом анализировали следующие основные показатели — жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), ОФВ₁/ЖЕЛ — показатель Тиффно, объемную максимальную скорость выдоха на уровне 25, 50 и 75% ЖЕЛ (МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅ соответственно), (ПОС) пиковую объемную скорость выдоха. Эффективность лечения оценивали по клиническим критериям.

Результаты. Показано, что у 96,7% больных I группы одновременно с положительной динамикой клинической симптоматики улучшаются параметры системы функции внешнего дыхания. Так, достоверно повысились ЖЕЛ ($81,6 \pm 3,74\%$); ОФВ₁ ($60,35 \pm 4,2\%$); ПОС ($58,33 \pm 5,73\%$); ОФВ₁/ЖЕЛ ($76,89 \pm 6,3\%$); ФЖЕЛ ($73,33 \pm 4,27\%$); МОС₂₅ ($36,33 \pm 4,4\%$); МОС₅₀ ($38,78 \pm 4,7\%$); МОС₇₅ ($46,33 \pm 6,8\%$); СОС_{25–75} ($61,3 \pm 5,2\%$) и стабилизировались. Эти сдвиги свидетельствуют об уменьшении или исчезновении обструктивных нарушений на всех уровнях воздухоносных путей. В отличие от I-ой группы, у больных II-контрольной группы, получивших базисную терапию без спелеотерапии клинические показатели и параметры системы ФВД после курса лечения улучшились менее интенсивно: ЖЕЛ ($73,5 \pm 3,9\%$); ОФВ₁ ($54,33 \pm 3,9\%$); ПОС ($50,21 \pm 5,2\%$); ОФВ₁/ЖЕЛ ($73,86 \pm 3,2\%$); ФЖЕЛ ($68,43 \pm 5,8\%$); МОС₂₅ ($32,35 \pm 2,7\%$); МОС₅₀ ($31,71 \pm 4,6\%$); МОС₇₅ ($39,73 \pm 5,4\%$); СОС_{25–75} ($50,8 \pm 3,3\%$) ($P < 0,05$).

Проведение спелеотерапевтической процедуры на базе базисного лечения способствовало более выраженному улуч-

шению не только системы ФВД, но и клинических проявлений ИБС и ХОБЛ, о чем свидетельствовали уменьшение или исчезновение приступов стенокардии, приступов удушья, одышки, кашля, облегчение отхождения мокроты, повышение переносимости повседневных физических нагрузок.

Заключение. Проведенные исследования показали, что спелеотерапия значительно повышает эффективность проводимой базисной терапии у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

306 ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Кудаев М. Т., Османова А. В., Махмудова Э. Р., Джамбулатова Н. А., Ахмедова Д. А.
ДГМА, Махачкала, Дагестан

Цель: оценка изменения качества жизни пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения, при лечении методом локальной наружной контрпульсации (ЛНК).

Материал и методы. В исследовании принимало участие 35 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения, II–III функционального класса (ФК), 20 мужчин (57%) и 15 женщин (43%), в возрасте от 45 до 69 лет. Пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную. 1-я группа — основная, в которой исследуемые получали, в дополнение к стандартному медикаментозному лечению ИБС, курс ЛНК. Ежедневно по 1 процедуре, в неделю 5 процедур. Всего курс лечения составил 20 процедур (4 недели). Курс лечения повторяли через 3 месяца. 2-я группа — контрольная, в которой проводилось только стандартное медикаментозное лечение ИБС. У всех больных до лечения, через 20 дней и через 3 месяца оценивалось качество жизни, включающее три важных параметра: ограничение ежедневной активности (толерантность к физической нагрузке); количество приступов стенокардии в неделю; психологический статус, оценка психологического статуса проводилась с помощью опросника Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина.

Результаты. В результате проведенного лечения в основной группе пациентов, выявлена значительно более существенная динамика исследуемых показателей, чем в группе контроля. Результаты теста 6-минутной ходьбы показали, что уже на 20 день лечения отмечалось увеличение переносимости физических нагрузок со $132 \pm 2,0$ до $160 \pm 3,6$ метров, а через 3 месяца пациенты смогли увеличить пройденное за 6 мин расстояние еще на $58 \pm 1,8$ метров. Количество приступов стенокардии в основной группе уменьшилось через 3 месяца лечения с $15,7 \pm 3,5$ до $10,3 \pm 2,8$ в неделю. Через 3 месяца лечения, в основной группе, значительное улучшение состояния прослеживалось у 8 (42,1%) больных, улучшение у 10 (52,6%), результат без динамики у 1 (5,2%), отрицательный результат не отмечался ни у одного больного. У всех пациентов, без исключения, отмечалось положительное отношение к процедуре.

Выводы:

- 1) Метод ЛНК увеличивает толерантность к физической нагрузке на 21%.
- 2) Метод ЛНК позволяет уменьшить количество приступов стенокардии на 34,4%.
- 3) Метод ЛНК оказывает, безусловно, положительное влияние на качество жизни пациентов ИБС, стенокардией напряжения.

307 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Кузнецов Ю. А., Цветков А. А., Кратнов А. Е., Канавина М. Е.
Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Известно, что подагра развивается в результате нарушения синтеза или выведения мочевой кислоты. Крупными эпидемиологическими исследованиями установлена связь между гиперурикемией и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе наступления кардиальной смерти. Доказано, что наличие диастолической дисфункции миокарда левого желудочка также является неблагоприятным прогностическим фактором развития сердечно-сосудистых событий.

Цель: изучение частоты развития диастолической дисфункции у больных с подагрой.

Материал и методы. Обследовано 73 больных подагрой в возрасте от 31 до 50 лет (средний возраст $40,9 \pm 8,7$ лет). Длительность заболевания на момент обследования составляла от 1 года до 15 лет. Лабораторная активность заболевания 0–1 степени выявлялась у 62%, 2 степени — у 36% и 3 степени — у 4% больных. Топусная форма подагры отмечалась у 26 (35%) больных. Хронический подагрический артрит с поражением лучезапястных, локтевых и коленных суставов наблюдался у 29 (39%) больных. Критерием исключения из исследования являлось наличие у больных подагрой артериальной гипертензии. Контрольную группу составили 20 здоровых человек без артериальной гипертензии и достоверно верифицированной ишемической болезни сердца. Эхокардиографическое исследование проводилось на ультразвуковом сканере Philips “En Visor C”. Для оценки диастолических свойств левого желудочка применялось исследование трансмитрального кровотока в импульсном доплеровском режиме. Измерялись время изоволюметрического расслабления (IVRT), соотношение пиков скоростей раннего диастолического наполнения и систолы предсердий (Е/А) и время падения скорости раннего диастолического потока (DT пика Е).

Результаты. Различная субъективная и объективная симптоматика поражения сердца отмечена у 58% больных с подагрой. Выявлены жалобы на боль или чувство тяжести в прекардиальной области, перебои в области сердца, приступы сердцебиений. Изменения на ЭКГ были представлены смещением электрической оси сердца, признаками гипертрофии миокарда левого желудочка, нарушениями проводимости и ритма сердца. У больных с подагрой, по сравнению с контрольной группой пациентов, были достоверно меньше показатели конечного систолического ($106,2 \pm 7,4 < 147,1 \pm 12,4$ мл; $p < 0,001$) и диастолического объемов ($48,2 \pm 5,7 < 69,3 \pm 23,8$ мл; $p < 0,004$) левого желудочка. При анализе данных доплер-эхокардиографии выявлена незначительная митральная регургитация у 3 (4,1%) больных. Утолщение и уплотнения перикарда, изменения створок митрального и аортального клапанов в группе больных подагрой не определялись. При этом у пациентов с подагрой наблюдались достоверно более низкие показатели Е/А ($0,89 \pm 0,03 < 1,1 \pm 0,01$; $p < 0,001$).

Заключение. Наличие подагры сопровождается развитием диастолической дисфункции миокарда левого желудочка.

308 ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ СПЕЛЕОТЕРАПИИ

Нуров И. Х.

Филиал РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Термез; РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент Узбекистан

Цель: изучение динамики показателей суточного мониторинга АД (СМАД) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании

с гипертонической болезнью (ГБ) при лечении спелеотерапии (СТ).

Материал и методы. Обследованы 52 больных, страдающих ХОБЛ в сочетании с гипертонической болезнью из них 28-мужчин и 24-женщин (средний возраст $52,5 \pm 1,5$ года). Больные были разделены на 2-репрезентативные группы, методом открытой рандомизации.

I-я группа (основная) — 32 больных (18-мужчин и 14-женщин, в возрасте от 30 до 60 лет) в сочетании со стандартной базисной терапией (B_2 -агонисты, ингаляционные кортикостероиды и др.) получали СП.

II-я группа (контрольная) — 20 больных (12-мужчин и 8-женщин от 30 до 60 лет) получали стандартную базисную медикаментозную терапию без СТ.

В исследование не включались пациенты с тяжелой соматической патологией, сахарным диабетом, а также больные перенесшие инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения. Контроль эффективности проводился методом СМАД с использованием портативного монитора EBRM clinic исходно и после курса СТ. Полученные данные анализировались в соответствии с рекомендациями МЗ Российской Федерации и РКНЦ. Систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД) регистрировались в дневное время с интервалом 15–20 минут, в ночное время — 30–40 минут. Определялись следующие параметры: средние дневные, ночные и суточные значения САД, ДАД и гемодинамического АД (ср АД), рассчитываемые по формуле Хикама.

Результаты: показали после 3-й процедуры у больных I группы суточное срАД снизилось на $10 \pm 4,6\%$; снижение средней суточной ЧСС составило $48 \pm 0,6$ уд. в мин., в то время как у больных II группы суточное срАД снизилось на $5,4 \pm 0,4\%$; ср. суточная ЧСС — на $2,5 \pm 0,6$ уд. в мин.

В конце курса СП среднее АД за сутки, как систолическое, так и диастолическое, стало достоверно ниже по сравнению с исходными данными. Исходный уровень среднего за сутки АД составил $148,64 \pm 7,42$ мм рт.ст. После СТ этот показатель уменьшился и составил $120,42 \pm 6,24$ мм рт.ст. а также отсутствовало повышение вариабельности как на систолическое, так и на диастолическое АД. При изучении влияния курса спелеотерапевтических процедур на ЧСС установлено, что гипотензивный эффект не сопровождается учащением ЧСС, и это является положительным моментом данного метода лечения, ибо учащение ЧСС рассматривается клиницистами в качестве самостоятельного фактора риска сердечно-сосудистой системы у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ. Урежение ЧСС нами было расценено в качестве важного положительного свойства СТ, как одного из эффективных немедикаментозных методов лечения ХОБЛ в сочетании с ГБ. По данным мониторинга АД спелеотерапия влияет на суточный профиль АД, сохраняет нормальный циркадный ритм, восстанавливая его при нарушениях, уменьшая кашель и одышки.

Заключение. Следовательно, спелеотерапевтическую процедуру в сочетании с базисной терапией можно использовать как эффективный и безопасный гипотензивный метод лечения ХОБЛ в сочетании с ГБ.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение СТ в комплексе лечения при ХОБЛ в сочетании с ГБ оказывает более выраженный положительный эффект за счет как бронхо- и так вазодилатирующего эффекта.

309 ВЛИЯНИЕ НАРУЖНОЙ КОНТРУЛЬСАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ СОСУДИСТОГО И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Стулин И. Д., Мацкеплишвили С. Т., Тугеева Э. Ф., Скарга Н. Е., Мацкеплишвили М. Т., Алимов В. П., Бузиашвили Ю. И.

НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева, клинико-диагностическое отделение, Москва, Россия

Цель: оценка динамики неврологических симптомов, нейропсихологическое исследование, изучение когнитивных функций, электрофизиологических параметров ЭЭГ, качества жизни пациентов на фоне проведения наружной контрпульсации.

Материал и методы. Группа наблюдения состояла из 21 человека в возрасте от 48 лет до 81 года с диагнозом: Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза с преобладанием сосудистого или атеросклеротического компонента 1–2–3 степени.

Больные осматривались кардиологом, выполнялось ЭКГ, ЭХО-кардиография, по показаниям суточное мониторирование АД и ЭКГ, УЗИ сосудов нижних конечностей.

Результаты. Все, без исключения, пациенты отмечали улучшение по шкале САН (самочувствие, активность, настроение). При сравнении неврологического статуса до и после курса процедур обращает на себя внимание уменьшение проявления или исчезновение симптомов орального автоматизма, вестибуло-атакических знаков. В группе наблюдения у 12 пациентов отмечены положительные изменения в неврологическом статусе; у 9 человек — изменений не отмечено, чаще это характерно для отсутствия очаговой симптоматики при первичном осмотре.

При краткой оценке психического статуса (MMSE) 20 человек улучшили первоначальный результат, у одного пациента сохранилась прежняя картина.

При оценке шкалы Цунга у 14 пациентов наблюдалась положительная динамика, 6 представителей продемонстрировали ухудшение результата, у одного — он оказался прежним.

По госпитальной шкале тревоги и депрессии 15 человек продемонстрировали положительную динамику, четверо — отрицательную, двое — неизменный результат.

При оценке ЭЭГ обращает на себя внимание, что у 18 человек отмечается положительная динамика изменения ЭЭГ — картины: возрастание амплитуды основного ритма при изначально сниженном, проявление или оживление реакции активации коры на открывание глаз, правильный порядок распределения волн. У трех пациентов ЭЭГ — картина существенно не изменилась. Следует отметить положительное отношение пациентов к проведению процедур, случаев отказа от курса не отмечалось, перерывы или прекращения терапии были обусловлены объективными причинами, не связанными с самочувствием. Все представители группы подчеркивают накопительный эффект процедур.

Заключение. Полученные данные позволяют рекомендовать наружную контрпульсацию как терапевтический и профилактический метод для больных с дисциркуляторной энцефалопатией различной степени выраженности на амбулаторном и поликлиническом этапе лечения, позволяющий улучшить самочувствие, неврологический и эмоциональный статус, электрофизиологические показатели ЭЭГ пациента.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА – РАЗРЫВ МИОКАРДА И ЕГО ЭХО ДИАГНОСТИКА <i>Аббасов В. Г., Наджафов Н. С.</i>	3
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА КОРРЕКЦИЕЙ РАССТРОЙСТВ ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ <i>Абдуллаев А. А.</i>	3
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗДЕЛЬНОГО И СОЧЕТАННОГО С КАРДИОМАГНИЛОМ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ <i>Абдуллаев А. А., Исламова У. А., Гафурова Р. М.</i>	3
ВЛИЯНИЕ ОМАКОРА НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Абдуллаева Ч. А., Камилова У. К., Расулова З. Д., Аликулов И. Т.</i>	4
ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ДИАГНОСТИКЕ СКРЫТОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Абдуллаев Р. Ф., Меликов А. А.</i>	4
ПРОГРЕССИРОВАНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Агмадова З. М., Каллаева А. Н.</i>	5
ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ <i>Агмадова З. М., Каллаева А. Н.</i>	5
ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ПЕРИКАРДИТОМ <i>Азизов В. А., Садыгова Т. А., Гусейнова Н. И.</i>	5
ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Азизов В. А., Эфендиева Л. Г., Гусейнова Н. И.</i>	6
СВЯЗЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Азимов С. Д., Олимов Н. Х., Мавлонов Б. Н.</i>	6
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КОРОНЕЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ <i>Азимов С. Х., Олимов Н. Х., Мавлонов Б. Н.</i>	7
ЗНАЧЕНИЕ РАННИХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА <i>Акулова О. А., Гусев Д. М.</i>	7
27-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Акчурин Р. С., Ширяев А. А., Галяутдинов Д. М., Васильев В. П., Королев С. В., Черкашин Д. И.</i>	7
ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ОТМЕНЫ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО УРОВНЯ ТРОМБОЦИТОВ <i>Алтарев С. С., Поданева Ю. Е., Барбараш О. Л.</i>	8
ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕРДЦА <i>Алишбая М. М.</i>	8
ОЦЕНКА УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В-ТИПА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПУЛЬС- УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ <i>Аль-Джаиди С. О., Кольцов А. В., Тыренко В. В.</i>	9
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ПУЛЬС-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ <i>Аль-Джаиди С. О., Кольцов А. В., Синопальников Д. О., Тыренко В. В.</i>	9
ОБРАТИМАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ Q-ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ИНФАРКТ-СВЯЗАННОЙ АРТЕРИИ <i>Аляви А. Л., Кенжаев М. Л., Алимов Д. А., Кенжаев С. Р.</i>	10
ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ФОРМЫ КВЕРЦЕТИНА НА ОГЛУШЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ <i>Аляви А. Л., Кенжаев С. Р., Хаитов С. Ш.</i>	10
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>Аляви А. Л., Абдуллаев А. Х., Вусиман Н., Касимова Г. М., Нурмухамедов А. И.</i>	10
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ И ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Аmineva Н. В., Паршина К. В., Ненастьева О. К., Боровков Н. Н.</i>	11
ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ГРУДНОМ И ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛАХ АОРТЫ <i>Аракелян В. С.</i>	11

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛОЗАРТАН У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Астахова З. Т., Тогузова З. А., Шило Т. Ю.</i>	12
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОЖЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА <i>Асымбекова Э. У., Катаева К. Б., Мадалимов Р. Р., Шерстянникова О. М., Ахмедярова Н. К., Борбодоева Б. М., Бузиашивили Ю. И.</i>	12
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОЖЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. РЕАКЦИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОСТРОЙ ПРОБЫ С и-АПФ <i>Асымбекова Э. У., Мадалимов Р. Р., Шерстянникова О. М., Ахмедярова Н. К., Катаева К. Б., Борбодоева Б. М., Бузиашивили Ю. И.</i>	13
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО И НЕИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА <i>Атаниязов Х. Х., Марданов Б. У., Абдуллаев Т. А.</i>	13
К ВОПРОСАМ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ <i>Ахматов Я. Р., Марданов Б. У., Абдуллаев Т. А.</i>	13
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ РИТМОВ МИКРОСОСУДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ <i>Ахминеева А. Х., Полунина О. С.</i>	14
УПРАВЛЯЕМАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ГИПОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Байда А. В., Пристром М. С.</i>	14
ЛЕЧЕНИЕ СИБУТРАМИНОМ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА КАК ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ <i>Барабанова Л. В., Барабанова Н. Г.</i>	15
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Барт Б. Я., Дергунова Е. Н., Вартанян Е. А., Кулбачинская О. М.</i>	15
ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ ПО МЕРЕ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА <i>Баталова А. А., Ховаева Я. Б., Агафонова Т. Ю.</i>	16
ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Батрак Г. А., Мясоедова С. Е.</i>	16
ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РИТМОВ И ОСОБЕННОСТИ ХРОНОТИПОВ АД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ <i>Белозерова Н. В., Шуркевич Н. П., Ветошкин А. С., Гапон Л. И., Губин Д. Г.</i>	16
ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У РАБОТНИКОВ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ЦЕНТРА ЯДЕРНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ <i>Белюсова Л. Н.</i>	17
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Бердников С. В., Вишневский В. И., Бердникова О. А.</i>	17
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Бердников С. В., Вишневский В. И., Бердникова О. А.</i>	18
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОГНОЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА <i>Бехбудова Д. А., Ахмедова Т. А.</i>	18
ПРИМЕНЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Бешильева Д. Д., Калашников В. Ю., Головенко Е. Н.</i>	18
ФРАМИНГЕМСКАЯ МОДЕЛЬ И МОДЕЛЬ SCORE НЕ ИНФОРМАТИВНЫ В ОЦЕНКЕ СУММАРНОГО ДЕСЯТИЛЕТНЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА <i>Бовтюшко П. В., Свистов А. С.</i>	19
НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У ЖЕНЩИН <i>Боева, О. В., Таранухина Е. И., Царева В. А., Сайфутдинов Р. И.</i>	19
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА, КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ <i>Бокерия Л. А., Скопин И. И.</i>	20
СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УРОВЕНЬ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Бокерия Л. А., Шумилина М. В., Мукасева А. В., Стрелкова Т. В., Енокян Л. Ж., Гордеева А. А.</i>	20
НАРУШЕНИЕ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ПЕРФУЗИИ ОРГАНОВ (МОЗГА, ГЛАЗ, ПОЧЕК, СЕРДЦА...) <i>Бокерия Л. А., Шумилина М. В., Мукасева А. В., Стрелкова Т. В., Енокян Л. Ж., Гордеева А. А.</i>	20

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА <i>Бочков П. А., Какорин С. В., Круглый Л. Б.</i>	21
ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВОЗРАСТА НА УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Брагина А. Е., Мурашко Н. А., Подзолков В. И.</i>	21
ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В СОМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ <i>Бритов А. Н., Елисеева Н. А., Деев А. Д., Мирошник Е. В., Фишман Б. Б., Сибирева В. В., Дроздецкий С. И., Инарокова А. М., Нечаева Г. И., Касимов Р. А., Зайцева М. Н.</i>	21
СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ВНУТРИПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Будаговская З. М.¹, Сисина О. Н.², Искендеров Б. Г.²</i>	22
КОРРЕКЦИЯ «ПОЛУРАСПАДА ЗНАНИЙ» ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ <i>Бузиашивили Ю. И., Александровский А. А., Усанова А. А., Колпаков Е. В., Бродовская Е. П.</i>	22
ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, ПРИ ПРИМЕНЕНИИ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ <i>Бузиашивили Ю. И., Есильевский Ю. М., Долецкий А. А., Фиев Д. Н.</i>	23
ВОЗМОЖНОСТИ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ <i>Бузиашивили Ю. И., Насхлеташвили В. М., Кулибаба В. В., Мацкеплишвили С. Т.</i>	23
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОТЕЛИОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Бузиашивили Ю. И., Насхлеташвили В. М., Есильевский Ю. М., Мацкеплишвили С. Т.</i>	24
ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИЛТИАЗЕМОМ ЛАННАХЕР <i>Бурнашкина О. Н., Селезнёва Н. М.</i>	24
ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА, ЛОЗАРТАНА И АЛИСКИРЕНА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ ЭФФЕКТОВ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА ПРОПРАНОЛОЛА <i>Бучнева Н. В., Кузьмин О. Б.</i>	25
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПЫЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ <i>Вавилова В. А., Мелентьев А. В., Серебряков П. В., Лепко Е. Е.</i>	25
ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ <i>Вершинина А. М., Гапон Л. И., Реут Ю. С., Бусарова Е. С., Молотилова С. А., Попова С. Н., Плюснин А. В.</i>	26
КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ (КИН) ПРИ ПЛАНОВЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ <i>Вершинина Е. О., Репин А. Н.</i>	26
СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Викентьев В. В., Сметнева Н. С.</i>	26
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ КАРТИНА У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ <i>Винникова А. А., Деревянченко М. В.</i>	27
ВЛИЯНИЕ КОСМИЧЕСКОЙ ПОГОДЫ НА РАЗВИТИЕ ОСТРЫХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ <i>Винокурова Л. С., Никифорова А. И., Пальшина А. М.</i>	27
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И МОРФОЛОГИИ <i>Волков В. П.</i>	28
МОРФО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Волков В. П.</i>	28
УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ – КЛЮЧ К ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ <i>Волков В. С., Поселюгина О. Б.</i>	29
АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА SCORE <i>Воробьев Р. И.</i>	29
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Габинский Я. Л., Никифорова О. В.</i>	29
ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АТОРИСА <i>Газизов Р. М., Ацель Е. А., Волчкова Н. С., Бейлина Н. И., Садыкова А. К.</i>	30
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ТРОМБОАСС НА СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Газизов Р. М., Ацель Е. А., Климова Н. А., Ильина Г. М., Сайфутдинова Т. В.</i>	30

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПАРАЛЛЕЛЕЙ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ <i>Гайворонская Л. М., Золотев В. И., Усков М. В., Усков В. М.</i>	31
СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ <i>Гайсина Э. Ш.</i>	31
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И РЕГУЛЯРНОСТЬ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Галеева З. М.</i>	31
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ <i>Гаранин А. А., Рябов А. Е., Булгакова С. В.</i>	32
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ <i>Гарганеева Н. П., Рахматуллина Ю. А., Лукьянова М. А., Тюкалова Л. И.</i>	32
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕСТЕНОЗОВ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТЕНТОВ <i>Герасимов А. М.</i>	33
УРОВЕНЬ 8-ИЗОПРОСТАНА, АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЫ И КАТАЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ <i>Герасимчук Н. Н., Ковалева О. Н., Сафаргалина-Корнилова Н. А.</i>	33
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПЕРИОД РАННЕЙ ДЕТОКСИКАЦИИ <i>Горбунова А. С., Левашов С. Ю., Волкова Э. Г., Непомнящий Н. Н.</i>	33
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ СОЧЕТАННОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА <i>Гребеницкова И. А., Левашов С. Ю., Волкова Э. Г.</i>	34
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Гречкина Е. Р., Зернюкова Е. А., Бакумова А. П.</i>	34
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АДАПТАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПО ДАННЫМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ <i>Грозева Я. В., Королев Д. И., Ушакова С. Е.</i>	35
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Громова О. А., Синеглазова А. В.</i>	35
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕРИЧЕСКОГО АТОРВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Гуляева Е. Н., Чорбинская С. А.</i>	35
КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ МУЖСКОГО ПОЛА Г. СУМГАИТ <i>Гусейнова Н. Н., Зейналов А. Ф., Агаев Ф. Ф.</i>	36
ПРОГНОЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ <i>Давид Л. А., Гросу А. А.</i>	36
ВЗАИМОСВЯЗЬ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Давирова Ш. Ш., Абдуллаев Т. А., Курбанов Н. А.</i>	37
ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОЧИХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ <i>Демина И. Д., Юхананова Л. М.</i>	37
ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ <i>Денисова Е. А., Мелентев А. В.</i>	38
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ <i>Дергачева Ю. Е., Жияев Е. В., Теблов К. И.</i>	38
ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛЕТАЛЬНЫХ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА <i>Джалилова Д. А., Гайдукова Н. И., Семенов В. А., Хамитов Ф. Ф., Потешкина Н. Г.</i>	38
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Джалилова Р. А., Сулейманов С. Ш., Курбанова М. С.</i>	39
КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА <i>Джукаева Х. Р., Кузнецова Л. И., Персаивили Д. Г., Шварц Ю. Г.</i>	39
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Донецкая О. П., Тулупова В. А., Маликов В. Е., Арзуманян М. А.</i>	40

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Донецкая О. П., Шульдешова Н. В.</i>	40
ОЦЕНКА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ, И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Донов А. В., Петрова М. М., Гаранеева Н. П.</i>	41
ИЗМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВЫХ СТРУКТУР АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ПРИ ИБС <i>Дробкова И. П., Жданов В. С., Веселова С. П.</i>	41
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДГИПЕРТОНИИ <i>Дроботя Н. В., Щенятская И. В.</i>	42
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ <i>Ермакова Е. А., Матюшин Г. В., Гоголашвили Н. Г., Еремина Н. П.</i>	42
АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА <i>Ефимова Л. П.</i>	42
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОПУТСТВУЮЩИМ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ <i>Залетова Т. С., Богданов А. Р., Дербенева С. А.</i>	43
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛИЦ ДРУГИХ ПРОФЕССИЙ <i>Зернюкова Е. А., Бакумов П. А., Гречкина Е. Р.</i>	43
ПОТЕНЦИРОВАНИЕ АНТИИШЕМИЧЕСКОГО И АНТИАНГИНАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ НИТРАТОВ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ <i>Зуннунов З. Р.</i>	44
ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ ПРИ ОКС БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ <i>Ибрагимов Р. М.</i>	44
ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРО- И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ АМБУЛАТОРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА <i>Иванов А. П., Ростороцкая В. В., Клюквин Д. В., Эльгардт И. А., Сдобнякова Н. С.</i>	45
СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Ижбульдина Г. И.</i>	45
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН С ИБС ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Исмаилова Н. Р., Мусаева А. В., Касумова Ф. Н., Султанова С. С., Касумова Ф. З., Гусейнова А. А.</i>	46
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СМЕРТНОСТИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ <i>Истрати В., Капрош Н., Попович И., Манеа Д., Кетруш О., Герман О.</i>	46
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ПРОДЛЕНИЯ ЖИЗНИ Б. В. ЛАРИОНОВА <i>Исхаков Р. Л.</i>	46
ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОЗА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ И СИНУСОВЫМ РИТМОМ <i>Каверин Н. Д., Каверин Д. В.</i>	47
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЗНАКОВ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ <i>Казерацкая Е. Б., Кушнарченко Н. Н., Пешкова С. В., Стомба Е. С.</i>	47
ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Какорин С. В.</i>	48
ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ <i>Какорин С. В., Бочков П. А.</i>	48
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА <i>Калинина С. Г., Сердитова А. А., Васильев В. А.</i>	48
ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АБЛЯЦИИ АРИТМОГЕННЫХ ЗОН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С КОРРИГИРОВАННЫМИ КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА <i>Каменева О. А., Иванчукова М. Г., Искендеров Б. Г.</i>	49
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Камилова У. К., Расулова З. Д., Аликулов И. Т., Рашидова Г. Б., Нурматова Д. Б.</i>	49
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТУБУЛОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Камилова У. К., Расулова З. Д., Аликулов И. Т., Рашидова Г. Б., Абдуллаева Ч. А.</i>	50

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОМАКОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Камилова У. К., Абдуллаева Ч. А., Аликулов И. Т.</i>	50
ВЛИЯНИЕ МЕТЕОФАКТОРОВ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Касумова Ф. З.</i>	50
СТРУКТУРА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С ИБС В ФЕРТИЛЬНОМ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ <i>Касумова Ф. Н., Мустафаев И. И., Касумова Ф. З., Мамедова Р. Н.</i>	51
КОМБИНИРОВАННАЯ БЛОКАДА РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ <i>Качнов В. А., Тиренко В. В.</i>	51
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Каштальян О. А., Пристром М. С., Семененков И. И.</i>	51
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Керимкулова А. С., Маркабаева А. М., Адиева М. К., Куликова Е. В.</i>	52
ВЫРАЖЕННОСТЬ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Керимкулова А. С.</i>	52
ОЦЕНКА УРОВНЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ <i>Клепикова М. В.</i>	53
ПРИМЕНЕНИЕ ДИГИДРОКВЕРЦИТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Климко В. В., Дергачёва Л. И.</i>	53
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ): РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ <i>Климова Т. М., Федорова В. И., Балтахинова М. Е., Бушкова Э. А.</i>	54
ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ БРИГАД СМП У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ <i>Ковалева Н. Н.</i>	54
СОСТОЯНИЕ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ТАБАКОКУРЕНИЕМ <i>Колбасников С. В., Мельникова А. А., Мокунин А. А., Белова Н. О.</i>	55
ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ <i>Комиссарова С. М., Мельникова О. П., Чакова Н. Н., Крупнова Э. В., Ниязова С. С., Михаленко Е. П., Чеботарева Н. В., Шабуня П. С.</i>	55
КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПСИИ <i>Кондальская Ю. О., Наумова Е. А.</i>	55
СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ <i>Копылов В. Ю., Копылова Н. В., Сайфудинов Р. И.</i>	56
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА <i>Корягина Н. А., Петрищева А. В., Петрищева Г. П.</i>	56
СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ <i>Косарева О. В., Вербовой А. Ф., Лоткова Е. А., Фомина И. А.</i>	56
СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Косарева О. В., Вербовой А. Ф., Шаронова Л. А., Решетова О. Н.</i>	57
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА <i>Костина М. В., Столярова В. В., Рыбакова Т. А.</i>	57
ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ <i>Котляров А. А., Суроткина С. А., Селезнева Н. М., Смирнова Л. Э., Анаскин С. Г.</i>	58
ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ, ОНКСТАТИН М И ИНТЕРЛЕЙКИН-6 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА <i>Кочубей О. А., Ковалева О. Н., Демиденко А. В., Ащеулова Т. В., Амбросова Т. В.</i>	58
МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ МЕЛАНОМЕ <i>Краснолуцкий Н. А., Седых О. В., Короткова Л. М., Михайлин С. П., Чугунов М. Е.</i>	58
УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Кратнов А. А., Бабунина Е. В., Кратнов А. Е., Добровская Т. Д., Виноградова О. И.</i>	59

РИСК РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ФЕНОМЕНЕ НЕВОССТАНОВЛЕННОГО КРОВОТОКА «NO-REFLOW» <i>Крыжановская С. А., Матюшин Г. В., Протопопов А. В.</i>	59
ИССЛЕДОВАНИЕ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Кузнецова Е. А., Адамчик А. С., Благодарцева Ю. А., Крючкова И. В., Ионов А. Ю.</i>	60
ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ВАРИАНТЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО НАПОЛНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Кузьмин А. Г., Горбунов В. В., Богатилов Е. В., Кошечкина О. Д.</i>	60
ВЛИЯНИЕ ГУМОРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Курбанов Н. А., Давидова Ш. Ш.</i>	61
ФИТНЕС ТРЕНЕРЫ – ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ГРУППА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ? <i>Кузнецова А. Э., Калинина Е. А.</i>	61
ВЕРОЯТНЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Кузнецова А. Э., Моисеева О. М., Арбенкина О. М.</i>	61
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Кучеренко О. Д., Брек В. В., Кучеренко Д. О.</i>	62
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МИОКАРДА У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ <i>Кушнаренко Н. Н., Говорин А. В., Губанова М. В.</i>	62
ДИАГНОСТИКА РАННИХ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ <i>Кушнаренко Н. Н., Стоваба Е. С., Кушнаренко К. Е.</i>	63
ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ СИНТЕЗА ПРОСТАГЛАНДИНОВ И КИНИНОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КАРДИОТОНИКА ДОПАМИНА <i>Ландарь Л. Н., Кузьмин О. Б.</i>	63
СРАВНЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Латик И. А., Алексеев Д. В.</i>	64
ФАКТОРЫ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ <i>Ларина В. Н., Барт Б. Я.</i>	64
ВОЗМОЖНОСТИ ИМПУЛЬСНОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ <i>Латипов Ш. Л., Элтаназаров М. Д., Самадов Ш. Х., Навджуванов И. М.</i>	64
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДСЕРДНЫХ И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ НА ОСНОВЕ НЕИНВАЗИВНОГО ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОГО КАРТИРОВАНИЯ СЕРДЦА <i>Лебедев Д. С., Трешкур Т. В., Чмелевский М. П., Зубарев С. В.</i>	65
ВОЗМОЖНОСТИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Лебедь В. Г., Королева Е. Б., Востокова А. А.</i>	65
ОЦЕНКА РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ВО ВРЕМЯ СТРЕСС-ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ <i>Лебедь В. Г., Королева Е. Б., Востокова А. А.</i>	66
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАРДИО-РЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Левицкая Е. С., Батюшин М. М., Терентьев В. П., Дюжиков А. А., Железняк Н. Л., Кудрявцева Н. Ю.</i>	66
ПОЭТАПНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Лещенко И. Ж., Воробьева Е. Н.</i>	67
ФОРМИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ГОРНОРАБОЧИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ <i>Липатова Л. В.</i>	67
ИЗУЧЕНИЕ АПОПТОЗА КЛЕТОК МИОКАРДА У ОВАРИОЭКТОМИРОВАННЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Лискова Ю. В., Саликова С. П.</i>	67
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АССОЦИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Литвинова Т. А., Шабанова О. А., Болотнова Т. В.</i>	68
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Любченко И. С., Андреев Д. А., Долецкий А. А.</i>	68
РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ПРИ ВЫБОРЕ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Лямина Н. П., Разборова И. Б., Котельникова Е. В., Носенко А. Н., Липчанская Т. П., Карпова Э. С.</i>	69
КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА <i>Лямина Н. П., Носенко А. Н., Разборова И. Б., Орликова О. В., Котельникова Е. В., Карпова Э. С.</i>	69

ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ВЗАИМОСВЯЗЬ С НАРУШЕНИЕМ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА <i>Мавлонов Б. Н., Олимов Н. Х., Азимов С. Д., Мусоев И. И.</i>	70
ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Мавлонов Б. Н., Олимов Н. Х., Азимов С. Х., Мусоев И. И.</i>	70
ОЦЕНКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Малкова М. И., Булашова О. В.</i>	70
ФИНЛЯНДИЯ И КАРЕЛИЯ: СМЕЖНЫЕ ТЕРРИТОРИИ, РАЗНЫЕ МУТАЦИИ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ <i>Мандельштам М. Ю., Комарова Т. Ю., Головина А. С., Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю., Липовецкий Б. М., Серебренникова М. П., Константинов В. О., Васильев В. Б.</i>	71
ВОЗМОЖНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Марданов Б. У., Каримов А. К., Абдуллаев Т. А., Бекбулатова Р. Ш.</i>	71
ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ О СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ <i>Марцевич С. Ю., Селиванова Г. Б., Хелия Т. Г., Дроздова Л. Ю., Лукина Ю. В., Воронина В. П.</i>	72
ИССЛЕДОВАНИЕ УМЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НАЗНАЧАТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В СООТВЕТСТВИИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ <i>Марцевич С. Ю., Селиванова Г. Б., Хелия Т. Г., Дроздова Л. Ю., Лукина Ю. В., Воронина В. П.</i>	72
ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПОВОДУ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Марцевич С. Ю., Селиванова Г. Б., Хелия Т. Г., Дроздова Л. Ю., Лукина Ю. В., Воронина В. П.</i>	73
ОЦЕНКА УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА, КОРТИЗОЛА, ПАРАМЕТРОВ КОАГУЛОГРАММЫ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ <i>Масленникова О. М., Фирсакова В. Ю., Соловьева Н. В., Резниченко Т. А., Мегерян С. Д.</i>	73
НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ <i>Медведева Т. А., Говорин А. В.</i>	73
СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ <i>Медведева Т. А., Говорин А. В.</i>	74
СОДЕРЖАНИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК (ЦЭК) У БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ <i>Медведева Т. А., Говорин А. В.</i>	74
СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В КРОВИ БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ <i>Медведева Т. А., Говорин А. В.</i>	74
ТРОМБОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АТОРВАСТАТИН <i>Медведев И. Н., Скорятин И. А.</i>	75
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СВЯЗИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ <i>Мелкозёров К. В., Калашников В. Ю., Терёхин С. А., Бондаренко О. Н.</i>	75
ДИНАМИКА ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ СУЛЬФАТОМ МАГНИЯ <i>Мельник М. Г., Морозов В. Е.</i>	75
КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА И ТЯЖЕСТЬ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Мензоров М. В., Шутлов А. М., Климова Т. В., Шарафутдинова А. Ф.</i>	76
ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Мехтиев С. Х., Мустафаев И. И., Мехтиев Т. В., Мамедова А. М., Мамедов М. Н.</i>	76
ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В АЗЕРБАЙДЖАНЕ <i>Мехтиев С. Х., Аббасов В. Г., Мамедов М. Н.</i>	77
ВОЗРАСТНОЙ АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ И ЭРИКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ СРЕДИ МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Мехтиев Т. В.</i>	77
СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МИОКАРДЕ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХРОМА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА <i>Митрофанова И. С., Саликова С. П.</i>	77
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Моргунов Л. Ю.</i>	78
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Моргунов Л. Ю.</i>	78

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЛМЕСАРТАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА <i>Мордовина А. Г., Татарченко И. П., Позднякова Н. В., Морозова О. И.</i>	78
СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНОГО КЛАПАННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА <i>Муратов Р. М.</i>	79
ТЕХНОЛОГИИ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Мухарлямов Ф. Ю., Разумов А. Н., Иванова Е. С.</i>	79
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Мухарлямов Ф. Ю., Разумов А. Н., Иванова Е. С.</i>	80
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА <i>Мухиддинов Б. И., Уразметова М. Д., Миркамалова Л. И., Абдуллаев Т. А.</i>	80
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ЭТАПАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ СУЩЕСТВОВАНИЯ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ <i>Навджуванов И. М., Элтаназаров М. Д., Самадов Ш. Х., Латипов Ш. Л.</i>	81
ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ <i>Наумова Е. А., Строкова Е. В., Шварц Ю. Г.</i>	81
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИВАБРАДИНА И БИСОПРОЛОЛА НА ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Недоруба Е. А., Багмет А. Д., Анисимова Е. А., Ким Т. К.</i>	82
ВЗАИМОСВЯЗЬ СКОРОСТИ АКТИВАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ФОРМАХ ИБС И ГИПОТИРЕОЗА У ЖЕНЩИН. <i>Неучева Е. А., Левашов С. Ю.</i>	82
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРЕПАРАТАМИ АКТИЛИЗЕ И МЕТАЛИЗЕ <i>Николов М. М., Соседков А. Б.</i>	82
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ И СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Нурмухамедов А. И., Аляви А. Л., Абдуллаев А. Х., Туляганова Д. К.</i>	83
МОДЕЛИРОВАНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА МЫШАХ: МЕТОДОЛОГИЯ, МОНИТОРИНГ, ПАТОМОРФОЛОГИЯ <i>Овсепян А. А., Панченков Д. Н., Прохорчук Е. Б., Телегин Г. Б., Жигалова Н. А., Голубев Е. П., Свиридова Т. Е., Мацкеплишвили С. Т., Скрыбин К. Г., Бузиашвили Ю. И.</i>	83
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АССОЦИИРОВАННЫХ ФОРМАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ <i>Оконечникова Н. С., Болотнова Т. В.</i>	83
ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ЖИЗНЕОПАСНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА <i>Олимов Н. Х., Азимов С. Х., Мавлонов Б. Н.</i>	84
ЦЕНТРАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА <i>Олимов Н. Х., Азимов С. Х., Мавлонов Б. Н.</i>	84
ЗНАЧЕНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Олимов Н. Х., Азимов С. Д., Мавлонов Б. Н., Мусоев И. И.</i>	85
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЕ АЛЬФА ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Олимов Н. Х., Мавлонов Б. Н., Азимов С. Х.</i>	85
МЕТОД КАРДИОСИНХРОНИЗИРОВАННОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ АНТЕГРАДНОЙ ПНЕВМОКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Орлова М. А., Зудин А. М., Сударев А. М.</i>	86
ДОКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ <i>Павлова Я. Р., Барабанова Н. Г., Константинов В. О.</i>	86
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННИХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ <i>Панина А. В., Довгалецкий Я. П., Пучиньян Н. Ф., Фурман Н. В.</i>	86
НАУЧНОЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Паскарь Н. А., Парижская Е. Н.</i>	87

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ <i>Паскарь Н. А., Парижская Е. Н., Симонова О. Н.</i>	87
ВОЗНИКНОВЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Пелипецкая Е. Ю., Головенкин С. Е., Шульман В. А.</i>	88
АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ УСТРОЙСТВАМИ. ЧТО НАДО ЗНАТЬ ПАЦИЕНТУ И О ПАЦИЕНТЕ <i>Первова Е. В., Самойленко И. В.</i>	88
ВНИМАНИЕ К ПАЦИЕНТУ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДВУХКАМЕРНОЙ СТИМУЛЯЦИИ <i>Первова Е. В., Свиридова А. А., Самойленко В. И., Самойленко И. В., Котов К. В.</i>	89
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Пешеева О. В., Полтавская М. Г., Сыркин А. Л., Гиверц И. Ю., Якубовская Е. В.</i>	89
ЗНАЧЕНИЕ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Плиева И. М.</i>	90
ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА ПРИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Позднякова Н. В., Татарченко И. П., Мордовина А. Г., Петрушин И. А.</i>	90
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Поликутина О. М., Слепынина Ю. С., Кацюба М. В., Каретникова В. Н.</i>	91
ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ <i>Полтавцева О. В., Конради А. О., Баранцевич Е. Р.</i>	91
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ AL – АМИЛОИДОЗЕ <i>Полякова А. А., Семернин Е. Н., Гудкова А. Я., Шляхто Е. В.</i>	91
ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ <i>Пономарева С. Ю.</i>	92
ТРОМБОЛИЗИС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА УРОВНЕ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ. ПЕРВЫЕ ШАГИ <i>Пончев Ю. Р., Коробков И. А.</i>	92
ЧАСТОТА ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ЖЕНЩИН В СООТВЕТСТВИИ С ВОЗРАСТОМ И СТЕПЕНЬЮ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Попович В. В., Сутько А. П., Максимович Н. Е.</i>	93
ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ И КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Поповкина О. Е., Каплан М. А., Козлова Е. М., Круглова О. В., Конопляников А. Г., Цыб А. Ф.</i>	93
ТЯЖЕЛОЕ СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ КАРОТИДНОГО И КОРОНАРНОГО БАССЕЙНОВ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ <i>Попов Р. Ю., Исаева И. В., Арабаджян И. С., Барац Л. С., Киряев А. А., Колединский А. Г.</i>	94
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Попонина Т. М., Попонина Ю. С., Капилевич Н. А.</i>	94
ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Попонина Т. М., Попонина Ю. С., Гундерина К. И., Глушко Т. В., Марков В. А.</i>	94
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ПОЛИКЛИНИКАМ ТОМСКА И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Попонина Т. М., Комарова М. Г.</i>	95
ХАРАКТЕРИСТИКИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО КУРС НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ <i>Пристром М. С., Семенов И. И., Байда А. В., Артюшик В. В.</i>	95
ПРОЦЕССЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО КУРС НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ <i>Пристром М. С., Байда А. В., Семенов И. И., Артюшик В. В.</i>	96
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА С КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Пулатов О. Я., Камилова У. К., Рашидова Г. Б., Авезов Д. К.</i>	96
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СМЕРТИ У МУЖЧИН ГОРОДА ТЮМЕНИ (ПРОСПЕКТИВНОЕ 12-ЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) <i>Пушкарев Г. С., Акимова Е. В.</i>	97
ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ <i>Ребров А. П., Поддубный Д. А., Гайдукова И. З.</i>	97
УПРАВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ – КЛЮЧЕВАЯ СТРАТЕГИЯ В СНИЖЕНИИ	

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Редькина М. В., Левашов С. Ю., Ярешева В. Б.</i>	97
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Резванова Ю. А., Адамчик А. С., Кузнецова Е. А., Крючкова И. В., Шевченко О. А.</i>	98
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ГОМЕОСТАЗА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ <i>Родичева О. А., Левашов С. Ю., Волкова Э. Г., Бабенкова И. В., Прачева Т. И.</i>	98
АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: ОЦЕНКА ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Романчук П. И., Никитин О. Л., Малышев В. К., Романчук Н. П., Крюков Н. Н., Волобуев А. Н., Кузнецов С. И., Сиротко И. И.</i>	99
ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РАЗРЫВОМ МЖП <i>Рустамов Б. Е., Кокшенева И. В., Алишба М. М., Ибрагимов Р. М., Бузиашили Ю. И., Бокерия Л. А.</i>	99
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС С ПОСТИНФАРКТНЫМ РАЗРЫВОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В ДО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Рустамов Б. Е., Алишба М. Д., Кокшенева И. В., Голубев Е. П., Ибрагимов Р. М., Мирюльчиев М. М., Бузиашили Ю. И., Бокерия Л. А.</i>	100
ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ <i>Рыбакова Т. А., Столярова В. В., Костина М. В.</i>	100
ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА СОСУДОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО НА ФОНЕ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Рябенко А. Ю., Долгов А. М., Денисов Е. Н., Аптикеева Н. В.</i>	101
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ <i>Савельева Т. В., Эшмаков С. В., Чернышова Т. Е., Олейник Н. А., Пименов Л. Т.</i>	101
ФАКТОРЫ РИСКА ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Савина Н. М., Байдина О. И., Сидоренко Б. А.</i>	102
ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Савинова Е. Б., Соколова Л. А., Неженцева Е. Л.</i>	102
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Савченко А. П., Терещенко С. Н., Черкавская О. В.</i>	103
СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕН- ЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ <i>Садыкова А. Р., Шамкина А. Р., Гизатуллова Р. И.</i>	103
ВЛИЯНИЕ ПЕРЕМЕННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ НА КАЧЕСТВЕННУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ, ОСЛОЖНЁННОЙ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ <i>Садыкова Г. А., Аляви А. Л., Абдуллаев А. Х.</i>	104
ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ <i>Самадов Ш. Х., Элтаназаров М. Д.</i>	104
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <i>Самойлова И. Г., Авдеева М. В., Орел В. И.</i>	105
ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ССЗ И АНГИОГРАФИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ <i>Самочатов Д. Н., Комков А. А., Мазаев В. П., Деев А. Д., Гофман Е. А., Малышева А. М., Толтыгина С. Н., Марцевич С. Ю., Рязанова С. В.</i>	105
КАРДИО- И ВАЗОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛЕВОВРАЩАЮЩЕГО ИЗОМЕРА АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Саушкина С. В., Искендеров Б. Г.</i>	106
ЧАСТОТА И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ РАЗВИТИЯ ОТЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНЫМИ ИЗОМЕРАМИ АМЛОДИПИНА <i>Саушкина С. В., Искендеров Б. Г.</i>	106
КОРРЕКЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Семелева Е. А., Котляров А. А., Мосина Л. М., Смирнова Л. Э., Анаскин С. Г.</i>	106
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Семенова О. Н., Наумова Е. А., Шварц Ю. Г.</i>	107

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОД ВЛИЯНИЕМ АГОНИСТА ДОФАМИНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ ПРОНОРАНА <i>Сизова Ж. М., Бозатырева Л. М., Лапидус Н. И.</i>	107
КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ АКТИВАТОРОМ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ НИКОРАНДИЛОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Сизова Ж. М., Захарова В. Л., Смирнова Е. В., Шамеева Е. С.</i>	108
СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ <i>Синева Е. Л., Зорькина Л. А.</i>	108
АТЕРОСКЛЕРОЗ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Синеглазова А. В.</i>	109
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Сметнева Н. С., Попкова А. М., Серегин А. А., Вешкина А. И., Вахрушкина О. Е.</i>	109
Trp64Arg ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА β3-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Срождинова Н. З., Нагай А. В., Хамидуллаева Г. А.</i>	109
ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА <i>Стаценко М. Е., Болотов Д. В.</i>	110
ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СИМВАСТАТИНОМ С УЧЕТОМ ТИПА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ <i>Сулейманова Э. Л.</i>	110
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН 20–59 ЛЕТ <i>Султанова С. С., Касумова Ф. Н., Мамедова Р. Н., Гусейнова А. А.</i>	110
РЕСТРИКТИВНЫЙ ФЕНОТИП У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА <i>Ткачева Е. А., Полякова А. А., Семернин Е. Н., Гудкова А. Я.</i>	111
НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2: РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА <i>Тригулова Р. Х., Мадмусаева А. Р., Азимова Н. А., Шек А. Б.</i>	111
ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА, ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ИНФИЦИРОВАННОСТИ К <i>CHLAMYDIA PNEUMONIAe</i> ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Уклистая Т. А., Галимзянов Х. М., Полунина О. С., Гусейнов Г. Т., Никифорова Н. В.</i>	111
ДИНАМИКА ОБЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ РИСКОМ ПО ШКАЛЕ SCORE С РАЗЛИЧНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПО ИТОГАМ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ <i>Уразалина С. Ж., Бойцов С. А., Кухарчук В. В., Карнов Ю. А.</i>	112
СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЛЕЧЕНИЯ <i>Усенко Г. А., Машков С. В., Усенко А. Г., Ницета О. В., Величко Н. П., Козырева Т. Ю.</i>	112
ДИНАМИКА МИНУТНОГО ОБЪЕМА КРОВОТОКА В МАГНИТОВОЗМУЩЕННЫЕ ДНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ <i>Усенко Г. А., Машков С. В., Усенко А. Г., Величко Н. П., Ницета О. В., Козырева Т. Ю.</i>	113
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ <i>Усков В. М., Усков М. В., Усков В. В.</i>	113
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Усков В. В., Усков В. М., Золотев В. И., Маркова Е. В.</i>	114
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Усков В. М., Маркова Е. В., Усков В. В., Золотев В. И.</i>	114
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Усков В. М., Усков М. В., Усков В. В., Струк Ю. В.</i>	114
ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ. РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОСРОЧНОГО КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Фомина К. А., Жилев Е. В., Теблов К. И.</i>	115
ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ФОКУСЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА <i>Фролов В. М., Сушкова И. Э., Захаров А. С.</i>	115
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ <i>Фролов В. М.</i>	116
ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КИСЛОРОДЗАВИСИМОГО МЕТАБОЛИЗМА И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ НЕЙТРОФИЛОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ КУРЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ <i>Хабарова И. В., Кратнов А. Е.</i>	116

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС ПО ДАННЫМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ <i>Хомазюк И. Н., Белый Д. А., Габулавичене Ж. М., Курсина Н. В., Настина Е. М., Сидоренко Г. В.</i>	117
ОЦЕНКА ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА <i>Хосева Е. Н.</i>	117
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Хосева Е. Н., Морозова Т. Е., Андрущишина Т. Б., Ошорова С. Д., Бабак С. В.</i>	118
НАИБОЛЕЕ РАННИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Хохлова Л. Н., Чегодаева Л. В.</i>	118
ИММУНОФЕРМЕНТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Хусаинова Л. Н., Смакаева Э. Р., Кабилова А. М., Мингазетдинова Л. Н., Муталова Э. Г.</i>	118
АПОПТОТИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ЛИМФОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Хусаинова Л. Н., Садикова Р. И., Хасанова Л. Н., Муталова Э. Г., Мингазетдинова Л. Н.</i>	119
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА <i>Хушвактова З. О., Кухарчик Г. А.</i>	119
ТЕЧЕНИЕ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Цой И. А., Марданов Б. У., Мирзарахимов С. Т., Абдуллаев Т. А.</i>	120
НУТРИЦИОННЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Чистилина А. Н.</i>	120
РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА <i>Чукаева И. И., Кравченко А. В., Сайно О. В., Комарова И. В., Клепикова М. В., Кушакова Т. В.</i>	120
СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АССОЦИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Шабанова О. А., Литвинова Т. А., Шабанова Л. В., Болотнова Т. В.</i>	121
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭКТОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Шварц Р. Н., Илов Н. Н., Панова Т. Н.</i>	121
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА БРАДИКИНИНА 2 ТИПА <i>Шевченко О. В., Бородулин В. Б.</i>	122
ФАРМАКОИНВАЗИВНАЯ РЕПЕРFUЗИЯ В СРАВНЕНИИ С ПЕРВИЧНЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ОКС СО СТОЙКИМ ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Шимкевич А. М., Габинский Я. Л., Перминов М. Г.</i>	122
РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ <i>Шкловский Б. Л., Бакшеев В. И., Ойроткинова О. Ш.</i>	123
ПОЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ИЛИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕПЕРFUЗИИ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Шовкун Т. В., Ярных Е. В., Хаваева А. А., Иоселиани Д. Г., Чернышова И. Е.</i>	123
ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>Шодикулова Г. З., Ярмухамедова С. Х., Курбанова З. П.</i>	123
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ СО СТЕПЕНЬЮ РЕГУРГИТАЦИИ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ ПОРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА <i>Шодикулова Г. З., Ташкенбаева Э. Н., Абдуллаев Р. И.</i>	124
СТРУКТУРНЫЕ МАРКЕРЫ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С «БОЛЬШИМИ» ФАКТОРАМИ РИСКА <i>Шуленин К. С., Бовтюшко П. В., Свистов А. С., Филиппов А. Е., Козьявин Н. А.</i>	124
ПЛЮРИПОТЕНТНЫЕ СТЕВЛОВЫЕ КЛЕТКИ ЧЕЛОВЕКА – ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ПОИСКА НОВЫХ ЛЕКАРСТВ И ДЛЯ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Шутова М. В., Лагарькова М. А., Киселев С. Л.</i>	125
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ <i>Шербакова О. А., Кочевая Н. В., Звягинцева Д. А.</i>	125
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ И ПОСЛЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ <i>Элтаназаров М. Д., Самадов Ш. Х.</i>	125

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ FABP2, PPAR-G2, LEP, LEPR, APO-C3 и RPTN1B У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Юдочкин А. В., Воронько О. Е., Шарафетдинов Х. Х., Плотникова О. А.</i>	126
ВЛИЯНИЕ АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ И АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССОВ АПОПТОЗА НА ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ <i>Яковлева А. С., Миролубова О. А., Вахрушева Ю. В., Антонов А. Б.</i>	127
ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Якусевич В. В., Петроченко А. С., Абдуллаева С. С., Осякова А. О.</i>	127
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫСОКИХ ДОЗ СИМВАСТАТИНА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЕГО В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Якусевич В. В., Малыгин А. Ю.</i>	128
СВЯЗЬ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ С КОРОНАРНЫМИ СТЕНОЗАМИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ <i>Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Пушкарев Г. С.</i>	128
ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДИЛАТАЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Пушкарев Г. С.</i>	128
ARNICA MONTANA IN THE RELIEF OF POST-SURGICAL PAIN <i>V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn</i>	129
D-RIBOSE IN CARDIAC CARE <i>V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn</i>	129
MAGNESIUM OROTATE IN THE TREATMENT OF CONGESTIVE HEART DISEASE <i>V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn</i>	129
HYBRID REVASCLARIZATION IN MULTY-VESSEL CORONARY ARTERY DISEASE <i>Repossini A., Kotelnikov I., Costetti A., Moggi A., Muneretto C.</i>	129
ТЕЧЕНИЕ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СОСУДИСТОГО И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ <i>Бузиашили Ю. И., Стулин И. Д., Мацкеплишвили С. Т., Тугеева Э. Ф., Скарга Н. Е., Мацкеплишвили М. Т., Алимов В. П.</i> ...	130
ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЛЕОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Зуннунов З. Р., Убайдуллаев А. М., Нуров И. Х.</i>	130
ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ <i>Кудаев М. Т., Османова А. В., Махмудова Э. Р., Джамбулатова Н. А., Ахмедова Д. А.</i>	131
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ <i>Кузнецов Ю. А., Цветков А. А., Кратнов А. Е., Канавина М. Е.</i>	131
ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ СПЕЛЕОТЕРАПИИ <i>Нуров И. Х.</i>	131
ВЛИЯНИЕ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ СОСУДИСТОГО И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА <i>Стулин И. Д., Мацкеплишвили С. Т., Тугеева Э. Ф., Скарга Н. Е., Мацкеплишвили М. Т., Алимов В. П., Бузиашили Ю. И.</i> ...	132